



HAL
open science

Comment les médecins généralistes abordent-ils le poids et quel en est leur vécu auprès de patients adultes en situation de surpoids ou d'obésité ?

Anne-Claire Levray

► To cite this version:

Anne-Claire Levray. Comment les médecins généralistes abordent-ils le poids et quel en est leur vécu auprès de patients adultes en situation de surpoids ou d'obésité ?. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04592479

HAL Id: dumas-04592479

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04592479v1>

Submitted on 29 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anne-Claire LEVRAY

Le 07 mars 2024

TITRE

**Comment les médecins généralistes abordent-ils le poids et quel en est leur vécu
auprès de patients adultes en situation de surpoids ou d'obésité ?**

Directrice de thèse : Dr Hermine SAGUY

JURY

Président : Pr Michel AMOUYAL, Professeur Universitaire en médecine générale

Assesseurs :

Dr Vincent ATTALIN, Praticien Hospitalier chargé d'enseignement en médecine
générale et nutrition

Dr Hermine SAGUY, médecin généraliste chargée d'enseignement

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	GUITER Pierre	NAVRATIL Henri
ALLIEU Yves	CAMU William	HEDON bernard	OTHONIEL Jacques
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	HERTAULT Jean	PAGES Michel
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	HUMEAU Claude	PELISSIER Jacques
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JAFFIOL Claude	PETIT Pierre
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	POUGET Régis
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	KLEIN Bernard	PUJOL Henri
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	LAFFARGUE François	RABISCHONG Pierre
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAMARQUE Jean-Louis	REBOUL Jean
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RIEU Daniel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LEROUX Jean-Louis	ROCHEFORT Henri
BANSARD Nicole	DOMERGUE Jacques	LESBROS Daniel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	DUBOIS Jean Bernard	LORiot Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	DUJOLS Pierre	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	DUMAZER Romain	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	ECHENNE Bernard	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOULOT Pierre	FABRE Serge	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MEYNADIER Jean	TOUITOU Isabelle
BOUSQUET Jean	GALIFER René Benoît	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
BRUEL Jean Michel	GODLEWSKI Guilhem	MION Charles	VISIÉ Jean Pierre
BUREAU Jean-Paul	GUILHOU Jean-Jacques	NAVARRO Maurice	



Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	DEDET Jean-Pierre	MESSNER Patrick
BASTIEN Patrick	DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	MONNIER Louis
BLANC François	GUILLOT Bernard	PREFAUT Christian
BONAFE Alain	HERISSON Christian	PUJOL Rémy
BOULENGER Jean-Philippe	JEANDEL Claude	REYNES Jacques
BOURREL Gérard	JONQUET Olivier	RIBSTEIN Jean
BRINGER Jacques	LANDAIS Paul	ROSSI Jean-François
CANOVAS François	LARREY Dominique	SCHVED Jean-François
CLAUSTRES Mireille	LE QUELLEC Alain	TOUCHON Jacques
COMBE Bernard	MARES Pierre	VOISIN Michel
DAURES Jean-Pierre	MAUDELONDE Thierry	ZANCA Michel
DAUZAT Michel	MILLAT Bertrand	
DAVY Jean-Marc	MAURY Michèle	

Docteurs Emerites

PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DERUELLE Philippe	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie

Service de gestion des personnels

ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Héléne	Radiologie et imagerie médicale

Service de gestion des personnels

YCHOU Marc Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

ASSENAT Éric Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BLANC Pierre Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud Pneumologie ; addictologie

BOURGIER Céline Cancérologie; radiothérapie

CANAUD Ludovic Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume Anatomie

CHANQUES Gérald Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre Immunologie

COSTALAT Vincent Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent Ophtalmologie

DORANDEU Anne Médecine légale et droit de la santé

DROUPY Stéphane Urologie

DUCROS Anne Neurologie

DUPEYRON Arnaud Médecine physique et de réadaptation

FESLER Pierre Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GARREL Renaud Oto-rhino-laryngologie

GAUJOUX Viala Cécile Rhumatologie

GENEVIEVE David Génétique

GUILLAUME Sébastien Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris Radiologie et imagerie médicale

HAYOT Maurice Physiologie

HOUEDE Nadine Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas Chirurgie infantile

Service de gestion des personnels

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOMMART Sébastien	Radiologie et imagerie médicale

Service de gestion des personnels

CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DAIEN Claire	Rhumatologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Héliène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LACHERETZ-SZABLEWSKI Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOUBET Paul	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Service de gestion des personnels

ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STEPANIAN Alain	Hématologie ; transfusion
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

2^{ème} classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BAUCHET Luc (Neurochirurgie)
BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)
DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)
GAUDARD Philippe (Anesthésiologie-réanimation)
MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)
MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
NOUGARET Stéphanie (Radiologie et imagerie médicale)
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
QUANTIN Xavier (Pneumologie)
ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)
VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique
CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion
RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline Hématologie biologique
BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
CHIRIAC Anca Immunologie

Service de gestion des personnels

COSSEE Mireille	Génétique
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
GOUZI Farès	Physiologie
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DEBOURDEAU Antoine	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DUPONT Chloé	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ENGLMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FROUIN Eric	Anatomie et cytologie pathologiques
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; Gynécologie médicale
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive



Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maitres de Conférences de classe normale

BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	Maieutique
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maitres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{er} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

CARBONNEL François
MILLION Elodie



Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MINET Mathilde
SERAYET Philippe
URENA DORES Aurélie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DURAES Martha	Anatomie
FAVIER Valentin	Oto-Rhino-Laryngologie
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
POULEN Gaetan	Neurochirurgie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
THERON Alexandre	Pédiatrie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargés d'enseignements

AGUILHON Sylvain	CARTIER César	FILLOLS Mélanie	LE BIHAN Clément	PICOT Marie Christine
AKKARI Mohamed	CASPER Thierry	FLORI Nicolas	LE GUILLOU Cédric	POQUET Hélène
ALRIC Jérôme	CATHALA Philippe	FOURNIER Philippe	LE MOINE DONY Marie-Christine	PRIN Pauline
AMEDRO Pascal	CAZABAN Michel	FRANC Nathalie	LETERTRE Simon	PUJOL Sarah-Lise
AMOUROUX Cyril	CHALARD Kévin	GAILLARD Nicolas	LOPEZ Régis	QUANTIN Xavier
ANTOINE Valéry	CHARBIT Jonathan	GALMICHE Sophie	LUQUIENS Amandine	RAFFARD Laurence
ATTALIN Vincent	CHEVALLIER Thierry	GARNIER Sylvain	MAILLE Olivier	RAINGEARD Isabelle
BADR Maliha	COLIN Olivier	GENY Christian	MANDOUL Caroline	RAPIDO Francesca
BAIS Céline	CONEJERO Ismael	GERONIMI Laetitia	MANZANERA Cyril	RAY Valéry
BARBAR Saber Davide	CONSEIL Mathieu	GINIES Patrick	MARGUERITTE Emmanuel	RIBRAULT Alice
BASSET Didier	CORBEAU Catherine	GONON DEMOULIAN Raphael	MARTIN Lucille	RICHAUD-MOREL Brigitte
BATIFOL Dominique	COROIAN Flavia-Oana	GOULABCHAND Radjiv	MATTATIA Laurent	RIDOLFO Jérôme
BATTISTELLA Pascal	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric	MAZARD Thibault	RIPART Sylvie
BELL Ariane	COUTUREAU Juliette	GRIVET Benjamin	MEROUEH Fadi	ROBERT Pierre
BENENATI Syvain	CUNTZ Danielle	GROSSIN Delphine	MESTREGODIN Sandrine	RONGIERES Michel
BENNYS Karim	DAVID Aurore	GUEDJ Anne Marie	MEUNIER Lucie	ROULET Agnès
BERNARD Nathalie	DE BOUTRAY Marie	HEDON Christophe	MEYER Pierre	RUBENOVITCH Josh
BERNIER Maud	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	HENRY Vincent	MICHEL Moïse	SANTONI Fannie
BERTCHANSKY Ivan	DEBIEN Blaise	HIRECHE Kheira	MILESI Christophe	SASSO Milène
BIBOULET Philippe	DEGRAVI Lauriane	INGHILLERI Marie-Laure	MONET Clément	SCHMITT David
BIRON-ANDREANI Christine	DELPONT Marion	JAMMET Patrick	MORAU Estelle	SCHULDINER Sophie
BLANC Brigitte	DENIS Hélène	JEDRYKA François	MORQUIN David	SEGURET Fabienne
BLANCHET Catherine	DEVILLE de PERIERE Gilles	JREIGE Riad	MOSER Camille	SENESE Pierre
BLATIERE Véronique	DI CASTRI Alberto	JULIER Ingrid	MOUSTY Eve	SERRE Jean-Emmanuel
BOGE Gudrun	DJANIKIAN Flora	KADERBAY Akil	MOUTERDE Gaël	SKALLI El Medhi
BOURRAIN Jean Luc	DUCROCQ Vincent	KINNE Mélanie	NOU HOWALDT Monira	SOLA Christelle
BOUYABRINE Hassan	DUNYACH-REMY Catherine	LABARIAS Coralie	ORY Jérôme	SOUKSI MEDIONI Isabelle
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	ESTRIC Clémentine	LABORDE Caroline	PANTERA Eric	SOULLIER Camille
BRISOT Dominique	FAIDHERBE Jacques	LACAMBRE Mathieu	PERNIN Vincent	STEPHAN Robin
BRONER Jonathan	FATTON Brigitte	LARCHER Romaric	PERRIGAULT Pierre François	STOEBNER DELBARRE Anne
CAIMMI Davide Paolo	FAURE Elsa	LAURENT Jérémy	PEYRON Pierre-Antoine	SURCIN-TSEKOURAS Nicolas
CARR Julie	FILLERON Anne	LAZERGES Cyril	PICARD Eric	SZAFORS Paulina
TALEB ARRADA Ikram				

Service de gestion des personnels

TARUFFI Floriane

TEOT Luc

TER SCHIPHORST Adrien

THIRION Marina

TUNEZ Virginie

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Eric

VIALA Maurice

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

WALTHER LOUVIER Ulrike

WILLEMS Marjolaine

ZERKOWSKI Laetitia



REMERCIEMENTS

Au président du jury, Professeur Michel Amouyal, qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous en remercie sincèrement.

Au Docteur Vincent Attalin, je vous remercie pour votre présence dans ce jury et pour vos enseignements lors du DU de nutrition de l'obésité.

A ma directrice de thèse, Docteur Hermine Saguy, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir permis de travailler sur ce sujet qui me tenait à cœur. Merci de m'avoir transmis ton savoir, particulièrement pour appréhender cette méthodologie complexe.

A mes anciens maîtres de stage,

Amélie, pour mon premier semestre d'internat à tes côtés, je me rappellerai longtemps du sentiment dépaysant que j'ai eu d'aller travailler à travers la garrigue et de partager des repas en terrasse au soleil en plein hiver avec ta famille.

Candice, merci pour la bienveillance et l'humanité dont tu fais preuve avec tes patients et tes internes. Tu m'as permis de faire mes premiers pas seule avec sérénité. Je me souviens de nos longs échanges de fin de journée qui me faisaient rentrer tard, à l'heure où les sangliers traversent la route ! Merci d'avoir respecté mon rythme et d'avoir écouté mes inquiétudes sans compter ton temps.

Laetitia et Claire, vous avez formé un super duo de bonne humeur et d'empathie pour encadrer mon dernier stage d'interne et me permettre de débiter sereinement mes premiers remplacements. J'ai gardé de chacune de vous de précieux conseils pour ma pratique aujourd'hui. Vous m'avez fait pleinement confiance et je vous en remercie.

Au reste de l'équipe de St-Laurent d'Aigouze, Cyril, Flavie et Marie-Paule, merci pour votre accueil et votre gentillesse.

Célia, pour m'avoir accueillie à bras ouverts et m'avoir fait découvrir le monde de la PMI.

Aux collègues du Crès,

Camille, Sabrina, Cindy, Jordane, Geoffrey, Pauline et Stéphanie, vous êtes de supers collègues, plein d'humour, disponibles et bienveillants. Merci de m'avoir intégrée dans votre équipe.

A ma famille,

Mes parents, pour avoir vécu chaque week-end à mon rythme pendant ces sept années et m'avoir remonté le moral en balades, bons repas et surtout tupperwares pour la semaine.

Ma sœur, pour être toujours patiente et de bon conseil lorsqu'il s'agit de m'écouter dans mes indécisions et de m'aider à faire des choix, souvent sur une plage, à Sainte-Marie, en Bretagne ou plus exotique !

A Maxime, pour ton optimisme sans faille et ton amour au quotidien.

Aux amies chambériennes,

Justine, copine de berceau, ce n'est pas si facile de se retrouver entre Paris et Montpellier, mais la distance n'aura pas eu raison de ces presque trente années !

Marion, copine de rentrée, avec toi ce sont à chaque fois de longues discussions à refaire le monde sans voir le temps passer.

Pauline, à nos innombrables moments que je ne saurais tous énumérer : les années adolescentes, la vie étudiante, nos premiers pas dans la vie professionnelle et récemment de parents... tu es une amie irremplaçable tout simplement.

