

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 13 décembre 2018 à Poitiers
par **Madame Mélika JOAILLES**

Titre

Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez
l'adulte dans le département de la Charente

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES

Membres :

- Monsieur le Professeur Bernard FRECHE
- Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
- Madame le Docteur Marine ANDRIEUX
- Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 13 décembre 2018 à Poitiers
par **Madame Mélika JOAILLES**

Titre

Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez
l'adulte dans le département de la Charente

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES

Membres :

- Monsieur le Professeur Bernard FRECHE
- Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
- Madame le Docteur Marine ANDRIEUX
- Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY



Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie

- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
 - ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
 - ROBLOT Pascal, médecine interne
 - RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
 - SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
 - SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
 - SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
 - TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
 - THIERRY Antoine, néphrologie
 - THILLE Arnaud, réanimation
 - TOUGERON David, gastro-entérologie
 - TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
 - WAGER Michel, neurochirurgie
 - XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José GOMES, Professeur des Universités de médecine générale pour avoir accepté de juger ce travail. Vous me faites l'honneur de présider ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Bernard FRECHE, Professeur associé de médecine générale pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pascal PARTHENAY, Professeur associé de médecine générale pour avoir dirigé ce travail. Je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité, votre patience et vos conseils. Soyez assuré de ma plus grande gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, Maître de Conférence associé de médecine générale pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Marine ANDRIEUX, Chef de clinique de médecine générale pour avoir accepté de juger ce travail. Merci de votre disponibilité. Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

A tous les médecins interrogés pour avoir accepté de participer à cette étude. Merci pour votre disponibilité et l'accueil que vous m'avez fait. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

REMERCIEMENTS

A mes parents, pour tout l'amour et votre soutien malgré la distance. Merci pour toutes les valeurs que m'avez inculquées au cours de ces années. Merci de m'avoir donné toutes les chances d'arriver jusque-là. Merci d'avoir toujours été là dans les bons comme dans les moments plus difficiles. Pour tous les sacrifices que vous avez faits pour moi. Je vous aime

A mon chéri, qui me soutient depuis toutes ces années et nos multiples périples. Merci de m'avoir épaulé mais aussi aidé tout au long de ce travail de thèse. Merci d'être celui que tu es. Pour ton soutien et tout l'amour que tu m'apportes. Je t'aime

A mon fils, mon rayon de soleil, ma force, la seule personne qui peut me redonner le sourire dans les moments difficile. Ma plus grande fierté. Je t'aime plus que tout.

A Loudji, mon frère, pour tout ton soutien depuis toutes ces années. Je suis fière de toi car tu as su franchi les obstacles de ta vie. Sache que ta grande sœur sera toujours là pour toi. Je t'aime

A Frenjji, mon frère qui m'a toujours soutenu pendant toutes ces années. Je suis fière de toi et que ton parcours. Ta grande sœur qui t'aime.

A Mélissa, ma belle-sœur. Merci de ton soutien. Je suis tout simplement ravie que tu fasses partie de la famille. Bisous

Je suis fière de faire partie d'une famille aussi soudée qui m'apporte tant d'amour, qui m'a toujours soutenue. Je vous aime du plus profond de mon cœur.

A mes amis qui m'ont accompagnée et soutenue pendant ces années et sont encore présents malgré la distance. Bisous

Table des matières

Remerciements	5
Table des illustrations.....	9
Glossaire des Abréviations :.....	10
Introduction.....	11
Matériel et Méthode :	13
I) Sélection de l'échantillon	13
II) Méthode.....	14
Résultats et analyse :	15
I) Caractéristiques de la population étudiée	15
II) Résultats et analyse des entretiens :.....	15
II.1) Représentation de l'obésité par les médecins généralistes :	16
II.1.1) Obésité vue comme une addiction :	16
II.1.2) Questionnement éthique :.....	16
II.2) Abord de la question de l'obésité en consultation :	16
II.2.1) Abord par le médecin généraliste	17
II.2.1.1) Abord systématique	17
II.2.1.2) Abord non systématique.....	17
II.2.2) Abord par le patient	18
II.3) Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge :	19
II.3.1) Rôle de prévention du médecin généraliste	19
II.3.2) Rôle de coordination du médecin généraliste.....	20
II.3.3) Rôle de soutien du médecin généraliste.....	20
II.3.4) Représentation de la place du médecin généraliste dans la prise en charge	20
II.4) La prise en charge de l'obésité en médecine générale :.....	21
II.4.1) Eléments nécessaires à la prise en charge selon le médecin généraliste	22
II.4.1.1) Relation de confiance médecin/patient.....	22
II.4.1.2) Prise de conscience et motivation du patient.....	22
II.4.1.3) Prise en charge multidisciplinaire	23
II.4.1.4) Prise en charge coordonnée	23
II.4.1.5) Prise en charge des complications de l'obésité	23
II.4.1.6) Outils	23
II.4.1.6.1) Enquête alimentaire et activité physique	23
II.4.1.6.2) Ressources.....	24
II.4.1.6.3) Aide extérieure au domaine médical : moyens de communication.....	25

II.4.1.6.4) Autres outils.....	25
II.4.2) Ressenti du médecin généraliste	25
II.4.2.1) Aspects positifs.....	25
II.4.2.2) Prise en charge non optimale	26
II.4.2.2.1) Difficultés	26
II.4.2.2.1.1) Difficultés en lien avec le médecin	26
II.4.2.2.1.2) Difficultés en lien avec le patient selon le médecin	27
II.4.2.2.1.3) Difficultés en lien avec le médecin et le patient.....	28
II.4.2.2.1.4) Difficultés en lien avec les ressources et les outils	29
II.4.2.2.2) Améliorations à envisager selon le médecin.....	31
II.4.2.2.2.1) Améliorations en lien avec le médecin	31
II.4.2.2.2.2) Améliorations en lien avec le patient	32
II.4.2.2.2.3) Améliorations en lien avec les ressources	32
Discussion	33
I) Critique de l'étude :.....	33
II) Comparaison des résultats à la littérature.....	33
II.1) Abord de l'obésité en médecine générale.....	33
II.2) Rôle du médecin généraliste.....	34
II.3) Prise en charge de l'obésité	35
II.4) Difficultés de prise en charge	36
II.5) Améliorations à mettre en place pour une meilleure prise en charge de l'obésité	37
Conclusion	38
Références bibliographiques :	39
Résumé :.....	41
Serment d'Hippocrate	42

TABLE DES ILLUSTRATIONS :

Figure 1: Catégories des résultats	15
Figure 2: Représentation de l'obésité selon les médecins généralistes	16
Figure 3: Abord de l'obésité en consultation de médecine générale	16
Figure 4: Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité	19
Figure 5: Prise en charge de l'obésité selon les médecins généralistes	21
Figure 6: Eléments nécessaires à la prise en charge selon les médecins généralistes	22
Figure 7: Difficultés à la prise en charge de l'obésité selon les médecins généralistes	26
Figure 8: Perspectives d'amélioration selon les médecins généralistes	31

Glossaire des Abréviations :

- **ASALEE** : Action de Santé Libérale en Equipe
- **ENNS** : Etude Nationale Nutrition Santé
- **ESTEBAN** : Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IMC** : indice de masse corporelle
- **JAMA** : Journal of the American Medical Association
- **ObEpi** : Obésité Epidémiologie
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PACA** : région Provence Alpes Côtes d'Azur
- **PNNS** : Programme National Nutrition Santé
- **REPPCO** : Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité

Introduction

L'obésité est définie selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1) comme étant une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle pouvant nuire à la santé. L'excès de poids se mesure grâce au calcul de l'indice de masse corporelle IMC qui correspond au poids divisé par le carré de la taille. Le surpoids est défini par un $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ et l'obésité par un $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$. L'IMC est la mesure la plus utile du surpoids et de l'obésité dans une population car, chez l'adulte, l'échelle est la même quels que soient le sexe ou l'âge du sujet. Il donne toutefois une indication approximative car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre.

Depuis 1975, la prévalence de l'obésité a triplé dans le monde. En 2016, près de 13 % de la population mondiale (11% des hommes et 15% des femmes) étaient obèses (1).

Selon l'OMS (1), « À l'échelle mondiale, le surpoids et l'obésité sont liés à davantage de décès que l'insuffisance pondérale. Il y a plus de personnes obèses qu'en insuffisance pondérale, et ce dans toutes les régions à l'exception de certaines parties de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie. »

L'enquête ObEpi-Roche de 2012 (2) montrait pour la première fois un ralentissement dans l'incidence de l'obésité en France. « La prévalence de l'obésité était de 14,5% en 2009, elle est de 15 % en 2012. Cette différence n'est pas statistiquement significative, elle correspond à une augmentation relative de 3,4% du nombre de personnes obèses au cours des trois dernières années. Elle est significativement inférieure aux années précédentes: +18,8% entre 1997-2000, +17,8% entre 2000-2003, +10,1% entre 2003-2006 et +10,7% entre 2006-2009 ».

Une autre étude ESTEBAN (3) menée en France entre 2014 et 2016 montrait une stabilité de la prévalence de l'obésité à 17% depuis 2006 (comparaison faite avec l'étude ENNS-2006 (4)). Malgré sa stabilisation, la prévalence de l'obésité reste importante.

Dans la région Poitou-Charentes, selon l'étude ObEpi 2012, la prévalence de l'obésité chez l'adulte en 2012 est à 14%. Elle fait donc partie des régions où la prévalence est inférieure à la moyenne nationale (15%). Dans la région la prévalence de l'obésité est passée de 9% en 1997 à 14% en 2012 soit une évolution de 57% contre 76% au niveau national.

L'obésité et le surpoids étaient en cause dans pas moins de 4 millions de décès soit 7% des décès en 2015(5). En effet, l'obésité est un facteur de risque majeur de développer des maladies chroniques (1): cardio-vasculaires (cardiopathie, accident vasculaire cérébral, troubles veineux), diabète, hypertension artérielle, dyslipidémies, troubles musculosquelettiques (arthrose), cancers (endomètre, sein, ovaires, foie, prostate, rein, vésicule biliaire et colon), syndrome d'apnées du sommeil, insuffisance respiratoire, lithiases vésiculaires (6), troubles des cycles menstruels et incontinence urinaire chez la femme.

Sur le plan cardio-vasculaire (7) : les risques d'infarctus, d'insuffisance cardiaque congestive, de mort subite, d'accidents thrombo-emboliques et d'accidents vasculaires cérébraux sont plus importants chez les personnes obèses que dans le reste de la population. Le risque d'infarctus est multiplié par 2 chez les obèses.

Un article paru dans la revue JAMA (7) intitulé *Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories : a systematic review and meta-analysis* montre que : « Par rapport au poids normal, l'obésité (tous grades confondus) et l'obésité de grades 2 et 3 étaient associées à une mortalité significativement plus élevée, toutes causes confondues. »

Ce risque de décès prématuré a été aussi retrouvé dans une étude récente publiée en mars 2018 dans *International Journal of Obesity* traitant de l'impact de l'obésité sur l'espérance de vie des adultes en Australie.

L'obésité du fait de ses complications notamment cardio-vasculaires et respiratoires représente donc un risque de décès prématuré important. La prise en charge de l'obésité est donc un enjeu majeur de santé publique.

La publication « Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé » adoptée en 2014 par l'Assemblée mondiale de la Santé qui promouvait l'activité physique et l'adoption de bonnes habitudes alimentaires a été reprise et déclinée au niveau mondial, national et local (1).

En France, le PNNS mis en place depuis 2001 est un plan santé visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. L'un des objectifs de santé publique est de réduire l'obésité et le surpoids dans la population française. Le programme a été reconduit en 2006, 2011 et 2017. (8)

Dans le cadre du deuxième PNNS (2006-2011), l'HAS (9) a élaboré en 2011 des recommandations de bonnes pratiques sur le thème du surpoids et de l'obésité et notamment sur la prise en charge à adopter en premier recours, donc celle à adopter par les médecins généralistes. Le médecin généraliste en tant que premiers recours (car c'est le premier interlocuteur du patient obèse) a un rôle primordial dans la prévention.

Cependant, il semble exister une distorsion entre la théorie et la pratique lors de la prise en charge de l'obésité comme le montre une enquête téléphonique réalisée auprès des médecins généralistes de la région PACA. (10)

En effet de multiples études ont montré les difficultés de la prise en charge des patients obèses reposant sur plusieurs facteurs (manque de motivation des patients, manque de formation et de temps du médecin etc.) (11). Les difficultés ressenties par les médecins généralistes en Charente sont-elles les mêmes que celles rencontrées dans la littérature ? Quel est le ressenti de ces médecins généralistes sur leur prise en charge de l'obésité ? Quels sont les outils et ressources dont ils disposent ?

L'objectif de cette étude était donc de recueillir le ressenti d'un groupe de médecins généralistes de Charente sur leur prise en charge de l'obésité chez l'adulte.

Matériel et Méthode :

Il s'agit d'une étude observationnelle, qualitative. La méthode qualitative a été choisie pour répondre aux objectifs de l'étude. Le but de l'étude était de recueillir tous les ressentis des médecins généralistes, toutes les difficultés auxquelles ils sont confrontés.

L'enquête s'est déroulée au cours des mois de septembre et octobre 2018 dans le département de la Charente. Elle a consisté à interroger les médecins généralistes au cours d'entretiens semi-dirigés à leur cabinet. Le choix des entretiens semi-dirigés a été préféré à celui des focus-group dans un premier temps pour des raisons de faisabilité. En effet, les focus-group impliquent que le médecin se déplace pour une réunion et donc nécessitent plus de temps. Les entretiens semi-dirigés eux se déroulent au cabinet du médecin et donc sont plus faciles à mettre en œuvre. D'autre part, l'entretien semi-dirigé permet de garantir une certaine spontanéité et la liberté des réponses des médecins. Tandis que lors d'un focus group, certains participants peuvent se sentir juger par leurs pairs et un effet de halo peut se mettre en place, ne permettant donc pas de recueillir le ressenti réel des médecins interrogés.

Le questionnaire (ANNEXE 2) a été établi avec l'aide du directeur de thèse. Il a été rédigé à l'aide de questions ouvertes afin que les médecins puissent s'exprimer librement.

I) Sélection de l'échantillon

Les médecins ont été choisis à partir de l'annuaire téléphonique « Les pages jaunes ». Une liste de 40 médecins a été générée suite à la recherche médecins généralistes en Charente sur le site « Les pages jaunes » le jour de la sélection. Cette liste correspondait aux quarante premiers résultats apparus de manière aléatoire au moment de la recherche. Quinze médecins ont été choisis sur les quarante résultats obtenus ce jour. Initialement les médecins avaient été choisis en fonction du sexe et du lieu d'exercice (rural ou urbain) afin d'avoir une répartition homogène. Pour des raisons de faisabilité, les médecins ont été principalement sélectionnés dans le nord de la Charente, à Angoulême et sa périphérie. Dans les cabinets de groupe, un seul des médecins était choisi sur la liste afin qu'il n'y ait pas d'effet de halo. Au final, les médecins ont été choisis afin d'avoir un échantillon hétérogène avec une variabilité maximale sur les critères décrits ci-dessus.

Les médecins ont été contactés pour certains via un email (ANNEXE 1) envoyé sur leur boîte mail professionnelle (qui pouvait être la leur ou celle de leur cabinet médical). Les adresses mail ont été récupérées au niveau des secrétariat des médecins. D'autres n'ayant pas d'adresse mail ou ne souhaitant pas la transmettre, ont été contactés via des messages laissés à leur secrétaire. Un médecin refusait de participer à des enquêtes et sa secrétaire avait donc pour consigne de ne pas prendre de message concernant les demandes de ce type. D'autres secrétaires au contraire ont préféré une approche directe avec le médecin sans prendre de message. Tous les médecins approchés de manière directe ont donné leur accord pour un entretien. Les rendez-vous ont ensuite été fixés soit par eux soit par leur secrétaire.

Parmi les médecins initialement choisis, deux ont été remplacés par des confrères. Le premier car il s'agissait d'une femme en congés maternité au moment de l'enquête et le second, car il travaillait à mi-temps et avait d'autre centre d'intérêt. Les rendez-vous ont été fixés directement avec les médecins pour ces deux cas. Cela a donc créer un déséquilibre entre le ratio hommes-femmes souhaité mais pas celui urbain-rural car les médecins les remplaçants exerçaient dans le même cabinet.

Parmi ceux approchés via leur adresse mail, seul un médecin sur six a donné son accord par mail. Le rendez-vous fut fixé avec son secrétariat.

Pour les autres médecins approchés par mail et ceux dont des messages avaient été laissés au secrétariat, ils ont été rappelés quelques jours après l'envoi du mail. Après une première relance, seuls trois médecins ont donné leur accord via leur secrétariat (un par mail et un par appel téléphonique) soit eux-mêmes via appel téléphonique.

Après cette première sélection, 10 médecins sur les 15 contactés avaient donné leur accord.

Après trois relances sans réponses auprès des 5 autres médecins contactés, les secrétariats ne sachant pas si le médecin avait donné son accord, il a été décidé de contacter de nouveaux médecins. Une nouvelle liste de 40 médecins a donc été générée selon la même procédure. Huit médecins ont donc été sélectionnés sur les 40 résultats selon les mêmes critères que la sélection initiale.

Deux médecins ont été contactés par mail. Un médecin a répondu favorablement par mail. Le rendez-vous a été fixé avec son secrétariat par échange de mail.

Quatre médecins ont été contactés de manière directe car ne possédaient pas d'adresse mail ou parce que les secrétaires préféraient qu'ils soient contactés de cette manière. Les médecins contactés de cette manière ont tous donnés leur accord et les rendez-vous ont été fixés directement.

Pour les deux autres médecins, des messages ont été laissés au niveau de leur secrétariat sans réponse malgré des relances.

II) Méthode

Les entretiens se sont déroulés au cabinet des différents médecins généralistes. La procédure de l'entretien a été expliquée à tous les médecins notamment que les entretiens allaient être enregistrés. Leur accord fut recueilli à l'oral avant le début de l'entretien.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux appareils afin de pallier toute panne éventuelle. En effet, ils ont été recueillis avec le dictaphone numérique SONY ICD-PX370 ainsi qu'une application dictaphone présente sur mon téléphone.

L'enquête a été menée jusqu'à saturation des données. Tous les verbatims ont été retranscrits puis codés et analysés à l'aide du logiciel RQDA. Une triangulation des données lors de l'encodage a été réalisée avec le directeur de thèse

Résultats et analyse :

I) Caractéristiques de la population étudiée

Au total 15 médecins ont été interrogés : 10 hommes et 5 femmes.

Parmi eux : 6 médecins avaient une activité rurale, 8 avaient une activité urbaine et un médecin exerçait en semi-rural.

Les médecins travaillaient en majorité dans des cabinets de groupe (11 médecins). Quatre médecins étaient donc installés seul.

Les médecins interrogés avaient entre 2 et 40 années d'exercice ainsi qu'entre une et 40 années d'installation. En moyenne, ils exerçaient depuis 22 ans et étaient installés depuis 19,7 années.

Un seul médecin avait eu une formation diététique.

II) Résultats et analyse des entretiens :

Les différents résultats ont été regroupés en quatre catégories.

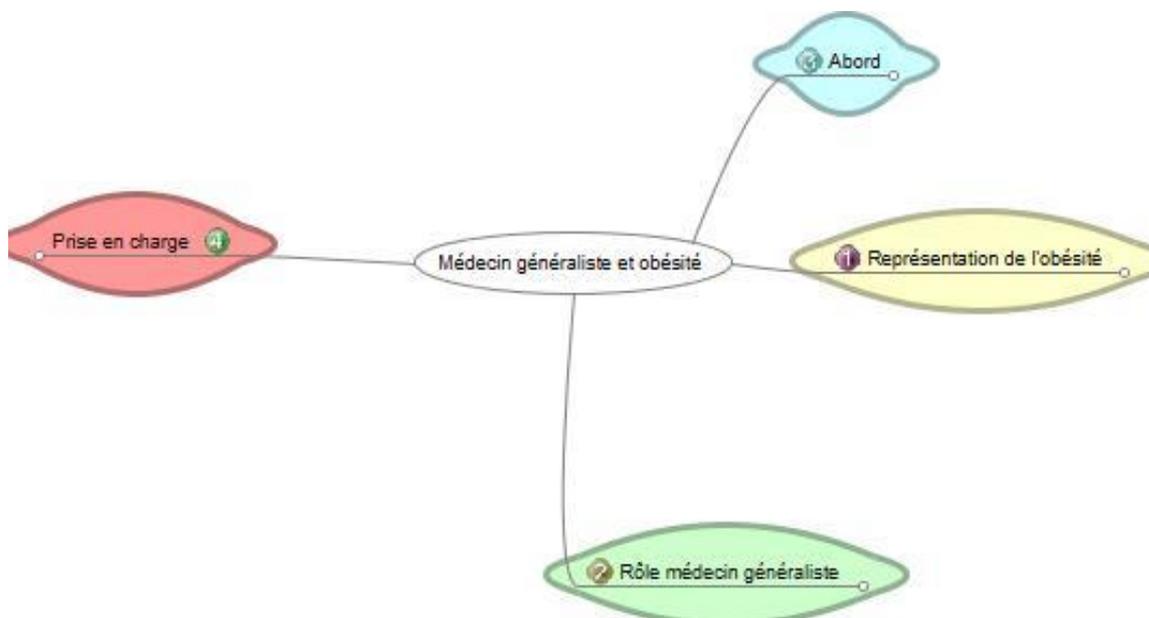


Figure 1: Catégories des résultats

II.1) Représentation de l'obésité par les médecins généralistes :

Un des médecins interrogés se pose des questions sur la définition de l'obésité en tant que maladie : « *L'obésité est-ce qu'il faut la voir comme une maladie ? comme un trouble mental ? Voilà je ne sais pas moi. Ma difficulté, elle est là pourquoi les gens se rendent malades ? pourquoi ils s'infligent ça ? Pourquoi ils s'infligent ça ?* » (Entretien 5)



Figure 2: Représentation de l'obésité selon les médecins généralistes

II.1.1) Obésité vue comme une addiction :

Certains médecins interrogés se représentent l'obésité comme une addiction à la nourriture : « *Les gens ils se sentent un peu...C'est une addiction.* » (Entretien 10). Pour ces médecins, c'est une donnée importante dans la prise en charge des patients obèses « *Donc je l'aborde comme le tabagisme, comme l'alcoolisme, comme toutes les dépendances. La dépendance à la bouffe est une dépendance comme une autre* » (Entretien 1).