Aux amis grenoblois,

Camille, Esther, Fanny, Florence, Gwenoline, Lisa, Marine, Mathilde, ma team grenobloise dispatchée aux quatre coins de France et d'Europe, team bonne humeur et rayons de soleil ! On en aura vécu des choses... avoir traversé ces longues études avec vous a été une chance.

Mention spéciale aux (nombreux) repas et moments réconfortants à vos côtés, aux après-midi piscine, à notre superbe voyage et à nos week-ends retrouvailles, pour n'en citer qu'une petite partie.

Quentin, je transformerais bien la célèbre expression en « Qui aime bien taquine bien » !

Claire-Marie, se sentir à l'aise chez les gens c'est important ! Ça nous aura permis de partager presque tous nos repas pendant deux ans, des soirées improvisées en toute simplicité, beaucoup de soutien mais aussi de rires. Aux jolis week-ends qui nous réunissent encore aujourd'hui.

Marion et Baptiste, avec vous j'aurais pu exercer n'importe quel métier tant votre bonne humeur est contagieuse !

Anne-Laure, quel heureux hasard que ton prénom commence lui aussi par Anne ! Nos rencontres sont souvent improvisées et toujours sympathiques. Emotion particulière pour nos épopées roumaines.

Elise, à tes multiples casquettes de voisine, colocataire et amie.

Maud, amie hors catégorie, ma presque sœur. Merci pour ta présence toujours sincère.

Aux amis montpelliérains,

Camille, à la vie si facile et si douce avec toi, à notre amitié qui m'est tellement précieuse.

Simon, à nos déjeuners du midi qui se terminaient à l'heure de l'apéro, à nos discussions interminables, à l'ami cher que tu es.

Timothée, à notre entente naturelle et spontanée dès le premier jour (agrémentée de vues mer et de pauses café à toute heure de la journée).

Mathilde, pour ton énergie, ton sourire et ta bonne humeur dès huit heures le matin.

Maguelonne, super secrétaire devenue amie, à ton dynamisme et ta sympathie. J'ai compris grâce à toi l'attachement des gens du coin au Pic Saint-Loup !

Les amis kinés Philippe, Céline, Jeanne, vous êtes une belle attache pour nous dans la région.

Aux amis bruxellois,

Hélène, Romain, Isabelle, Joffrey, Aurélien, vous êtes à l'image de votre ville, des amis chaleureux et accueillants à chacune de nos rencontres.

A Dominique, pour t'être tant intéressée à ma thèse et pour ta relecture.

A Suzanne et Garrick, qui me suivez toujours un peu de loin, merci de votre présence en ce jour si particulier.

A Julien, pour le service rendu au pied levé !

Abréviations

ASALEE : Action de SAnté Libérale En Equipe

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

SOMMAIRE

Abréviations	18
I. INTRODUCTION	21
A. Surpoids et obésité	21
B. Recommandations	22
C. Problématisation	22
II. METHODOLOGIE	24
A. Choix du type d'étude et de la méthode d'analyse	24
B. Population	25
C. Recueil des données	25
III. RESULTATS	26
A. Pourquoi aborder le poids ?	26
1. Une problématique de santé	26
2. Une demande du patient	28
3. Le médecin généraliste comme interlocuteur principal	30
B. Comment aborder le poids ?	31
1. Par des paramètres cliniques	31
2. Par une discussion	34
C. Le vécu du médecin des consultations poids	37
1. Facteurs liés au patient	37
2. Facteurs liés au médecin lui-même	40
3. Facteurs liés au déroulé de la consultation	43
D. Impact de la stigmatisation sociale	45
1. Impact sur le patient	45
2. Impact sur la prise en charge médicale	47
3. L'enjeu de la lutte contre la stigmatisation	48
IV. DISCUSSION	49
A. Principaux résultats	49
B. Forces et limites	49
1. Participants	49
2. Méthodologie	50
C. Confrontation à la littérature	50
1. La prise en charge de l'excès de poids : la singularité de chaque situation	50
2. Le dialogue autour du poids : vers une alliance thérapeutique	52
	19

3. Les difficultés rapportées par les médecins : intérêt d'outils et d'une collaboration entre soignants	53
4. Le vécu des médecins : l'impact des représentations et de la stigmatisation sociale	55
V. CONCLUSION	56
VI. BIBLIOGRAPHIE	58
VII. ANNEXES	62
VIII. RESUME	67

I. INTRODUCTION

A. Surpoids et obésité

Selon l'OMS, le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. (1)

Chez l'adulte jeune en bonne santé, la masse grasse corporelle représente 10 à 15% du poids chez l'homme et 20 à 25% chez la femme. (2)

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte, la quantité de masse grasse étant difficile à mesurer. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m^2 . En pratique, le surpoids est défini par un IMC égal ou supérieur à 25; et l'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30. Il existe également différents grades d'obésité : obésité modérée ou de grade 1 pour un IMC compris entre 30 et 34,9, obésité sévère ou de grade 2 pour un IMC compris entre 35 et 39,9 et obésité morbide ou de grade 3 pour un IMC supérieur à 40. (1,2)

En 2020, l'OMS faisait un état des lieux mondial du surpoids et de l'obésité pour l'année 2016, avec le constat que cette année-là, 39% de la population mondiale adulte (sujets âgés de plus de 18 ans) était en surpoids et 13% en obésité, avec une prévalence de l'obésité qui avait presque triplé depuis 1975. (1)

En France, les études épidémiologiques ont montré une augmentation de la prévalence de l'obésité entre 1997 et 2012 de 8,5% à 15%, et du surpoids de 29,8 à 32,3%. Pour l'année 2020 en France, la prévalence du surpoids ($\text{IMC} \geq 25$) était de 30,3%, avec une proportion plus importante chez les hommes. La prévalence de l'obésité ($\text{IMC} \geq 30$) quant à elle était de 17%, sans distinction entre les hommes et les femmes. (3)

Cette fréquence et l'évolution de la prévalence en font un enjeu majeur de santé publique.

La hausse de l'IMC a un impact sur le plan physique, car elle est associée à un risque majoré de certaines maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, certaines maladies respiratoires, les troubles musculosquelettiques, certains troubles hormonaux et certains cancers. (1,2,4-9)

A cela s'ajoutent les conséquences psychologiques telles que la dépression, l'anxiété et la baisse de l'estime de soi, majoritairement liées à la stigmatisation des personnes en situation de

surpoids et d'obésité et engendrant une baisse de la qualité de vie. Cette stigmatisation sociale est observée dans les domaines de l'enseignement, de l'emploi, à travers les médias, dans le cercle amical et familial. (7,10–15)

B. Recommandations

En matière de santé physique, la surveillance pondérale des patients apparaît être primordiale telles que le rappellent les recommandations publiées en 2012 par la HAS qui conseillent aux médecins une pesée régulière des patients (au mieux à chaque consultation) avec au moins une mesure de taille afin de suivre l'évolution de l'IMC. On notera cependant que l'intérêt n'a pas réellement été démontré (accords d'experts). (16)

Dernièrement au début 2023, un guide du parcours de soins de l'adulte en surpoids ou obésité a été publié par la HAS.

Il recommande le dépistage du surpoids ou de l'obésité à toute occasion, avec un calcul de l'IMC et une mesure du tour de taille au minimum une fois par an avec une surveillance de la dynamique de la courbe. Il est également évoqué une approche multidimensionnelle et la vigilance autour de la stigmatisation. (17)

C. Problématisation

Comme le montre une étude réalisée en 2019, c'est pour cette même question de stigmatisation que de nombreux patients en situation de surpoids ou d'obésité évitent de consulter leur médecin traitant pour ce motif ou ne poursuivent pas la prise en charge qui leur a été proposée. Ils consultent plus souvent leur médecin traitant mais avec un autre motif de recours. (18) Le ressenti négatif de ces consultations ou d'un sentiment de jugement de la part du médecin semble avoir un impact sur le plan psychologique ainsi que sur le poids en lui-même. (19)

La prise de poids est un phénomène complexe, tout comme l'abord du poids en consultation. Les études menées sur la stigmatisation montrent que c'est un acte qui n'est pas dénué d'impact sur la relation médecin-malade. L'expérience vécue par le patient de la consultation peut conditionner la suite de la prise en charge, bien qu'actuellement, on ne connaisse pas les conséquences à court ou plus long terme d'une expérience négative des patients sur la prise en charge de leur poids par un soignant. (18)

Il est donc intéressant de connaître le vécu et les attentes des patients par rapport à l'abord de leur poids avec leur médecin traitant, pour travailler sur les solutions à mettre en place afin de tendre vers des expériences plus positives de ces consultations. Cela conditionne l'alliance thérapeutique indispensable à une démarche éducative, et à la mise en sécurité nécessaire pour l'adhésion du patient à la prise en charge. Des travaux de thèses ont déjà été réalisés en ce sens :

Deux travaux tourangeaux complémentaires réalisés en 2013 se sont intéressés à la façon dont était abordé le poids dans les consultations de médecine générale, par des observations de consultations et, en parallèle, par des questionnaires aux patients concernant leur ressenti au décours de la consultation. On observe une grande variabilité dans les observations concernant la personne à l'initiative de la discussion autour du poids (patient ou médecin). Certains patients exprimaient le besoin de parler du poids de façon systématique ou seulement si besoin voire pas du tout estimant que leur excès de poids était évident, avec cependant un souhait d'être quand même soutenus et accompagnés (surtout les patients avec un IMC élevé). L'abord du poids était perçu parfois de façon positive et parfois comme une agression sur l'instant, avec un ressenti qui pouvait être positif à distance, et qui variait également selon que cela était réalisé par le biais d'une pesée ou d'une discussion seule. (20,21)

Un travail de thèse strasbourgeois a lui aussi été réalisé plus récemment en 2020, auprès de personnes en surpoids ou obèses en situation de précarité, qui s'est attaché à explorer les attentes des patients et leur vision du rôle du médecin traitant dans la prise en charge de leur problème de poids. Là encore les réponses des patients interrogés étaient variables, concernant la durée de la relation nécessaire à cette discussion avec leur médecin, la facilité ou non pour eux à aborder le sujet, la connaissance ou non de la compétence du médecin généraliste concernant la prise en charge de leur problème de poids, les attentes concernant cet entretien. (22)

De ces travaux cités ci-dessus, il ressort que les patients semblent en général ouverts à une discussion avec leur médecin généraliste, surtout les patients en surpoids (plus que ceux ayant un IMC élevé) et ceux ayant un IMC normal. (21) Ceci tendrait à montrer que les difficultés pour aborder le sujet du poids concernent surtout les patients en situation d'obésité.

Il semble donc intéressant de savoir comment les médecins généralistes abordent la question du poids avec leurs patients, et comment ils vivent ce type de consultation, afin d'être dans les meilleures conditions pour aborder le sujet et faciliter la suite de la prise en charge.

II. METHODOLOGIE

A. Choix du type d'étude et de la méthode d'analyse

Une analyse qualitative est apparue comme le choix le plus adapté pour répondre à la question de recherche, c'est-à-dire explorer l'expérience des médecins généralistes en consultation. Ceci nécessite de les rencontrer, de recueillir leur vécu, afin de comprendre comment le poids est abordé avec les patients.

Il s'agit de tendre à une analyse phénoménologique avec une approche sémio-pragmatique dans l'objectif d'une compréhension globale de l'expérience vécue.

Les données recueillies ont été organisées en catégories, sur la base de la relation que l'interviewé entretient avec ce qu'il a vécu au moment où cela est témoigné. Les catégories peuvent être décrites de la façon suivante : catégorie de la loi, principes, concepts et théories ; catégorie des faits, actions, constats et expérience ; catégorie de la qualité, sentiment et émotions.(23)

Afin de simplifier l'analyse des verbatims, il a été attribué : le chiffre 1 pour les propos relevant de la qualité, le chiffre 2 pour les faits et le chiffre 3 pour les concepts.

Les différentes étapes de l'analyse ont été les suivantes (23):

1. Retranscription des enregistrements mot à mot (verbatim)
2. Lecture flottante de type intuitif
3. Lecture focalisée de type réflexif
4. Découpage des unités de sens et thématisation
5. Repérage des éléments signifiants textuels et contextuels
6. Caractérisation des catégories selon Peirce
7. Mise en lien des catégories issues des différents verbatims et de la question de recherche
8. Restitution d'un sens global

Différents apports théoriques et recherches préalables ont été nécessaires, dont la lecture de l'ouvrage « Initiation à la recherche qualitative en santé » (24), l'article de la revue Exercer « La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en

santé » (23) et la lecture de la grille COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (25).

B. Population

La population étudiée était celle des médecins généralistes installés ou remplaçants en région Occitanie, sans spécificité de sexe, d'âge ou de cadre d'exercice (urbain, semi-rural ou rural).

Les critères d'inclusion étaient principalement : des médecins volontaires, ayant donné leur consentement oral et écrit. Les critères de non inclusion étaient l'absence de consentement et les médecins non francophones.

Le nombre de participants à inclure n'était pas défini en amont, de façon cohérente avec le choix du type de méthode qualitative.