II.1.2) Questionnement éthique :

Quelques médecins se posent des questions sur le plan éthique : « *Après « qu'est-ce qu'on pourrait faire ? » ben c'est toujours le problème « est-ce qu'on doit faire pour les gens ? » ou « est-ce que les gens doivent faire pour eux-mêmes ? ». C'est toujours difficile. On ne peut pas faire pour eux de toute façon. Tout ce qu'on peut faire c'est les encourager* » (Entretien 8).

II.2) Abord de la question de l'obésité en consultation :

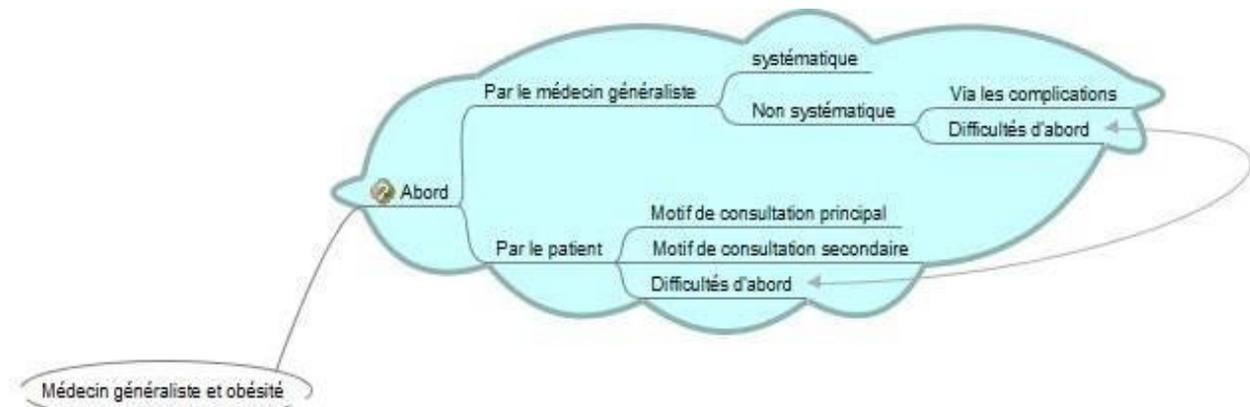


Figure 3: Abord de l'obésité en consultation de médecine générale

II.2.1) Abord par le médecin généraliste

La majorité des médecins interrogés abordent la question de l'obésité en consultation.

Pour certains médecins, l'abord de la question de l'obésité se fait essentiellement par le médecin généraliste : *« Alors ben, les gens ne consultent pas forcément pour leur obésité donc il faut aborder le sujet soi-même » (Entretien 8).*

Un des médecins interrogés, aborde la question de l'obésité en y intégrant le vécu des patients vis-à-vis des violences. Cela semble être un point important pour lui pour la prise en charge des patients obèses. *« Depuis systématiquement j'aborde leur historique sur les violences, en fait s'ils ont subi des violences dans l'enfance ou dans leur vie d'adulte quoi. Surtout avec les patients qui ont subi des chirurgies bariatriques. Je leur demande maintenant tous systématiquement et en fait je me suis rendu compte qu'il y en avait beaucoup qui étaient dans ce cas-là. Et avant, j'avais du mal à poser la question. Maintenant j'y arrive un peu mieux mais ce n'est toujours pas facile à mettre sur la table. » (Entretien 2)*

II.2.1.1) Abord systématique

Peu de médecins interrogés abordent la question de l'obésité de manière systématique : *« Alors moi systématiquement, je fais toujours monter sur la balance avant de les faire passer sur la table d'examen. » « Le poids c'est à toutes mes consultations en fait. » (Entretien 2) « Le sujet de l'obésité, je l'aborde presque systématiquement avec toutes les personnes dont j'estime qu'elles relèvent de ce problème-là. » (Entretien 5).*

II.2.1.2) Abord non systématique

Certains médecins n'abordent pas le sujet de l'obésité de manière régulière. Certains l'abordent à l'occasion du bilan de dépistage des complications de l'obésité : *« Alors bon je l'aborde souvent à l'occasion d'une prise de sang : cholestérol, triglycérides etc..., » (Entretien 9).*

D'autres vont l'aborder à l'apparition de ces complications : *« Ça peut être lié par exemple à une prise de sang qui montre une hyperlipidémie, à quelqu'un qui a un diabète etc. Donc à partir du moment où on établit le trouble métabolique, ensuite on essaye de faire un lien pertinent avec son surpoids. Voilà, ça peut être ça aussi. » (Entretien 14)*

Concernant leurs sentiments, tous les médecins s'accordent pour dire qu'il faut prendre des précautions quand on aborde la question *« Donc je n'ai pas de stratégie-type. C'est une adaptation à chaque situation psychologique etc.... » (Entretien 5).* *« Les patients obèses, ce sont des patients où il faut faire très attention de la manière dont on leur parle. » (Entretien 10).*

Qu'ils l'abordent ou pas, l'approche de la question de l'obésité pose des difficultés à de nombreux médecins. La difficulté de l'approche repose aussi sur la représentation que le médecin se fait du patient obèse, c'est-à-dire ce qu'il pense que le patient ressent. *« Après*

j'essaie par exemple chez les personnes que je suis assez régulièrement de ne pas rabâcher à chaque fois parce que je sais qu'ils ne viennent pas forcément pour ça et qu'ils n'ont pas envie d'entendre tout le temps parler de ça. » « Ce n'est pas un sujet que l'on aborde à chaque fois les pauvres parce qu'ils n'ont pas envie d'entendre toujours qu'ils sont gros. » (Entretien 8). Cette représentation que les médecins ont de ce que ressentent les patients est donc un frein à un abord régulier du sujet de l'obésité.

Pour certains patients l'abord de la question de l'obésité va être assez aisée selon certains médecins : *« J'ai le sentiment d'en pouvoir en parler assez facilement aux patients. Après dans la conversation en générale, je prends toujours un poids, donc c'est vrai que ça permet de discuter. » (Entretien 11).*

Cette aisance dans l'abord de la question de l'obésité est en lien avec leur relation médecin-patient de bonne qualité selon certains médecins : *« Pour un patient que l'on connaît depuis longtemps etc., on arrive facilement à aborder le sujet un jour ou l'autre. » « C'est vrai qu'un patient qu'on connaît beaucoup moins, il faut être plus diplomate. Parce que ce n'est pas un sujet qu'il est toujours facile d'aborder ». (Entretien 9).*

Un des médecins interrogés avoue n'aborder le sujet de l'obésité que lorsque les patients le sollicitent car il n'est pas à l'aise avec cette question : *« Alors spontanément ce n'est pas un sujet sur lequel moi je vais orienter mes patients. C'est-à-dire qu'un patient qui est visiblement obèse, je ne vais pas forcément orienter la conversation là-dessus » « Ce n'est pas un sujet avec lequel je suis très à l'aise. » (Entretien 7).*

II.2.2) Abord par le patient

Quelques médecins interrogés relatent que la question de l'obésité est abordée par le patient quelquefois. *« Des fois ce sont eux qui me demandent, ils veulent perdre du poids et tout ça... » (Entretien 10)*

Cependant pour eux, la question de l'obésité est rarement le motif de consultation principal mais souvent un des motifs secondaires de consultation. *« Alors j'oublie aussi les patients qui viennent avec un projet effectivement. De temps en temps il y en a qui viennent avec un projet... » (Entretien 5) « Le sujet est rarement abordé de façon centrale. C'est souvent en périphérie d'une consultation sur des gens déjà pathologiques en général : diabétiques ou hypertendus voilà, quelquefois les gamins. Effectivement, on voit des gamins en situation d'obésité qu'on peut voir à l'occasion aussi d'autre chose. Assez rarement quand même en sujet premier de consultation. » (Entretien 5).*

Les difficultés d'abord de l'obésité chez le patient selon le médecin sont un manque d'intérêt : *« En général, ils parlent d'autres choses les patients. L'obésité ne les intéresse pas trop. » (Entretien 1).*

L'autre difficulté ressentie par les médecins à propos du patient, c'est comme on l'a abordé plus tôt : un sentiment de sujet sensible, tabou... *« Oui parce que c'est un sujet que je sais que les obèses n'aiment pas aborder. Parce que c'est une plaie dans leur vie souvent. » (Entretien 8). « Ce sont des patients qui se sentent différents dans la société parce que les*

gens les regardent comme un gros voilà. Donc parler de leur obésité ce n'est pas quelque chose où eux se sentent à l'aise. » (Entretien 10).

Les difficultés ressenties par le médecin au sujet du patient deviennent alors une difficulté d'abord pour lui car il ose moins ou pas du tout aborder la question de l'obésité.

II.3) Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge :

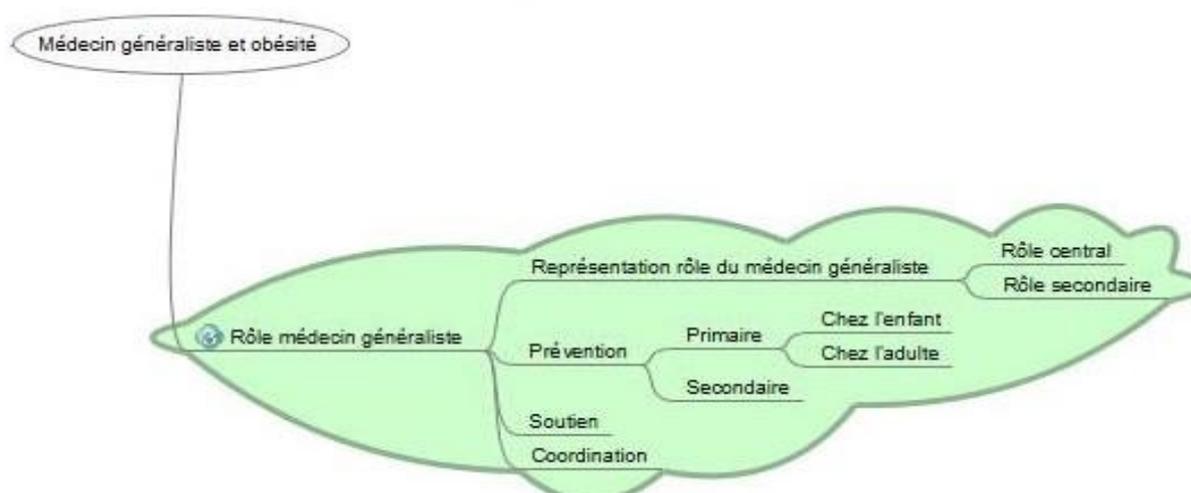


Figure 4: Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité

II.3.1) Rôle de prévention du médecin généraliste

Un des rôles cités le plus souvent par les médecins interrogés est le rôle du médecin généraliste dans la prévention de l'obésité. « Je crois que nous en tant que médecin généraliste, on devrait toujours faire la prévention avant tout. » (Entretien 10).

Dans un premier lieu, quelques médecins évoquent la prévention primaire chez les enfants comme étant un point essentiel. « Donc je crois que notre rôle c'est très important car ce sont des patients que l'on suit depuis qu'ils sont petits. Donc on peut faire de l'éducation depuis le début. » (Entretien 10).

Peu de médecins, évoquent leur rôle dans la prévention primaire chez les adultes « Puisqu'on a la chance de les voir régulièrement pour les vaccins, les certificats et tout...Donc c'est souvent à ce moment-là que là moi par contre que je suis un peu plus incisif pour qu'ils en prennent conscience, qu'ils fassent quelque chose. Ben après chez les adultes c'est pareil de toute façon. C'est hyper important là-dessus. On les voit » (Entretien 2)

L'éducation est un rôle dans la prévention de l'obésité que relève un des médecins interrogés. « Donc il faut déjà l'habituer à surveiller son poids et ne plus en prendre c'est-à-dire que quand elle en prend un, elle dit « hop », faut qu'elle fasse attention. » (Entretien 8)

Quelques médecins parlent du rôle de prévention secondaire du médecin généraliste : « Donc je suis peut-être le feu clignotant qui dit « Attention, il y a un problème » « On a un rôle peut-être de prévention dans le sens de « Attention ! » » « Attention vous êtes en train

de perdre du poids ! » de prévention... de prévenir...dans le sens de prévenir des risques. » (Entretien 8)

II.3.2) Rôle de coordination du médecin généraliste

Quelques médecins pensent que le rôle du médecin généraliste est de coordonner les différentes prises en charges de l'obésité. *« Comme un point coordonnateur, parce que finalement c'est vrai qu'on délègue beaucoup aux nutritionniste, infirmière, chirurgien s'il faut ou une psychologue. Après quand ils vont dans le REPPCO, ben là on y est plus trop quoi. Donc c'est nous qui lançons des pistes. Mais après faut réussir à revoir le patient pour assurer du suivi quoi. Donc j'ai l'impression qu'on coordonne mais toujours en essayant de rappeler le patient pour toujours le suivre dans la durée. En tout cas pour ce problème. » (Entretien 11)*

II.3.3) Rôle de soutien du médecin généraliste

Un des médecins interrogés évoque lui un rôle d'accompagnant pour ses patients. *« L'accompagnement. On peut user de plein de trucs. Mais le médecin généraliste est là pour accompagner dans ce domaine-là comme dans d'autres. Il accompagne. C'est à dire qu'il soutient. Il n'est pas un juge. Il est là pour conseiller, il est là pour motiver et pour aider, pour relancer. Voilà comme un accompagnement. Une orientation et un accompagnement. Alors accompagner, ce n'est pas seulement constater. Accompagner, c'est orienter et dire non là, non là. » (Entretien 14)*

II.3.4) Représentation de la place du médecin généraliste dans la prise en charge

Peu de médecins interrogés considèrent que le médecin généraliste à une place centrale dans la prise en charge de l'obésité. *« Je pense qu'on est primordial dans la prise en charge » (Entretien 2)*

Quelques médecins évoquent leur rôle comme étant secondaire dans la prise en charge de l'obésité. *« Les gens, je ne pense pas. Les gens ne s'attendent pas d'ailleurs à obtenir une consultation utile à ce sujet-là de la part du généraliste. Moi je ne crois pas. Ils sont toujours un peu surpris. » (Entretien 5)*

Quelques médecins interrogés avouent déléguer la prise en charge de l'obésité à certaines ressources *« Moi je délègue pas mal pour la perte de poids, d'accord, puisque je laisse à l'infirmière ou au REPPCO. » (Entretien 15).*

Un médecin utilise même le mot se décharger quand il parle des ressources *« Donc l'intérêt du REPPCO pour moi, il y en a plusieurs. D'abord cela me permet de me décharger de la prise en charge et ensuite il y a une prise en charge psychologique qui est incluse dans le pack on va dire. Et c'est souvent pour cet aspect-là que je préfère passer par ce réseau. » (Entretien 7).*

Ce rôle secondaire ne convient pas à tous les médecins interrogés. Un médecin déplore le fait de ne plus être acteur de la prise en charge voir même d'être exclu de la prise en charge

à l'utilisation de certaines ressources. « Après c'est vrai que du coup, comme les patients ne reviennent pas forcément nous voir nous, euh le sentiment, c'est plutôt un, on est plutôt comment dire, relégué après en second plan alors que c'est nous qui avons quand même initié la prise en charge. Enfin la démarche pour le patient. Et du coup, ben on peut ne pas avoir du tout de nouvelle en fait d'un patient » « Sentiment d'exclusion pour revenir à la question précédente. » (Entretien 11)

Ce médecin évoque la nécessité pour lui d'avoir un suivi de la prise en charge de ses patients « C'est peut-être qu'elle continue à venir nous voir en tant que médecin traitant généraliste pour continuer à les accompagner parce que je pense savoir faire mais du fait de la prise en charge on est un petit peu exclu » (Entretien 11).

II.4) La prise en charge de l'obésité en médecine générale :

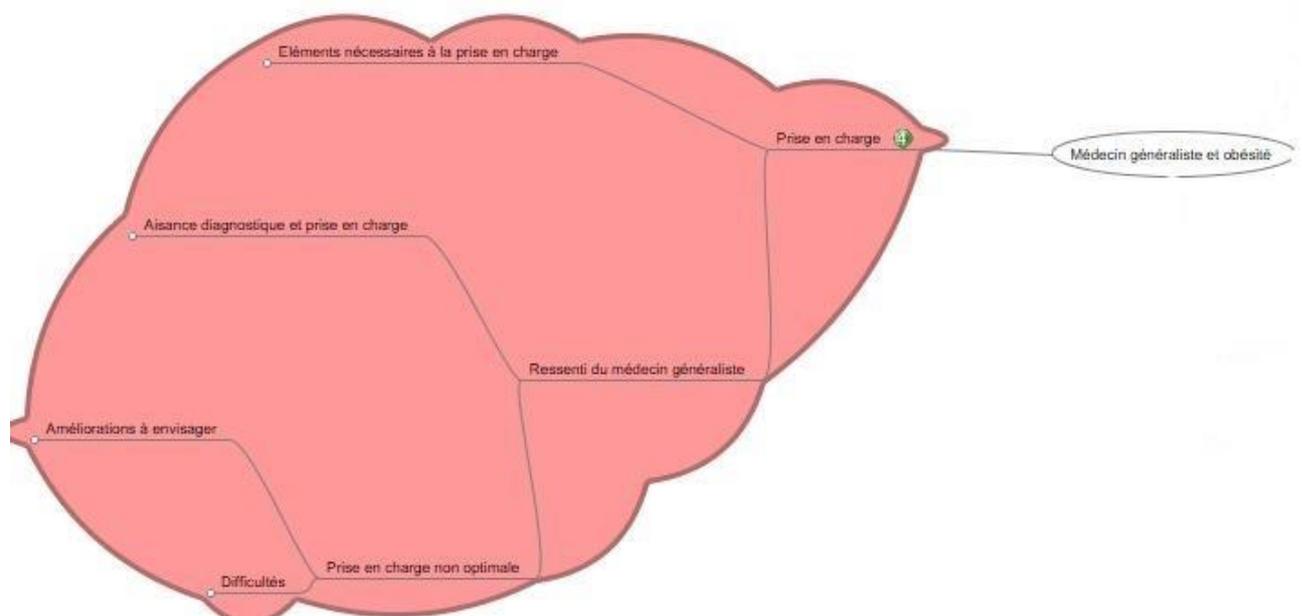


Figure 5: Prise en charge de l'obésité selon les médecins généralistes

II.4.1) Éléments nécessaires à la prise en charge selon le médecin généraliste

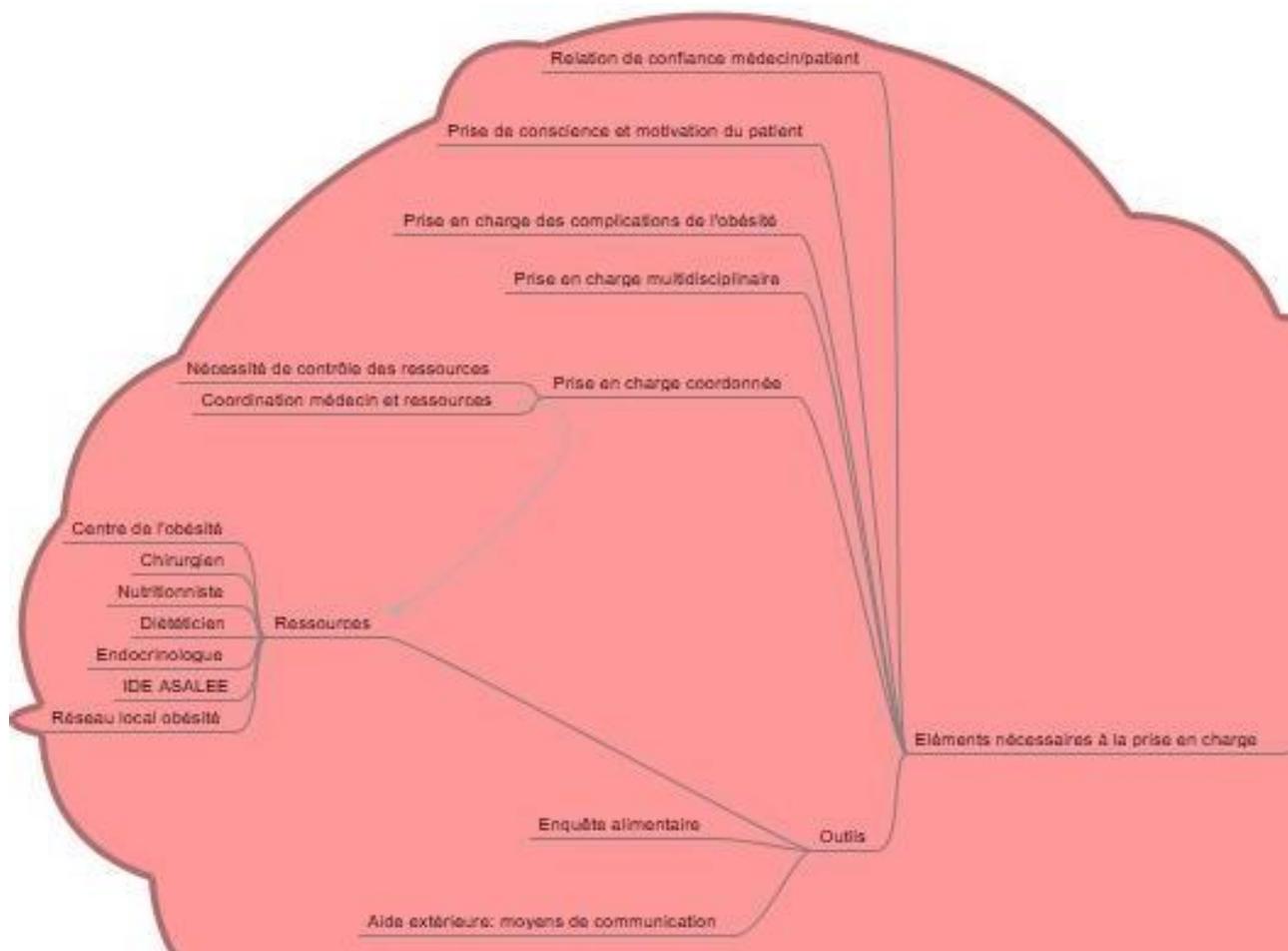


Figure 6: Éléments nécessaires à la prise en charge selon les médecins généralistes

II.4.1.1) Relation de confiance médecin/patient

Pour quelques médecins interrogés, une relation médecin/patient basée sur la confiance est un élément indispensable à la prise en charge de l'obésité. « *J'ai plutôt orienté sur la relation de confiance* » « *Et après là c'était plus de faire une alliance thérapeutique pour qu'après je puisse lui proposer de plus s'impliquer là-dessus* » (Entretien 2)

II.4.1.2) Prise de conscience et motivation du patient

La prise de conscience est une clé importante pour la prise en charge selon de nombreux médecins interrogés. « *Ça c'est essayer de faire prendre conscience dans un premier temps aux gens, de la gêne que ça peut leur occasionner.* » (Entretien 13).