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone ou lors d'une rencontre directe. Seul le thème de la recherche, c'est-à-dire le poids, leur a été rapporté afin d'éviter une réflexion préalable sur le sujet.

C. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par le biais d'entretiens semi-dirigés individuels à l'aide de questions ouvertes pour faciliter l'expression des médecins généralistes interrogés.

Le guide d'entretien a été élaboré afin de répondre au mieux à la question de recherche, via des questions ouvertes dans le but de structurer le dialogue sans en orienter les réponses. Des questions de relance ont été prévues pour aider la personne interviewée en cas de difficulté de réponse spontanée ou de compréhension de la question posée.

Une première version de ce guide a été testée lors du premier entretien. Cela a permis d'apporter les modifications nécessaires à l'élaboration de la deuxième version du guide, suite au constat d'un manque de clarté de certaines questions. Cette deuxième version a été la version définitive.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide du dictaphone d'un téléphone portable après accord des participants. Les entretiens ont été effectués soit au cabinet du médecin soit à domicile.

La retranscription des verbatims s'est faite mot-à-mot.

Les données collectées ont ensuite été anonymisées pour obtenir les verbatims référencés E1 à E11.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à la saturation des données avec un entretien supplémentaire pour s'assurer de l'absence de données nouvelles.

III. RESULTATS

A. Pourquoi aborder le poids ?

1. Une problématique de santé

Le surpoids et l'obésité ont des conséquences sur l'état de santé de l'individu ou peuvent être engendrés par certaines pathologies.

a) *Le poids : un paramètre à surveiller*

La surveillance du poids est une donnée médicale importante à la prise en charge du patient.

E3 : « j'y accorde beaucoup d'importance ouais, s'il faut donner une échelle je dirais 8 sur 10 »

E8 : « s'ils viennent pour quelque chose du domaine de l'infectiologie je vais le mesurer parce que si jamais je dois mettre des antibiotiques et cetera et ben je vais me baser là-dessus, à tous les renouvellements je mesure, c'est hyper important pour les insuffisants cardiaques, les gens suivis pour des endocrinopathies »

E8 : « une variation de poids c'est un événement dans sa vie, c'est quelque chose qui s'est passé, c'est souvent une conséquence de quelque chose. Donc c'est pour ça que moi j'aime bien le mesurer à chaque consultation »

E9 : « c'est un relevé médical c'est des choses qui nous donnent des informations et qui nous permettent d'axer notre consultation et notre prévention ou prise en charge en fonction »

Et ce au même titre que la surveillance de certaines mesures biologiques.

E1 : « c'est un facteur de risque au niveau cardiovasculaire donc c'est quelque chose à suivre au même titre que quand on fait des prises de sang »

b) *L'excès de poids : une situation à prévenir*

Il semble important de faire de la prévention autour de l'excès de poids, et ce précocement avant le stade obésité.

E5 : « peut-être que ce qui serait intéressant c'est de réussir à en parler plus tôt, c'est-à-dire que effectivement l'IMC à 25-30 en fait c'est déjà finalement beaucoup de monde... finalement quand il y aura eu les + 10 kilos ben on l'aura vu aussi sur les pathologies »

E9 : « je vais souvent faire de la prévention que ça soit alcool tabac et sur le poids j'en parle toujours, ne serait-ce que dire un petit mot [...] je fais un peu de prévention primaire, après on se retrouve souvent dans du secondaire avec des gens qui sont déjà dans une situation à risque ou qui ont une maladie liée au poids »

E11 : « plutôt en prévention chez quelqu'un qui serait en surpoids ou en obésité sans complications pour prévenir l'apparition des complications »

Cependant, l'intérêt peut sembler faible, en raison des nombreux messages véhiculés dans la société et à travers les médias déjà connus des patients.

E6 : « ils savent déjà qu'ils sont en surpoids qu'ils doivent en perdre, ça sert à rien de leur dire quoi »

E10 : « c'est quelque chose dont on parle beaucoup dans la société, qui est quand même vachement rentré dans les... dont on parle beaucoup. [...] J'ai pas forcément l'impression d'avoir besoin de faire de la prévention là-dessus »

c) La prise en charge d'un excès de poids

L'excès de poids a des conséquences sur la santé de l'individu et le place dans une situation à risque.

E1 : « pour moi l'obésité - et ça m'arrive de le dire - l'obésité, c'est aussi pour votre santé, c'est un facteur de risque au niveau cardiovasculaire »

E2 : « le poids bah c'est un vrai problème quoi, c'est une vraie maladie. Le petit bémol qu'on a eu là, sur les 5-6 dernières années c'est, quoi c'est un peu antinomique mais, c'est euh, cette mode de euh j'accepte mon corps comme je suis euh... bah non le fait d'être en surpoids ou d'être obèse c'est pas normal quoi »

E3 : « les facteurs de risques cardiovasculaires, ouais ça c'est ce qui me vient tout de suite et euh les problèmes rhumatismaux, euh ouais, mortalité et espérance de vie limitée »

E11 : « si la personne en parle pas j'en parle pas, sauf pour les troubles cardio-vasculaires »

A ce titre il existe un intérêt à le prendre en charge comme n'importe quelle autre pathologie.

E5 : « la perte de poids va être quand même centrale [...] euh il faut considérer, enfin je pense qu'il faut considérer vraiment la perte de poids comme un traitement en soi »

Inversement, certaines pathologies peuvent engendrer un excès de poids, et dans ce cas la prise en charge de la pathologie initiale apparaît comme prioritaire.

E1 : « disons que la prise du poids était liée à un syndrome dépressif, donc je me suis d'abord dit faut qu'on règle un peu la question du syndrome dépressif avant de pouvoir vraiment gérer l'obésité »

d) Le cas du patient en surpoids

Certains médecins interrogés ont différencié le cas du patient en surpoids de celui du patient obèse concernant l'abord du poids, en raison d'une différence d'impact sur l'état de santé.

E8 : « pour l'obésité, quand c'est obésité grade 2 ou 3 bon bah là on sait que c'est compliqué quand même au niveau médical et cetera, mais pour ceux qui sont un peu entre les 2 et on en a de plus en plus quoi... et ben là c'est difficile [...] parce que finalement si eux se sentent super bien on leur rajoute un problème... »

E9 : « un surpoids stable c'est pas quelque chose forcément à traiter. Quelqu'un qui passe d'un IMC de 24 à 26 puis à 28, là il va falloir s'inquiéter. Quelqu'un qui est à 26 depuis des années, s'il est bien et s'il a pas de volonté de perdre du poids en fait je vois pas pourquoi je le forcerais à perdre du poids.[...] Il n'y a pas d'augmentation de facteurs de risques quels qu'ils soient sur les gens en surpoids »

E11 : « je l'aborde en pratique [...] pour les poids extrêmes. Pour les patients obèses et puis la maigreur, ouais dans ce cas-là j'aborde la question, sinon j'attends que le patient m'en parle »

2. Une demande du patient

Certains patients sont demandeurs d'une surveillance de leur poids ou souhaitent aborder le sujet.

a) Exprimer un vécu par rapport au poids

Certains patients expriment directement leur souhait d'aborder le sujet du poids.

E1 : « c'est lui qui en a, enfin qui l'a abordé, parce qu'il en était conscient [...] et qu'il avait besoin d'une validation du fait qu'il avait pris du poids »

E7 : « ils sont venus pour ça et on discute du poids »

E10 : « j'ai une patiente avec qui on a parlé plusieurs fois de poids [...], et alors c'est elle qui m'en avait parlé spontanément la première fois »

En raison le plus souvent d'un vécu négatif.

E2 : « j'ai senti un petit peu sa culpabilité par rapport à cette prise de poids »

E5 : « elle était en mode [...] un peu désespérée »

E7 : « elle finit par glisser qu'elle est pas bien qu'elle se sent pas bien et qu'elle aimerait perdre du poids »

Qui peut être indépendant de la valeur du poids.

E4 : « finalement le poids, euh même chez les personnes qui ont un IMC qui est correct en fait ça peut potentiellement être un problème quand même dans leur vie »

E8 : « chacun a sa représentation de son corps [...] un chiffre le même, c'est-à-dire 60 kilos et en fonction de l'individu ça va tout changer pour lui quoi »

E10 : « c'est une patiente qui est pas en situation d'obésité, elle a un surpoids mais c'est pas catastrophique, les prises de sang sont pas catastrophiques, par contre elle se met beaucoup de pression et elle se juge beaucoup sur ce qu'elle fait »

b) Demander de l'aide ou des informations par rapport au poids

Les patients ont souvent conscience du lien entre l'excès de poids et les difficultés physiques qu'ils peuvent éprouver.

E6 : « les gens me disent bien sûr je sais. Donc ils savent. Ils savent déjà qu'ils sont en surpoids qu'ils doivent en perdre »

E8 : « les gens qui sont en surpoids qui sont obèses, déjà bah c'est les premiers à le savoir »

E10 : « les gens ils savent qu'être en surpoids c'est pas bon pour eux »

Mais peuvent parfois manquer de connaissances sur le sujet.

E5 : « elle avait remplacé les sodas par de la grenadine, [...] elle s'était dit ah j'arrête de manger euh des féculents le soir et en fait elle mettait dans sa soupe elle mettait 3 tonnes de fromage »

E10 : « j'ai quand même quelques patients qui en soi sont en surpoids, ont des problèmes de santé en rapport et qui s'en rendent pas compte »

E11 : « et t'as l'impression que quand même il y a des connaissances de base qui manquent »

Connaître leur demande propre est prioritaire.

E2 : « je lui ai demandé si ça lui posait souci, si elle voulait en discuter, si elle voulait que je lui propose quelque chose »

E6 : « j'ai pas d'injonctions à leur donner si ce n'est peut-être une information s'ils sont en demande »

E9 : « je parle un peu de tout, pour voir si il y a des choses sur lesquelles elle veut travailler »

3. Le médecin généraliste comme interlocuteur principal

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans l'accompagnement du patient ayant une problématique de poids.

a) L'ancienneté du suivi et la position de médecin traitant

Être le médecin traitant du patient ou non ne semble pas avoir d'importance en ce qui concerne l'abord du poids.

E2 : « je lui ai demandé si elle voulait qu'on aborde un petit peu le sujet bien que je ne sois pas son médecin traitant. Et euh du coup elle a été d'accord »

E4 : « et en même temps je me dis peut-être que justement le médecin traitant comme il le voit tout le temps il n'en a pas discuté donc c'est peut-être aussi à moi de le faire un petit peu »

Tout comme l'ancienneté de la relation avec le patient.

E4 : « c'est aussi parfois un avantage en fait de pas connaître les patients, pour aborder des sujets qu'ils n'ont pas forcément l'habitude d'aborder avec les autres »

E5 : « c'était une patiente d'un autre médecin et enfin ça faisait que 2 ou 3 fois que je la voyais, c'est assez récent comme prise en charge »

La position de médecin de famille pourrait quant à elle être à risque de biais d'évaluation du médecin et déclaratif du patient du fait de suivre différents membres de la famille.

E7 : « comme je suis la famille [...] voilà, le fait de faire les deux, j'ai trop d'écarts et je pense que même elle dans la présentation qu'elle me fait je pense qu'elle est pas assez, qu'elle est loin d'être assez objective »

b) La relation de confiance médecin patient

L'existence d'une relation de confiance entre le médecin et le patient est fondamentale dans la discussion autour du poids.

E3 : « docteur je vous fais entièrement confiance [...] proposez-moi quelque chose »

E6 : « faut vraiment [...] qu'ils voient qu'effectivement ils peuvent venir soigner une angine, qu'ils peuvent venir soigner tout ce qu'ils veulent sans qu'on mette tout sur le compte de leur poids [...] je vais presque même éviter de peser les personnes avant qu'il y ait une bonne relation entre nous quoi »

E10 : « elle était plutôt à l'aise, parce que je pense que le fait qu'on se soit déjà vues avant et qu'on ait déjà parlé de l'alimentation ensemble, ça l'a aidée [...] j'ai senti qu'elle était à l'aise et en confiance »

B. Comment aborder le poids ?

1. Par des paramètres cliniques

L'abord du poids peut engager la mesure de certains paramètres cliniques.

a) L'IMC

L'IMC est un paramètre fréquemment utilisé pour évaluer l'excès de poids.

E1 : « c'est un patient [...] qui a pris du poids il a pris 10 kilos en quelques mois et donc j'ai recalculé l'IMC j'ai fait : ah oui effectivement vous avez pris du poids »

E2 : « c'est une maladie qu'on peut quantifier avec des repères donc via la pesée, le périmètre abdominal, l'indice de masse corporelle »

E5 : « alors je l'ai pesée [...] et euh j'avais déjà une taille dans le dossier pour calculer l'IMC »

Ou pour déclencher une discussion autour du poids.

E1 : « je calcule l'IMC [...] je glisse dans la phrase : votre IMC est supérieur à 30 effectivement vous rentrez dans le cadre de l'obésité »

E3 : « si l'IMC n'est pas dans les normes donc j'en profite pour embrayer [...] pour parler, voilà, du surpoids de l'obésité »

E8 : « si j'ai une personne, un poids qui moi par exemple me donne un IMC dans les normes et cetera et qui m'en parle pas, j'en parle pas forcément pendant la consultation. Si par contre moi

je vois que la mesure me donne un surpoids ou une obésité ou une maigreur je vais par contre en discuter avec le patient »

Cependant le calcul de l'IMC n'est pas forcément utile à l'abord du poids et peut parfois présenter des limites.