Pour quelques médecins interrogés, la motivation et la prise de conscience du patient sont deux facteurs importants de la prise en charge et même de la réussite de cette prise en charge. « *Donc à un moment donné, il faut que les gens prennent non seulement conscience et aient ensuite une ferme intention d'y arriver.* » « *A partir du moment où vous avez à faire à des gens conscients et motivés, franchement c'est facile de maigrir.* » (Entretien 14)

II.4.1.3) Prise en charge multidisciplinaire

Pour quelques médecins, la prise en charge de l'obésité doit être multidisciplinaire. La prise en charge psychologique semble être quelque chose de primordial selon eux. « *Je pense que la prise en charge de l'obésité c'est une prise en charge multidisciplinaire. On n'est pas tout seul face à l'obésité parce que ça ne peut pas marcher. Donc les associations comme le REPPCO c'est bien parce que ça permet effectivement d'avoir une pluralité de...de prendre l'obésité dans sa globalité on va dire puisque c'est un problème psychologique, un problème nutritionnel, un problème qui est multiple on va dire.* » (Entretien 8)

II.4.1.4) Prise en charge coordonnée

Certains médecins interrogés utilisent certaines ressources le plus souvent pour pallier certaines de leurs difficultés. Mais pour eux cette prise en charge par ces ressources doit être coordonnée. « *C'est plutôt là où je vais pêcher un petit peu. C'est pour ça que je mets toujours des nutritionnistes, diététiciens à côté.* » (Entretien 4)

La principale ressource citée lors de la coordination des soins est l'infirmière ASALEE. « *Donc après on commence à faire une prise en charge coordonnée tous les deux. Donc il a aussi un suivi que se fait de toute façon au niveau du poids.* » (Entretien 2). De par sa proximité, la prise en charge coordonnée semble satisfaire les médecins interrogés. « *Et puis ça ne marche pas trop mal parce qu'on est d'accord avec nos infirmières. On est à peu près d'accord sur ce qu'il faut faire* » (Entretien 8)

II.4.1.5) Prise en charge des complications de l'obésité

Quelques médecins tiennent à souligner que la prise en charge de l'obésité passe par la prise en charge des complications de celle-ci. « *Bon après, on fait le tour des autres complications, les biologiques. Après on voit toutes les autres pathologies associées : le diabète, au point de vue cardiaque ou encore articulaire. On essaye de faire un tour global du problème.* » (Entretien 6)

II.4.1.6) Outils

II.4.1.6.1) Enquête alimentaire et activité physique

Quelques médecins utilisent des enquêtes sur le plan alimentaire et activité physique comme outils afin d'évaluer l'hygiène de vie de leurs patients et mettre en place des mesures visant à les aider dans la prise en charge de l'obésité. « *Refaire une enquête nutritionnelle éventuellement, une étude hebdomadaire sur ce qui est absorbé, l'exercice qu'il fait aussi bien entendu* » (Entretien 4).

Un médecin met en avant des moyens modernes pour la promotion de l'activité physique chez ses patients. « *Après je sais qu'il existe des applications smartphone, qui marchent pas mal. J'ai plusieurs patients qui m'ont fait découvrir ça d'ailleurs. J'ai plus en mémoire les*

noms de ces applications. Mais qui leur permettent justement de se faire un auto coaching, qui leur permettent de perdre du poids. » (Entretien 13)

II.4.1.6.2) Ressources

La principale ressource citée utilisée par les médecins (ceux installés en cabinet de groupe) est l'infirmière ASALEE. *« Et souvent, moi je travaille avec le système ASALEE, l'infirmière ASALEE, que vous connaissez, je pense. Et donc je leur propose souvent une consultation avec elle pour voir un petit peu au niveau de leur alimentation, de leur équilibre alimentaire et pour voir avec eux éventuellement une perte de poids » (Entretien 15).*

Les sentiments éprouvés par les médecins vis-à-vis de cette ressource sont positifs dans l'ensemble : *« C'est vrai qu'aussi qu'avec l'infirmière, c'est plus facile parce qu'elle est aussi au cabinet. On sait que les délais vont être raisonnables et qu'on a un retour tout de suite et qu'on peut revoir la patiente assez rapidement, ou le patient, y'a pas que des femmes. Donc c'est plutôt positif pour la prise en charge. » (Entretien 11).*

Une autre ressource beaucoup utilisée par les médecins généralistes est la diététicienne. *« Quand il y a une prise en charge plutôt diététicienne, là je laisse les patients s'orienter eux-mêmes pour qu'ils choisissent la diététicienne qui est près de chez eux, avec qui cela va bien passer. » (Entretien 4)*

En Charente, il y a un réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité REPPCO qui est une ressource utilisée par de nombreux médecins interrogés. C'est une ressource jugée intéressante par ceux-ci car la prise en charge du patient est multidisciplinaire. *« Donc les associations comme le REPPCO c'est bien parce que ça permet effectivement d'avoir une pluralité de...de prendre l'obésité dans sa globalité on va dire puisque c'est un problème psychologique, un problème nutritionnel, un problème qui est multiple on va dire. » (Entretien 8)*

Un médecin utilise certains centres de l'obésité chez quelques patients : *« Et donc là on va aller sur des prises en charge médicales : centre de l'obésité à Saint-Yrieix par exemple. »*
« C'est plutôt Saint-Yrieix-La-Perche. J'ai l'habitude d'y envoyer 2-3 personnes par an. Voilà donc le retour est bon. Je continue sur ce qui marche. » (Entretien 4)

Peu de médecins ont recours à une prise en charge chirurgicale de l'obésité. *« Après la chirurgie bariatrique, j'oriente rarement. » (Entretien 2)*

Peu de médecins adressent leurs patients à un endocrinologue : *« Si ce sont des patients polyopathologiques, il y a ceux que j'adresse chez l'endocrinologue pour avoir un suivi de leur part. » (Entretien 10).*

Quelques médecins utilisent la prise en charge médicale par un nutritionniste pour les aider dans la prise en charge de l'obésité. *« Après il y a aussi les consultations nutritionnistes à Limoges. Ça ça m'est arrivé d'en envoyer. » (Entretien 2)*

Pour un médecin, il est important qu'il ait un certain contrôle sur certaines ressources afin de pouvoir juger de la validité de leur prise en charge auprès de ses patients : *« Des fois, il y en a qui sont d'accord pour aller voir la diététicienne. Voilà alors la diététicienne, je m'en*

méfie un peu parce que j'aime bien savoir ce qu'elle propose voilà. Il y a certaines qui sont quand même toujours sur des régimes hyperprotidiques, des trucs que je n'aime pas trop quoi...Donc s'ils vont chez la diététicienne, je leur demande de me faire un rapport après. Je vérifie si je suis d'accord ou pas. » (Entretien 8)

II.4.1.6.3) Aide extérieure au domaine médical : moyens de communication

Quelques médecins évoquent l'aide que les médias leur apportent dans leur prise en charge. *« Les médias aident beaucoup là-dessus. Médias euh... les journaux, médias télévisés, le bouche à oreille. Déjà les gens savent la prise en charge médicale ou chirurgicale qui peut exister » (Entretien 4)*

II.4.1.6.4) Autres outils

Un des médecins utilise l'hypnose comme outil à la perte de poids. *« Alors je fais de l'hypnose depuis 2 ans et demi à peu près. J'ai dans mes bagages une thérapie cognitivo-comportementale pour la perte de poids. Je ne parle pas de l'obésité mais je parle de la perte de poids en me servant de l'hypnose comme outil pour aider les gens à se persuader qu'ils peuvent avoir un comportement alimentaire différent » (Entretien 7)*

II.4.2) Ressenti du médecin généraliste

II.4.2.1) Aspects positifs

La majorité des médecins interrogés ont une aisance diagnostique et thérapeutique. Ils ne se sentent pas mal à l'aise avec les patients obèses : *« Ben au début en fait pour euh..., je pense que je suis à l'aise pour en parler, pour le dépister entre guillemet, et après aussi peut être quand les gens reviennent pour assurer le suivi. Pas des entretiens motivationnels mais pour leur dire de ne rien lâcher, pour continuer l'accompagnement. Au niveau communication, je suis plutôt à l'aise. » (Entretien 11)*

Certains médecins confient aussi que cet aspect positif de la prise en charge n'est possible que quand ils ont un patient qui en face a pris conscience de son problème : *« Après une fois qu'on a l'aval du patient, qu'il a bien compris le problème on n'a pas trop de difficultés dans le bilan, dans le début de prise en charge... dans la prise en charge qu'elle soit diététique ou après plus ou moins médicale ou chirurgicale. Je veux dire si on est en phase avec le patient cela se passe relativement facilement. » (Entretien 6)*

Peu de médecins interrogés ont un sentiment de satisfaction quand ils évaluent leur prise en charge de l'obésité : *« Ben j'ai l'impression que c'est pas mal ce que je fais. » (Entretien 2). Ce sentiment de satisfaction est souvent en rapport avec les réussites du patient. « Quand j'y arrive, c'est une immense satisfaction. » (Entretien 14)*

II.4.2.2) Prise en charge non optimale

De nombreux médecins interrogés ont le sentiment que la prise en charge en médecine générale est insuffisante : « *Peux toujours mieux faire. Peux toujours mieux faire.* » (Entretien 4) « *Oui au niveau médecine générale, la prise en charge, elle est insuffisante.* » (Entretien 6)

II.4.2.2.1) Difficultés

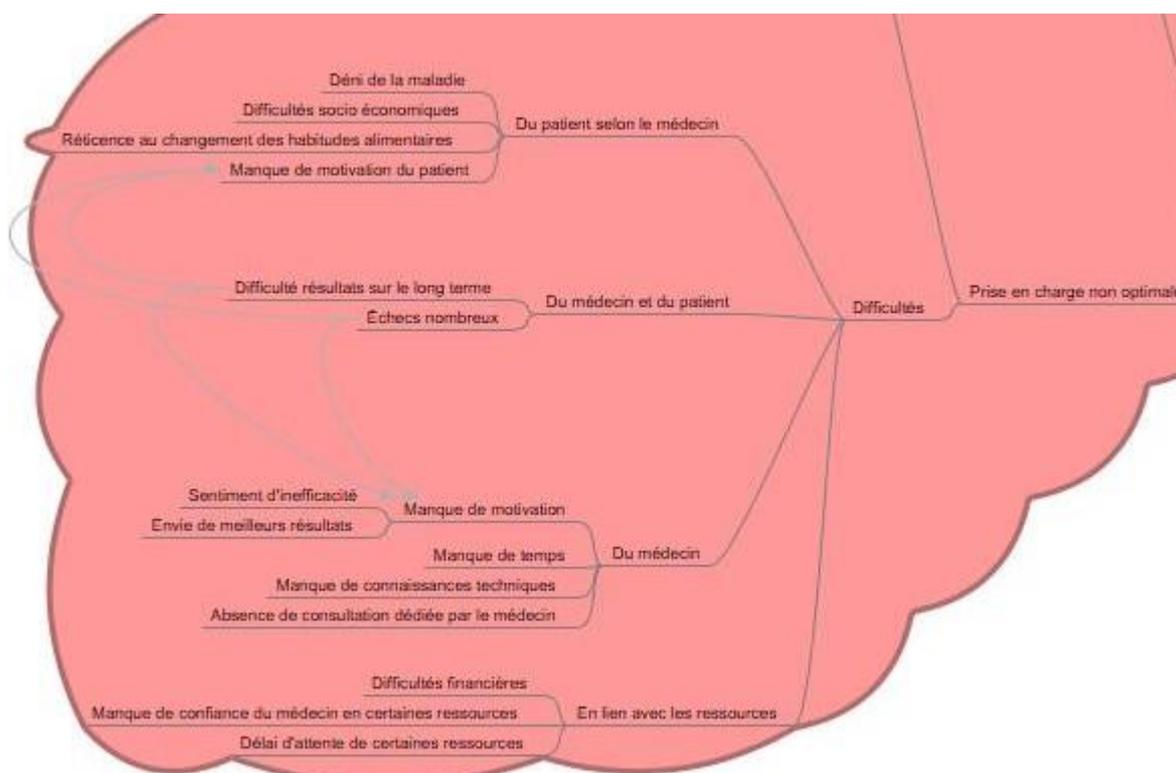


Figure 7: Difficultés à la prise en charge de l'obésité selon les médecins généralistes

II.4.2.2.1.1) Difficultés en lien avec le médecin

Les difficultés liées au médecin mises en évidence lors des entretiens sont : le manque de temps, l'absence de consultation dédiée, le manque de formation et le manque de motivation du médecin.