E4 : « le poids, euh même chez les personnes qui ont un IMC qui est correct en fait ça peut potentiellement être un problème quand même dans leur vie »

E6 : « si je sais que la personne a une forte masse musculaire, même si elle semble avoir quand même un petit peu d'enrobage adipeux, [...] elle pèse plus lourd donc l'IMC va être surévalué. [...] J'avoue que j'en tiens pas trop compte »

E8 : « c'est pas incroyable quoi l'IMC, en fonction des masses musculaires ça peut varier du tout au tout »

E9 : « après sans calculer l'IMC je sais très bien évaluer qu'elle avait un IMC assez élevé »

b) La mesure du périmètre abdominal

La mesure du périmètre abdominal est plutôt utilisée auprès du patient obèse.

E1 : « quand ils sont en obésité, en plus du poids je fais souvent le périmètre ombilical »

E3 : « on parle de l'obésité [...], donc je fais un périmètre abdominal »

Mais en pratique reste rarement effectuée.

E2 : « il y a une chose que je vais m'efforcer de faire et que je ne fais pas actuellement de manière assez rigoureuse et assez répétée c'est la mesure du périmètre abdominal »

E8 : « c'est vrai que moi par contre je mesure jamais l'épaisseur de tissu adipeux »

E11 : « le périmètre abdominal je le fais jamais »

c) La pesée

La pesée est un paramètre de l'examen clinique très fréquemment réalisé et quasi systématique lors de la première consultation.

E2 : « par le biais de la pesée qui fait partie intégrante de mon examen clinique quoi »

E3 : « on va dire à 80-90% je prends le poids »

E5 : « il y a vraiment la balance systématique même pour les gens qui viennent pour un rhume si c'est la première fois que je les vois »

E6 : « c'est un petit rituel en fait, je prends toujours la tension au fauteuil et je leur dis est-ce que vous pouvez vous déchausser pour monter sur la balance »

E7 : « c'est vrai que la première consultation il y a pesée systématique »

Elle ne paraît cependant pas nécessaire pour aborder le sujet du poids, ce d'autant que l'excès de poids est visuellement objectivable.

E4 : « je l'avais pas pesé, c'était juste euh visuellement enfin une impression sur son poids »

E9 : « un patient qui est en surpoids ou en obésité en fait il y a pas besoin de lui rappeler toutes les consultations, surtout pour des patients chroniques qui viennent tous les 3 mois, vous êtes encore en surpoids ou en obésité, parce que c'est pas ça qui va changer et s'il y a un besoin d'aborder la question je pense qu'on peut l'aborder d'autres manières et d'une manière plus positive »

E10 : « les peser pour moi c'est les mettre devant le fait accompli de vous êtes trop gros vous êtes pas assez gros, enfin c'est pas une question [...] pour leur permettre d'aborder le poids »

E11 : « je le fais au faciès pour les personnes de poids extrêmes »

Lors des discussions autour du poids, la pesée permet de rester objectif dans l'évaluation et de corriger d'éventuelles fausses croyances.

E1 : « du coup euh c'est là qu'on a dit on va se peser, allez-y pesez-vous et ah oui effectivement il y a une augmentation de poids »

E7 : « parfois ça redresse aussi des trucs euh où elle pense avoir pris et ce n'est pas le cas »

E9 : « ça peut être intéressant d'objectiver un poids »

La pesée paraît aussi intéressante pour suivre l'évolution du poids.

E6 : « je la pèse quand même assez fréquemment tous les trois mois [...] dans l'espoir de perdre un peu de poids donc je me suis dit que ça serait intéressant et encourageant pour elle de voir la progression »

E7 : « j'utilise rarement le poids brut pour aborder le poids. C'est à dire que même quand la personne arrive en surpoids, j'utilise la variation. Donc je fais ça sur plusieurs consultations »

E8 : « Nous on mesure à un instant T mais on se rend pas forcément compte de l'évolution sauf si c'est marqué vraiment dans le dossier »

2. Par une discussion

Aborder le poids c'est avant tout avoir une discussion avec le patient, lors d'une consultation dédiée ou non.

a) *Les circonstances d'abord*

Le poids est en fait rarement le motif principal de la consultation.

E7 : « elle vient jamais pour le poids enfin elle vient toujours soit pour de l'asthme soit pour des bronchites soit parler de tous les problèmes de la famille [...] elle finit par glisser qu'elle est pas bien qu'elle se sent pas bien et que et qu'elle aimerait perdre du poids »

E8 : « j'en ai pas une en tête mais j'en ai plusieurs, des petits moments en fait au cours de la consultation, parce que bah c'est rare d'avoir une consultation où je parle que de ça »

E10 : « c'est par contre, ouais c'est toujours en lien avec une autre pathologie ou gêne du patient j'ai l'impression »

Le sujet du poids est souvent abordé par le biais d'une plainte autre du patient.

E2 : « la discussion s'est beaucoup portée sur euh sa sexualité et ce surpoids qui la gênait beaucoup dans la reprise de sa sexualité après son accouchement »

E4 : « il vient pour son renouvellement, donc voilà il avait un truc principalement pour la tension il me semble, euh et il me dit qu'il a un peu des douleurs articulaires [...] et du coup il m'a dit ah oui oui je sais, il faudrait que je perde cette bedaine »

E5 : « elle parle de son essoufflement [...] donc je lui explique que dans les essoufflements il y a le cœur les poumons et effectivement le poids [...] c'est comme ça qu'on en a parlé »

E9 : « elle venait pour des douleurs articulaires, ce qui reste quand même une cause assez fréquente de consultation et là pour le coup on a abordé beaucoup de choses »

Ou suite à des résultats d'examens biologiques.

E10 : « quand on parle par contre prise de sang, cholestérol, diabète, triglycérides, là c'est le seul moment où moi je vais l'aborder »

La discussion autour du poids peut se faire via des questions de dépistage sur l'alimentation ou l'activité physique.

E8 : « j'en ai profité pour poser la question de est-ce que vous pratiquez des activités physiques, est-ce que vous marchez en semaine, au niveau de l'alimentation est-ce qu'il y a des choses qu'on pourrait améliorer. Et la discussion avait pu être faite »

E9 : « les patients la première fois, comme je fais un questionnaire global avec antécédents traitements et addictions je parle aussi souvent des boissons sucrées, donc ça me permet d'aborder un petit peu la nutrition et parfois le problème de poids aussi »

E11 : « je dis jamais le poids à voix haute et c'est moi qui enclenche dessus si je trouve que c'est... enfin ouais si c'est élevé. Et souvent c'est si c'est élevé et qu'il y a des répercussions sur la santé, sinon je... j'essaie un petit peu juste de demander s'ils font un peu d'exercice physique ou si... quel est leur régime alimentaire »

b) Le moment d'abord

Le moment propice à l'abord du poids semble surtout être celui qui convient au patient.

E1 : « je lui ai demandé si elle voulait qu'on aborde un petit peu le sujet [...] et euh du coup elle a été d'accord »

E3 : « je pense que selon le jour de consultation de l'état d'esprit du patient, il faut rentrer plus ou moins dans le sujet »

Une consultation pour une pathologie en lien avec le poids peut être l'occasion d'aborder le sujet, ou en cas de besoin concernant une prise en charge spécifique.

E4 : « ben si la personne euh elle m'en parle pas spécialement mais que je sais qu'elle a une pathologie qui peut être augmentée, euh enfin amplifiée à cause du poids et ben forcément là on remettra ça sur le tapis »

E6 : « l'aborder quand c'est nécessaire, quand il y a un lien évident avec un diabète déséquilibré, avec une gonarthrose très douloureuse ou des problèmes de lymphœdème inflammatoire »

E8 : « s'ils viennent pour quelque chose du domaine de l'infectiologie je vais le mesurer parce que si jamais je dois mettre des antibiotiques et cetera et ben je vais me baser là-dessus, à tous les renouvellements je mesure, c'est hyper important pour les insuffisants cardiaques, les gens suivis pour des endocrinopathies »

Finalement il ne semble donc pas y avoir d'intérêt à aborder le poids de façon systématique, et ce quelle que soit la valeur du poids.

E6 : « est-ce que là ça vaut le coup d'aborder le poids si la personne n'en parle pas ? [...] en fait enfin je sais pas si c'est une nécessité d'aborder le poids chez tout le monde, je pense que c'est pas une nécessité vraiment »

E9 : « si la personne a pas de plaintes pas de demande, c'est pas mon métier non plus de la stigmatiser, lui dire tiens vous êtes en surpoids donc il faut perdre du poids alors qu'il est très bien dans sa peau »

c) *La façon d'aborder le poids et la communication employée*

Le dialogue semble facilité par la méthode de communication employée, plus ou moins directe.

E1 : « donc voilà toujours un peu de euh d'interrogations sur comment la question, voilà comment ça va être accueilli par le patient. Donc j'y vais souvent effectivement avec un peu de pincettes »

E3 : « je pense que il n'y a pas de règles, chacun doit essayer ses propres méthodes, plus ou moins directes »

E6 : « je dis jamais obésité d'ailleurs je dis toujours excès de poids ou surpoids, même quand il y a une obésité morbide [...], ça ressemble trop à une injure »

E10 : « il a eu des consultations quand il était en début d'adolescence avec des médecins qui ont pas pris de tact du tout et pour le coup ben ça l'a pas aidé à s'améliorer et ça a plutôt aggravé sur le poids »

Ainsi que par le fait d'axer le discours sur les bénéfices éventuels d'une perte de poids plutôt que sur les conséquences négatives de l'excès de poids.

E5 : « enfin moi ça m'est arrivé de dire à un patient euh là votre foie est obèse quoi, et ça peut arriver jusqu'à la cirrhose même si vous buvez pas d'alcool, mais vous avez vachement de chance parce que c'est la seule maladie que je connaisse qui peut régresser »

E8 : « plutôt que de dire vous êtes obèse ça va vous apporter ça comme problèmes, j'essaie de leur dire si on changeait un petit peu, si on perdait quelques kilos voici les bénéfices qu'on pourrait avoir »

E11 : « une façon détournée. Questionner peut-être sur les activités plaisirs qu'ils aimeraient faire s'ils avaient ce surpoids en moins »

C. Le vécu du médecin des consultations poids

1. Facteurs liés au patient

Plusieurs facteurs liés à la relation avec le patient peuvent avoir un impact sur le ressenti du médecin vis-à-vis de la consultation.

a) *L'acceptation du dialogue*

Le fait que le patient soit enclin et à l'aise pour avoir une discussion sur son poids est à l'origine d'un vécu positif pour le médecin.

E4 : « avec lui bien mais après voilà je dis ça mais je trouve que ça dépend des patients, ça dépend la manière dont on l'aborde, des fois c'est pas aussi évident...[...] Lui en l'occurrence il a pas été gêné outre mesure »

E8 : « au début j'étais un peu mal à l'aise parce que du coup j'avais du mal à cerner si c'était, si elle allait être complètement réfractaire à la discussion ou pas et finalement le fait de... ben finalement qu'elle se soit pesée, qu'elle ait pas regardé, ça l'avait un peu détendue. Finalement c'était un peu rigolo elle a levé la tête au ciel moi je regardais je lui ai dit je vous dis pas, on avait un peu détendu la situation comme ça »

E10 : « elle était plutôt à l'aise [...] avec elle j'étais pas gênée »

Ceci semble facilité par l'adoption d'une attitude bienveillante et empathique du médecin.

E1 : « arriver à entrer en contact sur le sujet avec le patient sans le culpabiliser »

E6 : « si on a une attitude bienveillante et réellement on veut aider les gens, [...] bah bien sûr ça facilite »

E8 : « donc j'essaie de prendre un ton un peu à l'aise et de rendre ça à l'aise »

b) *Le stade de changement où se situe le patient*

Un vécu négatif découle souvent du fait de proposer une perte de poids à un patient qui ne souhaite pas initier de changement.

E3 : « on se rend compte qu'on peut pas soigner tout le monde et que si la personne refuse d'être soignée on va s'user pour rien »

E9 : « la plupart du temps en fait c'est qu'ils ont pas envie de l'entendre et ils vont l'oublier, ça me sert à rien de leur dire... »

Il paraît donc important d'évaluer en premier lieu le ressenti du patient par rapport à son poids.

E4 : « savoir comment ils sont, euh si ils se sentent bien comme ça ou voilà si ils ont envie d'en discuter »

E8 : « donc ouais j'aime bien leur dire, leur demander comment ils se sentent vis-à-vis de ça quoi. Il y a des gens qui vont être en obésité qui vont se sentir bien... après est-ce que l'important c'est qu'ils se sentent bien ou est-ce que c'est qu'ils soient en meilleure santé par rapport aux normes qu'on nous a appris à l'école de médecine ? »

E11 : « j'essaie d'aborder plutôt la souffrance que le poids en premier lieu. [...] Comment ils vivent ça moralement »

Et de savoir comment il se situe vis-à-vis d'une éventuelle perte de poids.

E3 : « j'essaye d'évaluer la motivation qu'ils pourraient avoir pour perdre du poids et comment ils vivent leur surpoids »

E6 : « j'ai conscience que c'est des problèmes multifactoriels, que les gens ont pas forcément envie ni la motivation, ni le fait que c'est pas à moi de décider pour eux quand ils vont pouvoir faire quelque chose ou pas »

E7 : « alors elle est en demande d'échanger et en même temps elle est, pour moi elle est en pré contemplatif on va dire, elle ne souhaite pas, je la sens pas en demande de régime de façon hyper suivie à l'heure actuelle dans le sens où il y a toujours quelque chose qui fait qu'elle se dérobe un peu »

E9 : « je préfère leur dire de revenir ce qui me permet de voir aussi un peu le fait qu'ils aient envie de le faire »

Il n'existe finalement pas de méthode définie pour perdre du poids, chaque patient est unique et la prise en charge doit être adaptée à la personne. Cela est à l'origine d'un vécu positif tant pour le patient que pour le médecin.

E3 : « il faut essayer d'aller un peu dans son sens, quelle que soit la méthode, ça peut être régime, euh je sais pas moi lithothérapie, magnétisme je m'en fiche [...] il faut vraiment le soutenir dans ce parcours-là »

E4 : « la prise en charge vraiment de la personne dans sa globalité et pas juste du poids et en fait je pense que c'est hyper important [...] il faut que ce soit acceptable en fait »

E8 : « il y a un milliard de corps humains, enfin je veux dire chacun va réagir différemment, y a pas de recette miracle [...] donc déjà si on leur enlève cette pression ils adhèrent mieux à ce qu'on dit quoi »

c) Les tentatives antérieures de perte de poids

La consultation paraît plus difficile si le patient se sent en échec vis-à-vis de tentatives de perte de poids qu'il a pu initier dans le passé.

E4 : « c'est lui qui a dit oui non mais je suis au courant, il faut que j'aille marcher un petit peu plus et cetera [...] euh mais j'essaye hein je marche ! »

E5 : « je sais que c'est ça qu'il faut faire mais c'est plus dur que ce que vous dites »

E10 : « après elle avait un côté un peu de dire : j'ai toujours fait des régimes et repris du poids derrière, de toute façon ça marche pas. Et de toute façon enfin... j'y arrive jamais »

Sur la question des régimes, il ne semble pas que les régimes restrictifs soient une solution efficace pour la perte de poids.

E5 : « je vois beaucoup de gens qui sont en régime un peu tout le temps. Donc moi j'ai très peur du yoyo et du régime fait un peu n'importe comment »

E8 : « les régimes c'est ben voilà c'est un piège je pense ! surtout si c'est mal conduit par des organismes lucratifs qui sont mal intentionnés ben c'est une catastrophe pour les gens parce qu'ils perdent très rapidement du poids qu'ils reprennent aussitôt une fois qu'ils ont arrêté, ça les fait culpabiliser, enfin je trouve qu'il n'y a rien de bien là-dedans quoi »

E9 : « ça a pas d'efficacité, ça a plutôt un côté inverse, de on fait un régime et dès que ça va mieux on a perdu un peu de poids on arrête le régime et du coup on surcompense derrière »

Finalement, conseiller de maigrir ne semble pas forcément être une solution intéressante.

E5 : « je suis assez méfiante par rapport à ce côté euh voilà, dire enfin, dire à la personne : il faut maigrir faut maigrir faut maigrir, je euh...bon. Voilà ça me ça me pose vraiment question »

E7 : « moi si ils sont bien si ils ont mal nulle part, ma consigne je me contente de leur dire que je veux pas qu'ils grossissent »

E8 : « il y a des gens qui vont se sentir mieux en étant un peu en surpoids que en étant maigres, donc et ben c'est pas à moi de leur dire qu'il faut perdre du poids alors que eux ils font tout pour essayer d'en prendre »

2. Facteurs liés au médecin lui-même

De nombreux facteurs propres au médecin peuvent influencer le déroulé des consultations et le ressenti qui en découle.

a) *Les expériences personnelles*

Le vécu du médecin vis-à-vis de son propre poids semble influencer l'attention portée à la question du poids et la façon d'aborder le sujet.

E5 : « j'aborderai probablement pas le poids avec quelqu'un qui a un IMC entre 25 et 28 tu vois, alors est-ce que c'est parce que j'ai moi-même un IMC à 26 et que je me sens pas en surpoids ? peut-être »

E6 : « je pense que je vais... moi je vais moins l'aborder quand c'est pas au centre de la problématique du jour, parce que il faut pas que les gens... ouais j'ai besoin que les gens sentent qu'on met pas tout de suite le nez là-dedans quoi oui. Parce que je sais que, qu'on le sait quoi quand on a un excès de poids »

E8 : « moi le poids c'est vraiment un truc dont on m'a toujours parlé et qui a créé enfin des complexes quoi ! [...] c'est pour ça je pense aussi que je suis aussi focus sur les poids des gens et sur comment ils se sentent vis-à-vis de ça quoi »

E10 : « je sais qu'il y a ça qui m'a pas mal bloquée et donc je suis plutôt dans l'excès inverse, de soit pas en parler soit en parler en essayant de... pas de minimiser mais de rassurer »

Il semble qu'une attention plus particulière soit portée sur la recherche de l'accord du patient pour aborder le sujet.

E2 : « je pense que professionnellement je suis devenue moins agressive vis-à-vis du poids que ce que j'étais auparavant, c'est à dire qu'avant j'abordais le sujet sans demander aux gens si ils me permettaient de l'aborder, alors que maintenant je leur demande la permission et je trouve que c'est beaucoup plus facile »

E11 : « l'obésité je les force pas à en parler, si je sens le malaise qui persiste ben je les force pas, parce que je sais que... l'obésité avec des troubles du comportement alimentaire c'est souvent lié à un trauma de vie »

Il semble exister une meilleure compréhension des difficultés éprouvées par le patient en cas de passé d'excès de poids.

E6 : « je sais que j'ai pris une dizaine de kilos en 5-6 ans un truc comme ça et je vois bien à quel point c'est compliqué quoi, enfin que c'est compliqué que c'est multifactoriel et que c'est difficile de se mettre en mouvement pour faire quelque chose et du coup je suis d'autant plus compréhensive avec les gens parce que je sais que c'est pas facile quoi »

E8 : « du coup j'ai cette, j'ai l'impression de comprendre leur combat aux gens qui sont en surpoids et obésité. Et je peux, ça m'aide à être plus empathique. Enfin, c'est pas facile quoi ! Faire changer cette composante-là de nous-même, le poids et son apparence aussi »

Le fait d'avoir soi-même expérimenté un type de prise en charge influence les propositions faites au patient.

E5 : combien de fois je me suis dit « allez je fais attention à ma diet », et puis au bout d'un mois tu montes sur la balance, t'as perdu 900 g péniblement en te privant de plein de trucs et tu te dis euh... bon ben je vais peut-être arrêter de faire parce qu'en fait ça fait pas mieux que de pas faire attention... [...] j'ai tendance à dire il vaut mieux des petits changements qui durent que le gros régime »

E6 : « sur les choses qu'on peut mettre en place aussi parce que oui oui d'expérience je sais que, qu'il y a des trucs que j'ai pu expérimenter et que je peux transposer comme proposition à des personnes qui auraient une demande par rapport à ça »

E9 : « j'ai été exposé au régime très restrictif du type il faut manger 100 g de féculent 30 g de produits laitiers et des choses comme ça et c'est vrai que c'est des choses qui m'ont marqué de toute façon [...] c'est des choses que quand j'étais petit je trouvais très injustes. Donc bah moi sur le plan professionnel avec cette expérience-là j'irai jamais sur un régime »

b) Les expériences professionnelles

Plusieurs médecins ont témoigné de leur impression de manque de formation concernant la prise en charge du patient en excès de poids, ce qui est à l'origine d'un vécu négatif des consultations.

E1 : « s'ils ont déjà tout fait eux-mêmes, qu'est-ce que moi je peux leur apporter de plus ? Donc en fait c'est effectivement pour ça que j'ai envie de me lancer dans le DU d'obésité, pour essayer d'avoir des outils supplémentaires pour aborder cette question-là »

E5 : « ou moi une petite formation qui me permettrait de euh voilà d'être plus à l'aise là-dedans, aussi bien sur aborder le poids mais aussi du coup derrière sur quoi proposer »

E9 : « je pense que dans la population générale des médecins généralistes on n'est pas assez formé sur la nutrition pour pouvoir avoir des conseils un petit peu généraux et pas se contredire entre médecins, parce que j'ai quand même beaucoup de patients qui m'ont aussi rapporté : oui mais mon dernier médecin il m'avait pas dit ça. Je trouve que c'est compliqué »

E10 : « je me sens pas forcément légitime parce que je suis pas formée en nutrition »

E11 : « moi j'ai l'impression qu'on l'apprend pas à la fac en mode prévention, on l'apprend en mode prise en charge à partir du moment où il y a déjà des conséquences et que effectivement je suis pas bonne, mais peut-être parce qu'on me l'a pas appris justement ouais »

Certains médecins ont évoqué la possibilité de supports d'aide afin de faciliter le dialogue autour du poids avec les patients.

E1 : « peut-être une petite fiche pour informer le patient grâce à des supports aux patients qui le souhaitent, avec des petites idées et puis parce qu'il y a beaucoup de fausses croyances »

E4 : « peut-être des petites plaquettes, je sais pas à remettre au patient sur les premières choses à faire sur la faim, sur la satiété, sur des petits conseils pour apprendre à reconnaître quand est-ce qu'il a faim ou quand est-ce qu'il a envie de manger. Enfin des petits trucs comme ça ouais. Et potentiellement des petits questionnaires un peu standardisés avec 2-3 questions qui permettent d'aborder »

E10 : « alors là le problème c'est que c'est pas une question, parce que je vais pas leur demander est-ce que vous êtes trop gros ou pas [...] peut être de trouver une question pour leur permettre d'aborder le poids mais en leur posant une question à laquelle ils pourraient répondre, bah comme pour le tabac [...] un conseil minimal »

Finalement, des changements de pratique semblent découler des expériences de consultations auprès des patients, pour un meilleur vécu de ces situations.

E3 : « on se rend compte qu'on peut pas soigner tout le monde et que si la personne refuse d'être soignée on va s'user pour rien. Et donc du coup non seulement on n'aura pas réussi donc on sera déçu, mais en plus on sera psychologiquement usé »

E5 : « il a eu une hépatite aigüe dont on connaît pas la cause et suite à ça, ça l'avait vraiment... il a eu hyper peur en fait, et du coup il s'est vraiment pris en main. [...] A un moment tu vois j'étais un peu, bon bah vous avez une stéatose hépatique, bon ben enfin c'est comme ça, euh là

maintenant au contraire j'ai un peu pris ouais un truc, il faut que maintenant là, hop c'est un truc il faut qu'il y ait un déclic »

E7 : « c'est vrai que j'ai eu quelques retours de patients qui me disaient : oh la la, la nutritionniste il faut peser chaque cuillère c'est compliqué, oui voilà donc c'est vrai que du coup je m'étais dit que c'était probablement un peu trop compliqué à suivre »

E8 : « et eux ils leur apportaient toutes ces informations, ils leur disaient je vous revois dans 3 semaines un mois et juste on voit ce que ça fait sur votre poids, juste en faisant ça, sans régime, vous mangez ce que vous voulez, mais par contre vous ne mangez que quand vous avez faim. Et en fait on constatait que ben les gens perdaient du poids, donc ça c'était la première étape et je trouvais ça super intéressant [...] Et du coup je déconseille les régimes, à chaque fois qu'on me parle de régime je déconseille, je repars plutôt sur le concept d'écouter ses sensations »

E11 : « j'ai modifié ma pratique, pour notamment les obèses avec la souffrance psychologique parce qu'on en a déjà vu plein, du coup j'essaie d'aborder plutôt la souffrance que le poids en premier lieu »

3. Facteurs liés au déroulé de la consultation

Des facteurs liés à la consultation en elle-même ont un impact sur le vécu du médecin des consultations poids.

a) Le temps

La plupart des médecins interrogés ont fait part d'un manque de temps dans leurs consultations pour aborder le sujet du poids.

E2 : « et puis le petit souci que j'ai euh en médecine générale de manière assez récurrente c'est que euh, on aimerait bien plus aider les gens nous sans les adresser ailleurs, cependant on n'a pas forcément la formation et le temps pour »

E9 : « y a plein de choses qui pourraient nous aider en tant que médecins ! Première chose en tant que médecin ce serait du temps, parce que je trouve que les consultations nutrition si on veut les faire bien il faut qu'on ait le temps »

E10 : « et puis aussi j'ai pas forcément le temps... »

E11 : « et en terme de temps, ben... sur des consultations qui servent à rien ça va mais sinon voilà, en 15 min quand ils consultent pour un vrai motif j'ai pas le temps »

Proposer une consultation dédiée semble être une option intéressante pour contrer ce problème et mieux pouvoir répondre aux demandes du patient.