En effet, quelques médecins affirment que le facteur temps est un frein à une prise en charge optimale de l'obésité : « *Oui globalement ma prise en charge, elle est globalement insuffisante parce que je n'ai pas le temps. Je n'ai pas le temps d'avoir une belle consultation.* » (Entretien 6).

Ce manque de temps entraîne souvent un autre facteur qui est l'absence de consultation dédiée relayée par certains médecins : « *Mais je n'ai peut-être pas assez tendance à les reprogrammer moi-même genre à deux mois, trois mois juste pour le problème de l'obésité quoi.* » « *Donc j'ai tendance à pas forcément leur rajouter une autre couche et je préfère le faire quand je les revois à trois mois.* » (Entretien 2).

Quelques médecins avouent ne pas se sentir suffisamment formés sur le plan diététique pour prendre en charge les patients obèses : « *Parce que nous bon, on n'est pas non plus extrêmement formés enfin je ne sais pas à ton époque mais nous on était très très peu formé à la diététique pour ainsi dire pas du tout d'ailleurs. Donc on donne un petit peu les choses générales quoi, qu'on connaît bien sûr, classiques. Mais c'est vrai que sur le plan diététique, il y aurait à revoir la prise en charge quoi je pense. Il y en a qui demande que ça finalement savoir comment mieux bouffer.* » (Entretien 9). Un des médecins va même plus loin en affirmant qu'elle n'a pas les compétences pour la prise en charge de l'obésité : « *Et donc moi toute seule, je ne sais pas faire.* » (Entretien 12).

Le dernier facteur mais qui semble être l'un des plus grands freins à la prise en charge de l'obésité par le médecin est le manque de motivation retrouvés chez certains médecins.

En effet, quelques médecins auraient aimé de meilleurs résultats à la suite de leur prise en charge : « *On va lancer des choses et des fois on aimerait que ça soit un peu plus productif quand même.* » (Entretien 2). D'autres médecins ont un sentiment d'inefficacité : « *Ben ce n'est pas forcément extraordinaire puisque quand on voit le nombre de patients qui finalement écoutent vraiment ce qu'on dit, font ce qu'on dit, on a quand même le sentiment... « bon, j'en ai parlé mais visiblement, on n'a pas... ». Je ne dirais pas que c'est extraordinaire. Je fais au mieux mais c'est vrai qu'on n'a pas en retour un sentiment de réelle efficacité toujours quoi.* » (Entretien 9).

Ces deux facteurs, l'envie de meilleurs résultats et le sentiment d'inefficacité peuvent atteindre et diminuer la motivation que le médecin a à prendre en charge la question de l'obésité : « *Donc euh j'ai tendance à abandonner.* » « *Ça ne m'intéresse plus* » (Entretien 1)

II.4.2.2.1.2) Difficultés en lien avec le patient selon le médecin

Les facteurs d'une prise en charge non optimale chez les patients selon les médecins sont : le manque de motivation, le déni de la maladie, des changements de comportements alimentaires difficiles à mettre en place et des difficultés socio-économiques.

Le déni est une difficulté majeure à la prise en charge de l'obésité puisque par définition le déni est le refus de reconnaître quelque chose (ici la maladie en particulier l'obésité). Mais comme nous l'avons vu précédemment, l'un des éléments importants à la prise en charge de l'obésité est la prise de conscience par le patient. Le fait qu'il n'accepte pas son obésité est donc un frein à sa prise en charge que relèvent de nombreux médecins interrogés. « *Si ce n'est vraiment le patient en lui-même qui refuse ou qui n'arrive pas à se dire obèse et du coup de se rendre compte de ce qu'il faut ou faudrait faire.* » (Entretien 11). Pour certains médecins, l'acceptation de l'obésité est d'autant plus difficile quand les complications de l'obésité ne sont pas encore apparues. « *Après c'est peut-être leur faire comprendre aussi, tout ce qui est risque avec cette obésité. Puisqu'il y a des obèses qui vont très bien, qui n'ont pas forcément de tension, de diabète ou d'autre chose comme ça et qui se porte bien. Et dans ces cas-là, c'est difficile quelque fois de leur faire comprendre qu'ils sont à risque de développer tout ça. Alors que bon, ils se sentent bien.* » (Entretien 15)

La moitié des médecins mettent en évidence la difficulté de changer les habitudes alimentaires des patients selon eux. *« Voilà c'est-à-dire qu'il y a un tas de gens chez qui on va donner des conseils et qui vont dire « Oui oui je fais tout à fait tout ce que vous me dites » et en fait, on peut se poser des questions, savoir si vraiment ils font...Les gens aiment bien la sauce, les plats en sauce. Ils aiment bien la charcuterie. Donc il y a des habitudes alimentaires qui sont extrêmement difficiles à changer. » (Entretien 3)* Pour eux c'est une démarche complexe : *« Là les stratégies complexes à mettre en œuvre où l'on doit modifier quand même quelque part le comportement d'un être humain libre de comportement qui ne va pas forcément être problème ou incomplètement en tout cas. » (Entretien 5).*

Peu de médecins mettent en évidence les difficultés socio-économiques des patients comme frein à la prise en charge de l'obésité. Ces difficultés reposent à la fois sur des problèmes financiers mais aussi sur une manière culturelle de cuisiner (difficile à changer comme vue précédemment). *« Et dans la population que je soigne, il y a beaucoup de patients qui sont à un niveau social on va dire pas très haut et je pense que quand on demande à ces gens de modifier leurs habitudes alimentaires, c'est extrêmement compliqué. Parce qu'on a beau leur dire que c'est moins bien de manger des saucisses que de manger du poisson, spontanément pour eux et pour un tas de raisons, ça leur paraît revenir moins cher et être plus rapide de manger des saucisses et pas prendre le poisson. C'est compliqué ça. » (Entretien 7)*

Le manque de motivation est l'une des plus grosses difficultés selon les médecins généralistes. Ils sont quasi unanimes sur la question. *« C'est le degré de motivation de la personne. Tout le monde peut maigrir. Tout le monde. Maigrir ce n'est pas si compliqué que ça. Le problème c'est la volonté d'enclencher un processus qui quelques fois peut être difficile pour les gens. » (Entretien 14)*

II.4.2.2.1.3) Difficultés en lien avec le médecin et le patient

Les deux difficultés mises en évidence qui sont en lien à la fois avec les médecins et les patients sont : la difficulté de maintenir les résultats sur le long terme et les nombreux échecs.

Quelques médecins évoquent la difficulté de maintenir les résultats à long terme : *« Mais ce qui est dur c'est, en général on y arrive très facilement pour les 3 premiers mois ou les 6 premiers mois. En général tout ça on y arrive. C'est dans la durée, que c'est compliqué. Les objectifs court terme, ils y arrivent » (Entretien 14).* En effet pour certains médecins, les changements mis en place lors de la prise en charge de l'obésité sont difficiles à garder à long terme : *« C'est tout le mode de vie qu'il faut changer en fait mais de façon pérenne et c'est ça qui est compliqué. » (Entretien 8)*

Cette difficulté de résultats sur le long terme est souvent synonyme de reprise de poids pour certains médecins : *« Puisque je le vois bien, comme ma patiente là de vendredi, ben ce n'est pas la première fois quoi qu'elle fait un truc et puis un an après elle a tout repris voir plus. » (Entretien 12).*

Qui dit reprise de poids dit échec. Pour la plupart des médecins interrogés, la prise en charge de l'obésité est une situation qui les met souvent en échec. *« Mais ça ne marche pas le plus*

souvent. On a quelques situations où on a des résultats qui sont positifs mais le plus souvent ce n'est pas terrible quand même. Je crois que c'est un domaine où l'on est souvent en échec quand même. C'est mon sentiment. » (Entretien 3)

Les nombreux échecs et la difficulté à avoir des résultats sur le long terme sont des facteurs qui agissent à la fois sur la motivation des patients et des médecins. *« Et voilà, on dit qu'il faut apprendre à travailler dans l'échec mais j'ai horreur de travailler dans l'échec. Donc c'est vrai que j'ai du mal à me motiver pour ça. » (Entretien 7) « Soit ils font le suivi et ça arrive parfois que ça marche bien. Ou des fois ils laissent tomber au bout d'une ou deux fois, parce que pour eux c'est trop » (Entretien 15)*

Un des médecins interrogés juge même de la pertinence de prendre en charge les patients obèses : *« Alors ma difficulté c'est s'ils viennent là en disant « je veux maigrir » alors là « oui bonjour, ça c'est sûr c'est une bonne idée sûrement mais voilà est-ce que vraiment ça vaut le coup ? » » « Donc des fois, je me demande si cela vaut vraiment le coup de les embarquer là-dedans. » (Entretien 12).*

La motivation du médecin semble étroitement liée à la motivation du patient pour certains médecins : *« Dans le rôle de celui qui doit convaincre, je suis beaucoup moins à l'aise parce qu'en fait c'est une espèce de travail répétitif qui est lassant pour lui, qui est lassant pour moi. J'ai des obèses avec lesquels, globalement tu baisses un peu les bras puisque quoique tu fasses tu n'y arrives pas. Et en fait devant toi, tu n'as pas quelqu'un qui va te dire « Docteur, faut m'aider ! » Donc s'il ne demande pas ben voilà tu prends ses mesures tu pèses, tu constates voilà. On va dire tu es dans une situation de constat en fait. Alors que quand quelqu'un est demandeur là tu te mets une petite note « appeler machin, appeler bidule, prendre rendez-vous ici ». Donc tu t'investis davantage. C'est vrai » (Entretien 6)*

II.4.2.2.1.4 Difficultés en lien avec les ressources et les outils

L'une des difficultés en lien avec les ressources la plus citée par les médecins interrogés est l'aspect financier de certaines ressources. En effet, le fait que ces ressources ne soient pas gratuites ou remboursées par la Sécurité Sociale est un frein pour les patients à la prise en charge de l'obésité selon les médecins. Parmi ces ressources, la plus citée par les médecins interrogés est la diététicienne : *« Et puis les diététiciennes, il y a le facteur non remboursement qui est un facteur freinateur certainement » (Entretien 8). « Donc à ce moment-là quand les gens ont les moyens puisque ça a un coût et qu'ils sont motivés, je leur conseille de rencontrer une diététicienne » (Entretien 3).* Certains médecins donc ne proposent certaines ressources qu'en fonction des moyens financiers des patients. Il y a donc une inégalité de prise en charge selon la situation socio-économique du patient.