E4 : « c'était vraiment juste lui mettre en tête qu'il faudrait peut-être penser aussi à faire attention à son poids et qu'on pourrait en rediscuter à l'occasion quoi. [...] il sait que si il a besoin euh il pourra revenir quoi »

E5 : « comme quand tu passes du temps à expliquer l'introduction d'un IEC ben finalement tu vas te dire bah aujourd'hui on va passer du temps à expliquer comment l'aider à perdre du poids »

E9 : « y a plein de choses qu'on peut aborder, c'est pas un truc à faire en fin de consultation, c'est une consultation à part »

b) L'issue

Le fait de conclure la discussion autour du poids sur des propositions de prise en charge semble être à l'origine d'un vécu positif.

E1 : « la prise du poids était liée à un syndrome dépressif, donc je me suis d'abord dit faut qu'on règle un peu la question du syndrome dépressif avant de pouvoir vraiment gérer l'obésité [...] il l'a plutôt très bien accueilli. [...] on a dit qu'il faudrait effectivement prendre en charge le poids mais euh pour le moment ça semblait effectivement secondaire »

E2 : « alors c'était une super consultation parce que du coup elle était très gênée au départ de parler de son poids puis le fait que euh on valide le fait qu'il y avait moyen de l'aider et que euh on pouvait trouver une solution ensemble [...] je l'ai sentie quand même heureuse d'avoir une idée pour aller vers une solution de prise en charge »

E9 : « moi je préfère plutôt que faire une prévention globale et la laisser partir comme ça, se dire je parle un peu de tout, pour voir si il y a des choses sur lesquelles elle veut travailler, puis on en conclut avec »

S'entourer d'autres professionnels en cas de difficultés de prise en charge peut être une solution intéressante pour améliorer le vécu des consultations.

E5 : « OK vous êtes obèse, vous êtes en grande difficulté, quelque part moi aussi parce que j'arrive pas à traiter ce problème-là chez vous [...] tu vois le truc où tu sais plus par quel bout prendre le patient et tu sais que la perte de poids va être quand même centrale quoi, ben c'est

vrai que moi enfin j'ai jamais eu ce réflexe, une consultation obésité, parce que l'obésité en elle-même est une maladie. Alors voilà avant-hier je... euh ça m'a fait tilt »

E8 : « en tant que médecin généraliste si on arrive à les faire intégrer un peu un schéma et des structures et les envoyer vers des professionnels qui peuvent les accompagner, pour voilà pour les aider dans leurs objectifs, c'est une grosse plus-value quoi »

E9 : « la vocation n'est pas que tous les médecins fassent des consultations spécialisées sur la nutrition. S'ils veulent pas le faire ils ont le droit de réorienter aussi »

Cependant, proposer un suivi en diététique paraît parfois difficile en raison de l'absence de remboursement de ce type de prise en charge.

E2 : « nos diététiciens sont vraiment tops, mais euh non remboursés quoi. Et c'est un frein... »

E11 : « à part dire il faut vous faire suivre par une diététicienne et ça c'est pas remboursé... donc c'est un peu compliqué »

Les thérapeutiques médicamenteuses de l'obésité sont à l'origine de sentiments variés et parfois contraires.

E6 : « si on commence à avoir à disposition des médicaments efficaces, honnêtement dire aux gens vous savez on a maintenant des possibilités pour vous aider un peu plus efficacement pour la perte de poids, alors là c'est vrai que oui ce sera plus facile »

E7 : « je me pose un peu la question de savoir si vraiment ils perdent du poids beaucoup avec ces nouvelles thérapeutiques dérivées de l'Ozempic là, si on va avoir des gens qui vont aussi avoir du mal à s'adapter à leur nouveau poids. Parce qu'il faut aussi que l'image change dans le cerveau et ça... Ça a l'air d'être quand même, d'être rapide aussi [...] c'est pas si simple je trouve »

D. Impact de la stigmatisation sociale

La stigmatisation sociale des personnes en excès de poids semble être un élément central à considérer pour comprendre comment les médecins abordent le sujet du poids et leur vécu de ces situations.

1. Impact sur le patient

La notion de poids renvoie souvent à des valeurs négatives.

E2 : « elle était un petit peu gênée comme si elle se sentait un peu coupable »

E9 : « forcément la notion de complexes aussi qui est souvent omniprésente »

E10 : « le poids... ça a un côté enfin pour moi c'est quelque chose quand même de base d'un peu négatif ouais, quelque chose de difficile »

E11 : « ça peut déjà être une source de souffrance, de fragilité morale »

Ces valeurs semblent véhiculées de façon très large dans la société.

E1 : « c'est une question médicale comme une autre, mais c'est souvent pas comme ça que c'est vécu par le patient, notamment parce que la société actuelle elle est très basée sur le poids et sur l'esthétique »

E4 : « il y a aussi tout ce qui est stigmatisation sociale aussi sur le poids je pense qui rentre aussi en jeu, les magazines qui nous font croire à des idéaux des choses comme ça »

E6 : « je dis jamais obésité d'ailleurs, je dis toujours excès de poids ou surpoids, même quand il y a une obésité morbide [...] ça ressemble trop à une injure, à quelque chose qui doit tellement leur rappeler les souffrances qu'ils ont dû endurer toute leur vie »

E8 : « il y a énormément de préjugés... je... je trouve que c'est plus difficile de parler de surpoids et obésité que de diabète, parce que la société c'est en mode si vous êtes gros c'est de votre faute quoi »

Il peut également exister un mal-être lié à l'attitude des soignants.

E3 : « donc lui dire madame vous êtes grosse, ça je l'ai fait ouais, madame vous êtes grosse vous avez un IMC là vous vous rendez pas compte, je leur dis même vous allez crever. Euh ok docteur au revoir docteur, je vais voir votre voisine ça se passera peut-être mieux »

E5 : « on entendait beaucoup le mot grossophobe machin et tout, euh ou des témoignages de patients, des trucs qui disaient les médecins sont grossophobes, je viens pour une grippe et on me parle de mon poids »

E10 : « il a eu des consultations quand il était en début d'adolescence avec des médecins qui ont pas pris de tact du tout et pour le coup ben ça l'a pas aidé à s'améliorer et ça a plutôt aggravé sur le poids »

Tout cela peut compromettre la notion de poids santé et rendre complexe l'abord du poids en consultation.

E1 : « quand on aborde le poids c'est vrai que c'est quelque chose qui est parfois mal vécu parce que c'est vécu comme euh des reproches, ou des remarques. Le patient a l'impression qu'on le critique. Alors que pas du tout ! enfin c'est quelque chose de médical, c'est une question médicale comme une autre, mais c'est souvent pas comme ça que c'est vécu »

E2 : « le petit bémol qu'on a eu là, sur les 5-6 dernières années c'est, quoi c'est un peu antinomique mais, c'est euh, cette mode de euh j'accepte mon corps comme je suis euh... [...] Il faut voilà il faut bien expliquer que le surpoids ou l'obésité ça reste une pathologie, et que c'est pas de la normalité... c'est plus ça où c'est un peu compliqué »

E6 : « je pense que je vais... moi je vais moins l'aborder quand c'est pas au centre de la problématique du jour, parce que il faut pas que les gens... ouais j'ai besoin que les gens sentent qu'on met pas tout de suite le nez là-dedans »

2. Impact sur la prise en charge médicale

A la stigmatisation déjà présente s'ajoute le fait que l'évaluation du poids par le médecin est en premier lieu visuelle.

E4 : « je l'avais pas pesé, c'était juste euh visuellement enfin une impression sur son poids visuellement quoi »

E9 : « généralement quand on a vraiment des problèmes avec un IMC élevé c'est des choses qui physiquement se voient quand même »

La comparaison soignant-soigné est également possible et pourvoyeuse de difficultés.

E4 : « les femmes ça peut être compliqué pour moi d'aborder le poids, enfin pas pour moi mais en tout cas tu ressens qu'elles sont gênées »

E5 : « j'aborderai probablement pas le poids avec quelqu'un qui a un IMC entre 25 et 28 tu vois, alors est-ce que c'est parce que j'ai moi-même un IMC à 26 ? »

E11 : « mais je m'étais préparée au fait qu'elle serait pas à l'aise, souvent pour les femmes obèses ben je suis un peu préparée ouais »

Finalement, si parler du poids peut être un sujet tabou, c'est souvent par crainte que le patient se sente jugé.

E6 : « je vais tout de suite dire je voilà je sais que la corpulence c'est quand même un problème qui est complexe [...] je sais que c'est quelque chose un sujet sur lequel on revient souvent, je m'excuse un peu parce que je sais qu'on est un peu lourd avec ça »

E8 : « et c'est vrai que j'ai toujours peur... ben qu'ils le prennent mal quoi. C'est pour ça que j'essaye un peu d'attaquer le sujet mais toujours par des angles un peu détournés »

E10 : « est-ce que ça vaut le coup que je leur en reparle alors qu'ils le voient déjà tous les jours ? [...] J'ai l'impression que j'ai du mal à l'aborder parce que c'est des patients qui le savent et qui le vivent très mal et du coup je risque de leur rajouter un poids »

Il semble donc exister un risque de moins bien prendre en charge les patients en excès de poids par peur de mal faire.

E5 : « après il y a eu tout un mouvement grossophobie et après j'ai plus su comment aborder le poids. Et puis finalement du coup tu vas encore moins aborder le poids chez les patients qui en ont besoin »

E10 : « j'ai peur de mal l'aborder, donc parfois je préfère ne pas l'aborder que mal l'aborder »

3. L'enjeu de la lutte contre la stigmatisation

Plusieurs médecins interrogés ont fait part de leur souhait de faire changer les mentalités, représentations et fausses croyances liées à l'obésité.

E1 : « ce qui pourrait être intéressant en fait c'est plutôt changer les mentalités tout court sur le poids et faire en sorte que les patients comprennent que quand on aborde le poids c'est pas juste pour l'esthétique [...] le « je suis grosse et j'assume », ben en fait il y a pas que j'assume d'un point de vue morphologique, d'un point de vue esthétique, en fait ce que les gens réalisent pas derrière c'est qu'il y a quand même en fait des pathologies »

E2 : « le fait d'être en surpoids ou d'être obèse c'est pas normal quoi. Et ça c'est un peu démonter cette image-là. C'est pas parce qu'on vous dit que c'est pas normal qu'on vous respecte pas »

E5 : « c'est peut-être plutôt comment en parler différemment que la rédactrice en chef de Elle quoi. Voilà c'est peut-être ça le truc »

Adopter une posture bienveillante améliore le vécu du patient de la situation et donc du médecin de ces consultations.

E4 : « c'est ressentir ses frustrations, ses peurs aussi, et de combiner tout ça pour prendre la personne en charge vraiment dans un ensemble et pas juste sur un chiffre [...] la personne elle a pas envie qu'on dise : ah toi c'est 115 kilos quoi »

E6 : « ben pour moi c'est ça en fait, c'est vraiment qu'il faut être gentil et et... on est pas obligé, c'est pas notre devoir, on n'est pas des chevaliers blancs qui doivent à tout prix asséner des trucs aux gens, c'est pas parce qu'on est médecin qu'on est détenteur de cette nécessité »

E7 : « tout est dans l'attitude, de mettre ça en place, notre responsabilité est là en fait. Si on a une attitude bienveillante et réellement on veut aider les gens, qu'on essaie de les prendre en charge en globalité, bah bien sûr ça facilite »

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats

Il ressort de notre étude que, s'il semble exister un intérêt à aborder le sujet du poids en consultation, cela ne semble pas nécessaire de façon systématique, tout comme l'évaluation clinique de l'excès de poids. La priorité paraît être donnée au dialogue, facilité par l'existence d'une relation de confiance entre le médecin et le patient, et à l'attention portée à la position du malade concernant son propre poids. Une distinction paraissait importante à retenir concernant le cas du patient en surpoids et celui en situation d'obésité, du fait d'un impact différent sur la santé. Le vécu du médecin de ces consultations semblait quant à lui influencé par plusieurs contraintes pratiques, mais également par son propre vécu et ses expériences personnelles concernant le poids, ainsi que par l'unicité de chaque prise en charge.

B. Forces et limites

1. Participants

Les participants ont été recrutés directement par téléphone ou par une demande en présentiel au cabinet. Il est à noter un possible biais d'investigation liée au fait qu'une partie des médecins interrogés exerçaient dans les mêmes structures ou étaient d'anciens maîtres de stage, souvent plus sensibles aux travaux de thèse des internes en médecine et parfois connus de l'investigatrice.

Les médecins interrogés exerçaient tous dans les départements du Gard ou de l'Hérault, avec de possibles particularités territoriales, bien que les territoires d'exercices variaient entre urbains ou semi-ruraux.

2. Méthodologie

Le choix d'une étude qualitative avec une approche sémio-pragmatique était la méthode qui apparaissait comme la plus pertinente pour répondre à la question de recherche.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés a facilité l'expression des participants afin d'obtenir des verbatims spontanés et riches d'informations.

Le manque d'expérience de la chercheuse associé à la complexité de l'approche phénoménologique sémio-pragmatique ont pu conduire à des difficultés dans le déroulé des entretiens, avec des entretiens parfois de courte durée et parfois longs et des difficultés à rebondir à certains propos ou à ne pas formuler de questions fermées. La réalisation de l'entretien test a été cependant utile pour réduire ce phénomène.

L'enregistrement des entretiens sur téléphone portable a été accepté par chacun des participants mais a pu être à l'origine d'un biais dans le recueil des données lié à une possible perte de spontanéité et d'honnêteté dans les réponses.

Notre travail tend à suivre la grille de critères COREQ pour permettre la meilleure qualité de recherche possible. (25)

C. Confrontation à la littérature

1. La prise en charge de l'excès de poids : la singularité de chaque situation

Une des difficultés régulièrement rapportée par les médecins était liée au fait que les problématiques de poids sont souvent complexes, multifactorielles, et toujours différentes d'un patient à l'autre. Dès lors la prise en charge du patient en excès de poids ne peut être codifiée mais doit au contraire être adaptée au cas par cas à chaque patient.

Concernant l'évaluation clinique de l'excès de poids, il ressort de plusieurs entretiens que si elle est parfois utile, elle n'est pas indispensable. Les questions de la pesée et du calcul de l'IMC ont été particulièrement discutées par l'ensemble des médecins interrogés avec la conclusion que, s'ils ne sont pas forcément nécessaires pour objectiver une surcharge pondérale, ils peuvent également présenter des limites en terme de pertinence et d'impact psychologique pour le patient.

En effet la mesure du poids à un instant donné ou le calcul de l'IMC de façon systématique (dans l'optique de classer le patient dans une catégorie de surpoids, obésité de grade I, II ou III), ne présentent pas forcément d'intérêt. La priorité est plutôt donnée au ressenti de la personne concernant son poids, et cela indépendamment du degré d'excès de poids, ainsi qu'à la fluctuation du poids au cours du temps.

Les recommandations publiées par la HAS en 2023 vont dans ce sens, puisque, s'il est conseillé de proposer à la personne de mesurer son poids, sa taille et de calculer son IMC lors de la première consultation puis de façon annuelle, l'évaluation des données de corpulence doit être réalisée en tenant compte de facteurs complémentaires parmi lesquels le ressenti de la personne (bien être ou mal être physique et psychique). (26)

Plusieurs médecins interrogés ont également fait part du fait que le calcul de l'IMC peut présenter des limites, par l'absence de prise en compte de la répartition des graisses ou du ratio masse grasse – masse maigre.

Les recommandations vont encore une fois dans ce sens puisqu'elles rappellent bien la nécessité de considérer la mesure du tour de taille (qui était d'après les médecins interrogés rarement effectuée), ainsi que la morphologie de la personne en terme de répartition du tissu adipeux ou de la présence en quantité importante de masse musculaire chez le sportif. (26) Il paraît également important de considérer que les seuils d'IMC tels que nous les utilisons ne sont pas forcément pertinents ou pourraient être adaptés en fonction de l'origine ethnique des patients. (27)

Concernant l'abord du poids, il était souvent mentionné qu'engager une discussion concernant le poids avec un patient qui n'est pas prêt à initier un changement était inutile et exposait de plus le médecin à un vécu négatif de ces consultations.

Comparaison était faite à plusieurs reprises avec le patient fumeur et le sevrage tabagique. C'est dans ce cadre qu'a été développé le modèle de Prochaska et DiClemente concernant les différentes étapes nécessaires à un changement de comportement. (28) D'après cette théorie il est en effet nécessaire de tenir compte du stade de changement où se trouve la personne, pour entreprendre des interventions adaptées à chaque niveau et progresser d'étape en étape vers l'atteinte de l'objectif fixé.

Ce modèle place le patient au centre de la prise en charge, ce qui est le propre de l'éducation thérapeutique, qui regroupe l'ensemble des activités organisées dans le but d'aider les patients

à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. (29) La finalité est l'acquisition ou le maintien par le patient de compétences d'autosoins et d'adaptation dans le but d'améliorer sa qualité de vie.

L'éducation thérapeutique, dont l'intérêt dans la prise en charge des maladies chroniques n'est plus à démontrer (30), est partie intégrante des soins, puisqu'elle va pouvoir se dérouler de façon parallèle et complémentaire à un éventuel traitement ou plan d'action.

Dans le cadre de l'obésité, ce type de programme est déjà largement utilisé, comme par exemple dans notre région par le service des maladies métaboliques et endocriniennes du SSR du Grau du Roi dépendant du CHU de Nîmes. (31)

2. Le dialogue autour du poids : vers une alliance thérapeutique

Parmi les médecins interrogés, plusieurs ont indiqué ressentir une absence d'intérêt médical à aborder de façon systématique le poids chez les patients en situation d'excès de poids. Leur impression est qu'il n'y a pas forcément d'intérêt à aborder le poids en cas de surpoids stable, ou chez un patient obèse ne présentant aucune complication en lien avec l'excès de poids, ou qui se sentirait bien et ne communiquerait aucune plainte.

En effet les données de la littérature suggèrent qu'une approche « weight inclusive », tenant compte de paramètres physiques, comportementaux et psychologiques comme leviers de prise en charge serait plus efficace qu'une approche « weight normative », basée uniquement sur le poids et la perte de poids. (32)

Dans cette même optique, la HAS place comme objectif principal l'accompagnement du patient concernant ses difficultés psychologiques, sa vulnérabilité sociale, d'éventuels troubles du comportement alimentaire ou du sommeil associés, ainsi que les symptômes et le retentissement fonctionnel liés à l'excès de poids. La prise en charge du poids en tant que tel n'apparaît que comme un objectif secondaire, variant en fonction du degré de surcharge pondérale et des facteurs associés (comorbidités psychologiques ou somatiques, signes d'alerte : stigmatisation, mésusage de substances psychoactives...).

Pour aller plus loin et considérant que le surpoids ne générerait aucun excès de mortalité, il paraît utile de distinguer la situation du surpoids de celle de l'obésité. (33)

Pour la HAS, un patient en surpoids ou en obésité de classe I sans facteurs associés relèverait d'une situation qualifiée de « non complexe », pour laquelle l'objectif premier n'est pas une perte de poids mais plutôt une stabilisation du poids. (26)

Dans nos entretiens, chaque médecin avait ses propres techniques de communication.

La quasi-totalité accordait une grande importance à l'obtention de l'accord du patient pour engager une discussion. Pour beaucoup, la priorité était de connaître le ressenti du patient, sa demande propre et les bénéfices éventuels pour lui d'une perte de poids.

Nous pouvons imaginer qu'un outil comme l'entretien motivationnel réponde à l'ensemble de ces questionnements et constitue une méthode communicationnelle intéressante dans le cas du patient en excès de poids. En effet, l'entretien motivationnel tel que défini par Miller et Rollnick, est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. (34) La relation vise à augmenter la motivation au changement en respectant l'ambivalence et en explorant les valeurs propres et les perceptions du sujet. (35)

Ainsi l'entretien motivationnel ne se résume pas à une technique mais s'intègre dans le cadre plus global de la relation médecin malade, puisque de cette relation dépend l'alliance thérapeutique. (36)

En effet dans nos entretiens, la qualité de la relation et l'existence d'une relation de confiance entre le médecin et le patient ont été régulièrement citées comme éléments clés du dialogue autour du poids.

Les données de la littérature concernant la relation médecin-malade sont nombreuses. Dans un rapport publié par l'Académie de médecine, il est par exemple rappelé que sa qualité repose sur différentes valeurs parmi lesquelles on peut citer l'écoute ou l'empathie, dans l'objectif d'établir la confiance. Cette confiance semble la pierre angulaire permettant l'adhésion du patient et l'alliance thérapeutique. Ceci vient s'opposer à la relation largement dépassée de type paternaliste, puisqu'il est aujourd'hui admis que le patient est acteur de sa santé, et particulièrement celui atteint d'une maladie chronique, du fait d'un impact important sur la vie quotidienne. (37)

Ces données sont particulièrement intéressantes à notre étude, en particulier concernant le patient en situation d'obésité.

3. Les difficultés rapportées par les médecins : intérêt d'outils et d'une collaboration entre soignants

Presque tous les médecins interrogés ont fait part de difficultés éprouvées pour aborder le poids en raison d'un manque de temps. En effet la cadence imposée lors des consultations de

médecine générale constitue un frein à l'abord du sujet du poids, car les médecins estiment avoir besoin de temps pour engager une discussion autour de cette problématique souvent complexe. De plus, s'ils l'abordent, ils craignent de devoir laisser partir le patient sans proposition de prise en charge en raison d'un manque de temps au décours de la discussion.

Pour pallier à ces difficultés, un dispositif semble pertinent à évoquer. Il s'agit du dispositif Asalée, qui permet au patient d'être suivi au sein du cabinet médical de façon conjointe par le médecin traitant et un ou une infirmière déléguée à la santé publique. (38) De nombreuses études ont été réalisées pour évaluer le point de vue des médecins et des patients concernant l'utilisation du dispositif. (39) Concernant les médecins, nous pourrions citer deux travaux de thèse. L'un réalisé en 2015 portant sur l'opinion des médecins adhérents au dispositif dans le Limousin et l'autre en 2018 s'intéressant aux déterminants d'orientation vers le dispositif et l'appréciation d'usage des médecins généralistes en région Languedoc-Roussillon. De ces deux études il ressort que le manque de temps est souvent un déterminant d'orientation vers le dispositif, qui permet donc aux médecins un gain de temps de consultation pour les patients atteints de maladies chroniques. (40,41)

Un deuxième élément souvent rapporté par les médecins était le manque de formation dans le domaine de la nutrition, qui constituait un frein à l'abord du poids, faute de savoir quoi proposer au patient par la suite. Comme vu précédemment, l'éducation thérapeutique - pouvant tout à fait être réalisée par un(e) infirmier(e) Asalée - pourrait être une réponse à ce problème. Ceci étant et face au besoin de formation ressenti par les médecins, un outil peut être intéressant à présenter.

Il s'agit de la plateforme Aviitam, créée en 2014 en partenariat avec le CHU de Montpellier. La plateforme est un carnet de suivi et de prévention des maladies chroniques, initialement créée dans le but de faciliter la prise en charge de premier recours des personnes en situation d'excès de poids. Différents outils sont proposés à la fois pour les patients et pour les professionnels l'utilisant. Le patient peut y entrer des informations générales concernant sa santé à l'image d'un carnet de santé numérique, mais également compléter différentes rubriques et auto-questionnaires concernant sa santé et son mode de vie pour préparer sa consultation. Des données pourront être apportées tout au long du suivi et partagées avec les différents intervenants dans la prise en charge du patient. Pour les professionnels et en particulier médecins, outre le fait de faciliter le suivi des patients via la centralisation des informations, la

plateforme propose des outils de prise en charge scientifiquement validés ainsi qu'un accès à des outils de formation comme des e-learning (DPC).(42,43)

Cet outil, s'il semble pouvoir répondre au manque de formation évoqué par les médecins lors de nos entretiens, permet finalement de faire le lien entre plusieurs des principaux points discutés précédemment, tels que l'éducation thérapeutique, l'apport du dispositif Asalée (considérant que la plateforme est accessible aux différents professionnels prenant en charge le patient), le manque de temps, dans l'objectif final d'améliorer le ressenti des médecins.

4. Le vécu des médecins : l'impact des représentations et de la stigmatisation sociale

Les médecins interrogés ont quasi tous admis que leurs expériences personnelles avaient une influence sur leur pratique et leur ressenti de consultation auprès de patients en situation de surpoids ou d'obésité.

Il paraît bien sûr évident que chaque médecin exerce son activité de façon singulière en tant que soignant et en temps qu'être humain, avec des richesses et des difficultés spécifiques liées à sa personnalité et à son vécu.

Dans le cadre de notre étude, il paraît intéressant de se questionner plus particulièrement sur l'impact d'un vécu en lien avec le poids. Plusieurs des médecins interrogés ont en effet exprimé l'influence sur leur pratique d'une problématique pondérale dans leur passé, qu'elle soit liée à un faible poids ou à un excès de poids. Il pouvait s'agir de situations vécues personnellement ou dans leur entourage familial.

Une étude a été menée s'attachant à évaluer l'impact de l'IMC du thérapeute sur ses croyances et sa prise en charge du patient obèse. Les résultats suggèrent que les médecins avec un IMC considéré comme normal seraient à la fois plus confiants et plus entreprenants sur le fait d'engager une discussion concernant une perte de poids avec leurs patients que ceux en situation de surpoids ou d'obésité. Une discussion à propos d'une perte de poids aurait lieu plus fréquemment et pour des niveaux plus faibles d'IMC chez les médecins avec un IMC normal. (44) Inversement, certains médecins indiquent devenir tolérants à des IMC plus élevés avec l'augmentation de leur propre IMC. (45)

Mais c'est finalement l'existence d'une stigmatisation sociale des personnes en excès de poids qui semblait sous-tendre de façon prédominante les émotions et ressentis des médecins concernant l'abord du poids.