Un des médecins interrogés nous rappelle aussi les difficultés financières de la mise en place d'une activité physique : *« La gymnastique et tout ce qui est coaching et compagnie. C'est difficile également, ça pose des problèmes financiers. » (Entretien 13).*

Un des médecins interrogés qui utilise une thérapie cognitivo-comportementale pour la perte de poids basée sur des séances d'hypnose met aussi en évidence son caractère non remboursable comme frein à la prise en charge : *« Après cela sous-entend des séances*

d'hypnose. Et du coup c'est souvent une population qui va avoir du mal à gérer des choses pas remboursées par la Sécu. » (Entretien 7).

Une des difficultés mise en lumière par quelques médecins surtout urbains est le délai d'attente un peu long pour une prise en charge par réseau local. *« Les difficultés, alors c'est peut-être le délai de prise en charge. Par exemple le REPPCO, c'est vrai qu'il faut un courrier, la prise de sang etc. Enfin il faut beaucoup de choses avant d'avoir accès à ce rendez-vous. Et c'est plutôt la personne qui vient et qui est plutôt motivée à perdre entre guillemets et puis il y a un délai qui fait que ça retombe un petit peu. » (Entretien 11).* Le délai d'attente ainsi que les démarches à effectuer avant la prise en charge par le réseau local semblent être des facteurs pouvant diminuer la motivation du patient qui semble être un élément important pour la prise en charge de l'obésité.

Un des médecins évoque la difficulté de transport des patients en obésité morbide notamment dans le département de la Charente. *« C'est là où je me suis rendu compte que le transport des obèses, des gros obèses c'était une grosse problématique. Puisqu'on n'avait pas d'ambulance bariatrique dans le département. J'ai fait appel aux services administratifs : préfecture. « Comment je fais ? J'ai une dame de 280 kilos à évacuer comment je fais ? ». Les ambulances ne pouvaient pas venir. Donc à un moment il a été question de faire venir les militaires. Et finalement, on a réussi à trouver une ambulance qui était dans les Deux-Sèvres qui est venue la prendre en charge. Voilà. » (Entretien 6).*

Les autres difficultés liées aux ressources sont surtout causées par les sentiments négatifs des médecins envers ces ressources. *« Je suis déçu par toutes les prises en charge de l'obésité. La chirurgie je trouve que ce n'est pas un bon système. » (Entretien 1).* Ces sentiments négatifs sont le plus souvent exprimés vis-à-vis de la chirurgie. *« Parce qu'à mon avis ça va être extrêmement compliqué d'aboutir à un résultat autre que par des chirurgies pour lesquelles spontanément je n'ai pas un avis très favorable on va dire » (Entretien 7).*

Un des médecins interrogés est particulièrement déçu de la prise en charge par le réseau local et donc ne l'utilise plus en tant que ressource. *« Oui donc il a été au REPPCO comme tout le monde. Ce qui n'a évidemment servi à rien. Je n'envoie plus personne au REPPCO. C'est fini. » (Entretien 1).*

II.4.2.2.2) Améliorations à envisager selon le médecin

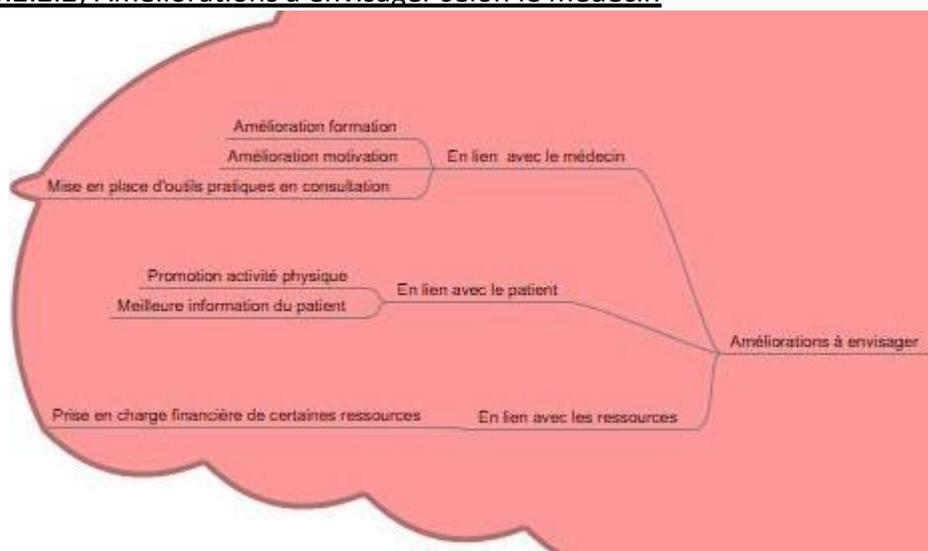


Figure 8: Perspectives d'amélioration selon les médecins généralistes

II.4.2.2.2.1) Améliorations en lien avec le médecin

Selon les médecins, les aides qui pourraient les aider à mieux prendre en charge les patients seraient : un complément de formation et des outils pratiques à mettre en place pendant les consultations.

En effet, selon quelques médecins, une formation afin d'approfondir leurs connaissances en diététiques semble indispensable. « *Certainement pouvoir acquérir davantage de... Tu sais les connaissances en diet et tout, on reste sur des choses assez classiques et rudimentaires donc on ne sait pas tout.* » « *On n'est pas toujours à l'aise sur l'établissement d'un régime, d'un suivi. Voilà peut-être aussi une remise en cause de moi-même sur mes compétences et mes connaissances en métabolisme, diététique. Ça me paraît indispensable aussi.* » (Entretien 6).

Un médecin évoque même le fait qu'une formation pourrait le remotiver sur la prise en charge de l'obésité. « *Ce qui peut m'aider c'est : des soirées de formation continue sur ce thème avec des spécialistes, des diététiciennes.* » « *Ça ça peut me remotiver peut-être* » (Entretien 3).

Quelques médecins disent que la mise en place d'outils pourrait leur être utile dans la prise en charge de l'obésité. Ces outils peuvent être l'élaboration d'un livret d'accompagnement « *Peut-être si on avait un livret par exemple, un livret d'accompagnement d'une personne obèse, ça peut être pour d'autre pathologie mais pour justement, s'ils vont voir en extérieur, on fait un petit mot directement, on voit ce qui a été mise en place.* » (Entretien 11).

Il peut s'agir d'outils plus concrets, plus visuels afin d'avoir une meilleure compréhension à la fois de ce que le patient mange et à la fois de ce qu'il devrait manger au niveau des quantités. « *Peut-être effectivement d'avoir... quelque chose qui serait bien... je ne sais pas si cela existe. C'est quelque chose de concret mais c'est vraiment au quotidien, c'est l'assiette-type qui pourrait être utilisée pour un type de patient qui voudraient faire un régime modérément hypocalorique, très hypocalorique. Avoir globalement un visuel de ce qu'on peut faire. On le présente. Mais :* » « *Vous qu'est-ce que vous mangez par rapport à cette*

portion de pommes de terre ? » Parce que si je leur parle 20 grammes, 30 grammes, 50 grammes, ils ne savent pas ce que cela veut dire. Donc visuellement à quoi ça correspond : « Ce type d'assiette ? Ce volume plus grand ? ou encore cette assiette pleine ? » « Où est-ce que vous vous situez ? » Et ça permettra de mettre en lumière les points d'amélioration, de dire : « ok, je vois concrètement ce qu'il veut me dire si c'est cette petite portion, c'est tant de grammes de pommes de terre, tant de grammes de légumes. Et je sais à quoi cela correspond » Parce que des fois, on parle un petit peu dans le vide : « est-ce que vous mangez ? Une demi-assiette. Oui mais c'est quoi une demi-assiette ? Quelle portion de pâtes ? Euh je ne sais pas...le fond de la main. Oui mais ma main ? la vôtre ? De quoi on parle ? ». Peut-être qu'avec un visuel, ça serait pas mal. Alors sur tous les types d'aliments, les féculents, les produits laitiers peu importe mais avoir ce genre de visuel, ça pourrait peut-être aider. » (Entretien 4).

II.4.2.2.2) Améliorations en lien avec le patient

Pour quelques médecins, l'amélioration de la prise en charge de l'obésité repose sur l'instauration d'une activité physique et sportive : « *Mettre en place des cours de sport pour les obèses peut-être pour qu'ils se prennent en charge physiquement déjà. Puisque souvent l'obésité ralentit encore la capacité à bouger* » (Entretien 8)

Pour d'autres médecins, une meilleure information des patients sur ce qu'est l'obésité et ses complications permettrait une meilleure prise en charge car les patients auraient certainement une prise de conscience beaucoup plus facile de la pathologie. Cette information pourrait être relayée par des campagnes à la fois physiques par les médecins et des campagnes à l'aide des moyens de télécommunication. « *Peut-être une sensibilisation publique sur l'idée et la pathogénicité de l'obésité. Peut-être qu'il n'y a pas assez de prise de conscience au niveau du public.* » (Entretien 13) « *Donc voilà, je pense que ce serait les campagnes d'information pour lutter contre l'obésité. Et ce serait extrêmement profitable par des campagnes audiovisuelle, média en général, mais surtout audiovisuelle.* » (Entretien 14).

II.4.2.2.3) Améliorations en lien avec les ressources

Un médecin évoque le fait qu'une prise en charge de certaines ressources pourrait profiter à la prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes : « *Ce serait peut-être de pouvoir avoir des transports remboursés pour les patients quand ils vont aller au REPPCO. Ça fait loin en fait. Vu que c'est sur Soyaux. En ce moment j'ai un patient pour qui c'est un frein ça, de parcourir les kilomètres et tout. Pour emmener les enfants aux ateliers et les adultes aux ateliers ou en groupe de parole, les choses comme ça. J'ai l'impression que ça leur fait un peu loin. Ils ne peuvent pas faire des centres d'obésité partout mais au moins avoir ces transports-là qui soient remboursés ou à moindre frais. Ça pourrait être pas mal.* » (Entretien 2).

Discussion

I) Critique de l'étude :

L'objectif de l'étude était de recueillir le ressenti des médecins généralistes notamment leurs difficultés dans leur prise en charge de l'obésité de l'adulte. Une méthode qualitative était appropriée car il ne s'agissait pas de récolter des données chiffrées sur la pratique des médecins généralistes. Les entretiens semi-dirigés ont permis de recueillir le ressenti des praticiens. Cette méthode est préférée à celle des focus group afin de limiter l'interaction et l'influence entre les différents participants sur ce sujet sensible car nous souhaitions avoir une image réelle de la pratique des médecins interrogés. Il peut exister des biais déclaratifs liés à l'état d'esprit et la disponibilité du médecin interrogé lors de l'entretien.

Cette étude se limite à l'opinion de quelques médecins de Charente et ne représente pas l'opinion de l'ensemble des médecins français ni même de l'ensemble des médecins charentais. Elle n'est donc pas généralisable à l'ensemble des médecins français.

Il y a un biais de sélection dans cette étude : en effet, les médecins interrogés sont le plus souvent des médecins intéressés par la question de l'obésité. L'opinion des personnes non interrogées mais choisies initialement peut être différente de celle des médecins ayant répondu volontairement à l'étude.