Au cours de nos entretiens, certains médecins ont évoqué le sujet du « fat activisme » qui défend une image plus positive des personnes en excès de poids. Ce mouvement pose la question du droit pour ces personnes de ne plus être vues comme des cas pathologiques ou mal portants, dans le but de lutter contre les discriminations sociales auxquelles elles font face.

Dès lors lutter contre l'obésité peut rapidement être considérée comme de la grossophobie ou « fat shaming », qui justement stigmatise les personnes en situation de surpoids ou d'obésité.

Or il est maintenant bien admis que la stigmatisation menace la santé, en générant des disparités en matière de santé et en interférant avec les efforts d'intervention efficaces contre l'obésité. (46)

Dès lors, pour lutter efficacement contre les risques connus liés à l'obésité tout en évitant la stigmatisation des personnes concernées, il semble finalement essentiel de distinguer la personne obèse de l'obésité. Si la personne obèse peut être victime de discriminations et de stigmatisation condamnables, il semble difficile de considérer l'obésité maladie de façon positive sans chercher à la prévenir.

Une approche finalement nuancée, consciente à la fois des enjeux sociaux et sanitaires paraît alors à privilégier.

V. CONCLUSION

Il ne semble donc pas exister de méthode définie pour aborder le sujet du poids en consultation auprès de patients présentant un excès de poids. La diversité des problématiques de poids et des réponses pouvant être apportées est telle que chaque situation est unique et que tenter d'en codifier l'approche ne paraît pas pertinent. Dans un contexte où les modifications du mode de vie et des comportements sont au centre de la prise en charge, la priorité est au respect de la position du patient concernant son propre poids et de son choix ou non d'en dialoguer avec son médecin.

Le vécu du médecin des consultations est quant à lui sous-tendu par de nombreux facteurs personnels et professionnels. L'acceptation d'un rôle d'accompagnement du patient, en tant que personne détentrice d'un certain nombre de connaissances théoriques, plus que décisionnaire, semble à l'origine d'un vécu positif. Le patient reste alors acteur guidé de sa prise en charge.

Dans une société où la stigmatisation des personnes en excès de poids peut venir entraver le dialogue médical autour du poids, une approche nuancée et consciente de la distinction entre obésité maladie et personne en situation d'obésité apparaît comme indispensable.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Principaux repères sur l'obésité et le surpoids [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. chevalier.n@chu-nice.fr. Item 253 - Obésité de l'adulte [Internet]. Société Française d'Endocrinologie. 2022 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-253-obesite-de-ladulte/>
3. Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
4. Obésité, une maladie des tissus adipeux [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
5. Avignon A. Regard sur le surpoids et l'obésité. MISE AU POINT.
6. Zheng Y, Manson JE, Yuan C, Liang MH, Grodstein F, Stampfer MJ, et al. Associations of Weight Gain From Early to Middle Adulthood With Major Health Outcomes Later in Life. *JAMA*. 18 juill 2017;318(3):255-69.
7. Clinique des obésités de l'adulte [Internet]. Disponible sur: https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/1164/1998_8-9_925.pdf?sequence=3
8. Insuffisance veineuse : les situations à risque [Internet]. FFC. 2016 [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://fedecardio.org/je-m-informe/insuffisance-veineuse-les-situations-a-risque/>
9. Setty AR, Curhan G, Choi HK. Obesity, Waist Circumference, Weight Change, and the Risk of Psoriasis in Women: Nurses' Health Study II. *Arch Intern Med*. 13 août 2007;167(15):1670-5.
10. Carr D, Friedman MA. Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *J Health Soc Behav*. sept 2005;46(3):244-59.
11. Frantz J, Mantziari S, Favre L. Stigmatisation des personnes atteintes d'obésité : comprendre et affronter les préjugés sociétaux. *Rev Med Suisse*. 22 mars 2023;819:546-51.
12. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res*. 9 avr 2007;23(2):347-58.
13. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ. Weight Stigmatization and Ideological Beliefs: Relation to Psychological Functioning in Obese Adults. *Obes Res*. 2005;13(5):907-16.
14. Ata RN, Thompson JK. Weight Bias in the Media: A Review of Recent Research. *Obes Facts*. 2010;3(1):41-6.

15. Vartanian LR, Pinkus RT, Smyth JM. The phenomenology of weight stigma in everyday life. *J Context Behav Sci.* 1 juill 2014;3(3):196-202.
16. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
17. synthese._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/synthese._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
18. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts.* 2019;12(1):40-66.
19. Paulis WD, Palmer M, Chondros P, Kauer S, van Middelkoop M, Sancu LA. Health profiles of overweight and obese youth attending general practice. *Arch Dis Child.* 1 mai 2017;102(5):434.
20. L'abord du poids en consultation de médecine générale avec un patient adulte. A partir d'une observation des consultations. [Internet]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_ProdhommeLaurene.pdf
21. Comment est vécu l'abord ou l'absence d'abord du poids en consultation de Médecine Générale pour les patients de plus de 18 ans ? [Internet]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/674949/th%C3%A8se-clara-pons---universit%C3%A9-de-tours>
22. Prise en charge de l'obésité chez des personnes précaires par le médecin généraliste : qu'en pensent les patients [Internet]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2020/2020_MAUBERT_Marine.pdf
23. Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, Michel D, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: Une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer.* 1 janv 2013;105:4-11.
24. Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles De La Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. 2021^e éd. Global Media Sante, CNGE Productions;
25. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
26. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
27. Caleyachetty R, Barber TM, Mohammed NI, Cappuccio FP, Hardy R, Mathur R, et al. Ethnicity-specific BMI cutoffs for obesity based on type 2 diabetes risk in England: a population-based cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* juill 2021;9(7):419-26.

28. Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
29. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
30. Education thérapeutique du patient. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques - Actualisation de l'analyse de la littérature [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_actualisation_litterature_etp_vf.pdf
31. Education Thérapeutique - Programme « Ensemble, faisons contre-poids » pour patient en situation d'obésité - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/occitanie/action/detail/7406>
32. Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, Daniélsdóttir S, Shuman E, Davis C, et al. The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss. *J Obes.* 2014;2014:1-18.
33. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Cause-Specific Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA.* 7 nov 2007;298(17):2028.
34. William R. Miller, Stephen Rollnick. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2e éd. InterEditions; 2019.
35. Qu'est-ce que c'est ? [Internet]. AFDEM. 2014 [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/>
36. Benarous X, Legrand C, Consoli SM. L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. *Rev Médecine Interne.* mai 2014;35(5):317-21.
37. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Académie Natl Médecine.* oct 2021;205(8):857-66.
38. Asalée [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>
39. Cantier P, Prevost J. Ressenti des patients diabétiques de type 2 sur la pratique d'activités d'éducation thérapeutique de groupe encadrées par un(e) infirmier(e) ASALEE : étude qualitative, réalisée dans deux maisons de santé du Lot et Garonne (47). 21 oct 2021;76.
40. Romain P. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. 2015;
41. Piette L. Déterminants d'orientation vers le protocole de coopération ASALEE et appréciation d'usage par les médecins généralistes du dispositif en Languedoc-Roussillon. 2018;

42. Refabert C. Exploration de l'expérience et du ressenti des personnes obèses et en surpoids concernant l'outil multimédia Aviitam. 2021;
43. Aviitam® [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Aviitam®, la médecine augmentée. Disponible sur: <https://www.aviitam.com>
44. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of Physician BMI on Obesity Care and Beliefs. *Obesity*. 2012;20(5):999-1005.
45. Guérin R, Lasserre É, Moreau A, Guioux A, Goaziou MFL, Laville M, et al. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. 19.
46. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health*. juin 2010;100(6):1019-28.

VII. ANNEXES

Guide d'entretien

- **Présentation du projet**

Dans le cadre de mon projet de thèse en médecine, et ayant été à plusieurs reprises confrontée au questionnement du « comment discuter du poids avec mon patient en situation d'obésité ? », je m'intéresse à la façon dont les médecins abordent le sujet du poids avec leurs patients adultes et comment ce moment est vécu et ressenti.

- **Introduction**

Remerciements

Enregistrement : pour pouvoir me souvenir totalement de notre entretien, et aussi pour rester le plus fidèle possible à vos propos, êtes-vous d'accord pour que j'enregistre mot-à-mot notre discussion ?

Garantie de l'anonymat et de la confidentialité : tout ce qu'on se dira pendant cet entretien restera anonyme, c'est-à-dire que votre nom ne sera pas noté, rien ne sera répété et les données d'enregistrement seront détruites à la fin de l'étude.

Avant de commencer je tiens à rappeler l'absence de jugement, et le fait qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, tout ce qui compte c'est de dire ce que vous pensez et ressentez, car c'est la diversité des réponses et leur authenticité qui ont le plus de valeur.

Une fois l'entretien terminé, lorsque vous aurez connaissance de tout ce que nous nous sommes dit, je vous ferai signer un consentement. Votre accord pourra être retiré à tout moment. Si vous le souhaitez, une fois l'étude terminée, je pourrai vous faire parvenir les résultats.

- **Déroulement de l'interview**

Avant de nous lancer dans le vif du sujet, j'aimerais si vous êtes d'accord que vous puissiez vous présenter.

Je vais maintenant vous poser plusieurs questions, essayez d'y répondre de façon la plus spontanée possible.

Question 1 : Quand on évoque le poids de façon générale, qu'est-ce que ça vous évoque ?

Question 2 : Dans votre pratique quotidienne avec vos patients adultes, quelle place occupe l'abord du poids ?

Relance : A quelle fréquence abordez-vous la question ?

Quelle importance accordez-vous à la question ?

Question 3 : Pouvez-vous maintenant me parler de la dernière fois que vous avez abordé la question du poids avec un patient en situation de surpoids ou d'obésité ?

Relance : si vous essayez de vous rappeler la dernière fois que vous avez abordé la question du poids avec un de vos patient obèse, comment avez-vous abordé le sujet ?

A quel moment du suivi ou de la consultation ?

Quels actes avez-vous effectués ?

Comment s'est comporté le patient ? Quelles réactions a-t-il eu ? Qu'avez-vous pensé de son attitude pendant la consultation ?

Comment s'est terminée la discussion ?

Quelle impression avez-vous eu au décours de cette consultation ?

Question 4 : Comment avez-vous vécu ce moment ?

Relance : pouvez-vous me décrire ce que vous avez ressenti ?

Question 5 : Selon vous, de quelle manière vos expériences personnelles et professionnelles peuvent-elles influencer la façon d'aborder le poids avec vos patients ? A quels changements dans votre pratique cela peut-il conduire ?

Relance : Pourriez-vous me confier une situation que vous avez vécue par le passé qui a un impact aujourd'hui sur votre façon d'aborder la question du poids avec vos patients en situation d'obésité ?

Question 6 : De quoi auriez-vous besoin pour vous sentir plus à l'aise pour aborder la question du poids avec vos patients en excès de poids ?

Relance : si je pouvais vous apporter aujourd'hui quelque chose pour aborder plus facilement la question du poids avec vos patients obèses, qu'est-ce que cela serait ?

Question 7 synthèse : Y a-t-il des choses importantes que vous voudriez rajouter ? Dans ce qui a été dit qu'est-ce qui vous semble le plus important ?

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*



Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

VIII. RESUME

Introduction : Si l'obésité est une maladie chronique contre laquelle il convient de lutter, l'existence d'une stigmatisation sociale des personnes en excès de poids peut menacer la santé, en générant des freins au dialogue et à la prise en charge des personnes concernées. Le médecin généraliste est au cœur de cette problématique, comme interlocuteur principal des patients en situation de surpoids ou d'obésité.

Objectif : Dès lors, comment les médecins généralistes abordent-ils le sujet du poids avec leurs patients adultes en situation de surpoids ou d'obésité ? Quel en est leur ressenti et leur vécu ?

Méthode : Une analyse qualitative phénoménologique avec une approche sémio-pragmatique a été réalisée auprès de 11 médecins généralistes en Occitanie afin d'explorer leurs expériences de consultations.

Résultats : Il ne semble pas y avoir d'intérêt à aborder ou à mesurer cliniquement le poids en consultation de façon systématique. Le médecin peut proposer d'aborder, si le patient est d'accord, le sujet du poids. Le dialogue paraît facilité par l'existence d'une relation de confiance entre le médecin et le patient, et l'attention particulière portée à la position du malade concernant son propre poids. Le vécu du médecin des consultations était sous-tendu par de nombreux paramètres : contraintes pratiques, mais avant tout expériences personnelles vis-à-vis du poids et professionnelles en raison de la singularité de chaque prise en charge et des difficultés liées à l'existence d'une stigmatisation sociale.

Conclusion : La diversité des problématiques de poids et des réponses pouvant être apportées est telle qu'il n'existe pas de façon de faire unique pour aborder le sujet du poids. Si le rôle du médecin généraliste est de promouvoir la santé, il est utile de distinguer l'obésité maladie à prévenir et traiter, de la personne obèse avec son ressenti et ses demandes propres. Dès lors le dialogue et le vécu de ces consultations s'en trouvent améliorés.

Mots clés : *médecine générale ; surpoids et obésité ; abord ; vécu ; stigmatisation ; relation médecin malade*