Un biais d'interprétation est peut-être présent suite à l'analyse des verbatims. Néanmoins, une triangulation des données a eu lieu lors du codage de deux des entretiens. Mais, il n'y a pas eu de triangulation des données après l'encodage afin de confirmer l'interprétation des entretiens.

II) Comparaison des résultats à la littérature

II.1) Abord de l'obésité en médecine générale

Il y a des divergences de pratique quant à l'abord de la question de l'obésité dans notre enquête. Dans une étude réalisée dans le Cher parue dans la revue médicale *Exercer* (12), les médecins disaient que cet abord n'était jamais systématique.

En effet, dans cette étude (12), tous les médecins abordent les problèmes de poids qu'à l'apparition de complications. Cette pratique est aussi retrouvée chez certains médecins de notre étude.

Certains médecins de notre étude n'abordent pas l'obésité car ils pensent que cela gênerait le patient. Cet abord difficile par rapport à la représentation que le médecin pense que le patient a de lui-même est un frein à l'abord de la question de l'obésité retrouvée dans la littérature internationale. En effet, une étude australienne (13) a également montré que les omnipraticiens évitaient les discussions sur le surpoids avec leurs patients en raison de

l'inquiétude que de telles discussions puissent offenser et / ou provoquer une réaction négative.

La difficulté d'abord du surpoids et de l'obésité abordée par certains médecins de notre enquête est aussi retrouvée dans la littérature française (12) et internationale (13).

Les médecins généralistes de l'étude de Laidlaw et al. (14) étaient plus susceptibles d'engager une discussion sur le poids que les patients, mais ces discussions ont rarement abouti. Les discussions initiées par les patients étaient « plus susceptibles d'entraîner un résultat lié au poids ». Cela rejoint le ressenti de certains des médecins de notre étude, qui pensent que le sujet de l'obésité est plus fréquemment abordé par eux que par les patients. Cette étude conforte l'idée que la prise de conscience du patient est essentielle à la prise en charge de l'obésité.

II.2) Rôle du médecin généraliste

Dans l'étude du Cher (12), les avis des médecins généralistes divergent quant au rôle du médecin généraliste dans le dépistage. Cette divergence n'est pas retrouvée dans notre étude si ce n'est une divergence sur le rôle du médecin à différents niveaux de prévention. La nécessité d'éducation des enfants dès le plus jeune âge dans le but de prévenir les problèmes d'excès de poids a été évoquée par quelques médecins de notre étude. Pourtant cette nécessité de prévention dès le plus jeune âge est largement retrouvée dans la littérature française (12) et internationale (15).

Seuls quelques médecins de notre étude évoquent le rôle de prévention primaire chez l'adulte. Chez l'adulte quelques médecins pensent que le rôle du médecin est plus curatif que préventif. Peu de médecins interrogés prennent en charge les patients dès le surpoids. Cependant une étude australienne récente (15) montre que l'espérance de vie diminue en fonction du stade de l'excès pondéral même chez les jeunes adultes. En effet celle-ci montre que « Un homme en bonne santé âgé de 25 ans peut espérer vivre encore 57,0 années (IC 95% 56,7–57,4), tandis que ceux appartenant à des groupes en surpoids, obésité modérée et obésité sévère vivront en moyenne 52,8 (IC 95% 52,5–53,2), 48,7 (IC 95% 48,2–49,3) et 46,6 (IC 95% 44,6–47,5), respectivement. » L'impact du poids sur l'espérance de vie est similaire chez la femme de 25 ans. Cette étude montre aussi que chez les hommes de moins de 40 ans et les femmes de moins de 30 ans, l'importance d'années de vie perdue n'est pas celui des personnes actuellement obèses ou sévèrement obèses, mais des personnes en surpoids. Cela suggère que le surpoids, ainsi que l'obésité, devraient être ciblés dans les programmes de traitement et de prévention destinés aux jeunes adultes. Il semble nécessaire que la prise en charge de l'excès de poids soit indispensable dès le stade du surpoids.

D'après Bocquier (10), moins d'un tiers des médecins de la région PACA interrogés lors d'une enquête téléphonique menée en 2003 avaient recours à d'autres professionnels de santé. Le recours le plus souvent utilisé était la diététicienne mais seuls 30.9% des médecins y avaient recours fréquemment. Dans notre étude, le recours le plus souvent utilisé est l'infirmière ASALEE et plus de la moitié des médecins interrogés y ont recours fréquemment.

Dans notre étude, on note une divergence d'opinion des médecins sur la place du médecin généraliste quant à son rôle dans la prise en charge de l'obésité. Certains pensent que le médecin généraliste doit avoir un rôle central dans la prise en charge de l'obésité. Et d'autres pensent que leur rôle est mineur dans celle-ci.

Une étude allemande (16) récente montre que les patients souhaitant perdre du poids grâce des conseils hygiéno-diététiques, sont davantage motivés et perdent plus de poids quand ils sont prodigués par leur médecin traitant. Cette étude est confortée par le résultats d'autres études internationales (17). Ce qui conforte la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge de son patient.

Cependant, la majorité des médecins interrogés dans notre enquête avouent avoir facilement recours aux autres professionnels de santé pour la prise en charge de l'obésité. Ce recours facile et quasi systématique aux autres professionnels de santé est retrouvée aussi dans l'étude menée dans le Cher (12) . Néanmoins, une étude menée dans le Languedoc-Roussillon (18) montre que seuls 12 % des médecins avaient recours aux ressources extérieures. On note donc une discordance des pratiques des médecins généralistes. Toutefois, l'étude réalisée dans le Cher était une étude où 15 médecins ont été interrogés (elle possède les mêmes limites que notre étude à savoir une non-transférabilité). Tandis que l'enquête réalisée dans le Languedoc-Roussillon était une étude portant sur 744 médecins interrogés. La différence de taille des échantillons peut expliquer peut-être cette discordance. Cette pratique concernant le recours aux autres professionnels de santé rejoindrait alors les recommandations de l'HAS (9) qui préconise un recours à d'autres professionnels de santé après 6 mois de suivi si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints.

Quelques médecins de notre étude, nous confiait un sentiment d'exclusion vis-à-vis de certaines ressources notamment le réseau local de prise en charge de l'obésité. Ce sentiment était provoqué par un manque de coordination entre le médecin généraliste et les autres professionnels de santé. Ce facteur limitant est aussi évoqué dans l'étude réalisée par Lehr-Drylewicz.(12) Cependant, même si le manque de coordination des professionnels de santé ainsi que les délais d'attente trop longs sont retrouvés comme des freins dans la littérature (19), ils ne semblent pas être des facteurs limitants importants dans notre enquête.

II.3) Prise en charge de l'obésité

Une relation médecin-patient de qualité semble être une clé importante pour la prise en charge de l'obésité. Cette notion est retrouvée aussi bien dans notre étude que dans la littérature internationale où une étude australienne (20) montre que la force de la relation entre un professionnel de la santé et un patient est un facteur important de prédiction de l'efficacité de la gestion de l'obésité dans les soins de santé primaires. D'après Elvins et Green (21), la relation entre un professionnel de la santé et un patient a été conceptualisée dans le cadre d'une alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique a été reconnue comme un important médiateur du changement de comportement en psychothérapie. En faisant confiance au médecin, cela entraîne un changement de comportement chez le patient, qui participe pleinement au traitement et y adhère.

Un article paru dans Revue Médicale de Bruxelles(22) souligne comme certains médecins de notre enquête l'importance de la motivation du patient et son évaluation au départ pour la prise en charge de l'obésité. En effet, le manque de motivation du patient est perçu dont étant un obstacle majeur à la prise en charge de l'obésité en médecine générale dans la littérature française (19).

Comme dans notre étude et dans de nombreuses études françaises (10), les médecins interrogés utilisent l'enquête alimentaire et la promotion de l'activité physique dans la prise en charge de l'obésité.

Les médecins de notre étude sont pour la plupart assez réticents à la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique. Une étude française (23) traitant des connaissances et des attitudes des généralistes vis-à-vis de la chirurgie bariatrique, montrait que parmi les options thérapeutiques proposées aux patients souffrant d'obésité morbide, les plus populaires étaient l'éducation alimentaire avec référence à un spécialiste (88,9%), suivie de l'orientation vers un entraîneur sportif (63,2%). La référence à un chirurgien bariatrique était en troisième position, proposée par 56,6% des répondants. Néanmoins, dans deux tiers des cas, c'était au patient d'initier la conversation sur la chirurgie bariatrique. Cette réticence est donc cohérente avec les données de la littérature actuelle.

II.4) Difficultés de prise en charge

Certaines difficultés liées au patient (le manque de motivation des patients, la réticence au changement des habitudes alimentaires et les difficultés socio-économiques), évoquées par les médecins généralistes de notre étude sont aussi retrouvées dans la littérature française (12).

Peu de médecins dans notre étude, utilisent une consultation dédiée dans la prise en charge de l'obésité. Cette faible proportion (18.4%) est retrouvée aussi dans une étude en Picardie (24).

Selon Lehr-Drylewicz, les difficultés en lien avec le médecin généraliste sont les mêmes que celles retrouvées dans notre étude : manque de temps, manque de formation, sentiment d'inefficacité. Selon les médecins de son étude, les échecs nombreux seraient décourageants pour eux.

Selon une étude réalisée dans le Limousin (19), le manque de formation des médecins généralistes serait un frein à l'encadrement du patient obèse. Le manque de formation est surtout sur le versant thérapeutique selon cette même étude. Cette notion semble être confirmée dans notre enquête puisque malgré le manque de formation évoqué par les médecins, ceux-ci se sentent à l'aise pour la partie diagnostique.

La consultation d'un patient obèse est chronophage alors que les médecins manquent de temps (démographie médicale en baisse). Ce manque de temps constitue une barrière à une prise en charge optimale. Cette notion de manque de temps du médecin généraliste est largement reprise dans la littérature française (19) et internationale (22).

Une étude complémentaire a été menée en 2012 (11) et retrouve que les principales difficultés liées au médecin généraliste dans la Haute-Vienne étaient : un sentiment d'inefficacité (58.8% des médecins interrogés), le manque de temps (52.9%), le manque de formation (50%), le manque de coordination des professionnels de santé (35.2%), le désintérêt pour l'obésité (28%), le manque de matériel au cabinet médical (20.6%).

Dans cette enquête (11), les difficultés les plus importantes sont en lien avec le patient : mauvais suivi des conseils d'activité physique (94.1% des médecins interrogés), manque de motivation du patient (92.6%), mauvais suivi des conseils diététiques (91.1%), existence de troubles du comportement alimentaire (83.8%), mauvais suivi concernant la prise en charge psychologique (72%), existence de pathologies psychiatriques sous-jacentes (63.2%).

D'après Kacenenbogen (22), les difficultés en lien avec les médecins sont les mêmes en Belgique que dans notre étude. Seule la perception négative des médecins vis-à-vis des patients obèses n'est pas retrouvée dans notre enquête. En effet, les médecins de notre enquête ne sont pas exprimés sur cette question.

Les difficultés exprimés par les médecins interrogés dans notre étude sont similaires avec celles retrouvées dans la littérature française (11,12,19,24) et internationale (22).

L'absence de prise en charge par les caisses de l'Assurance maladie des consultations de diététique, constitue un frein pour la prise en charge de l'obésité dans la littérature française (11,19) comme dans notre étude.

II.5) Améliorations à mettre en place pour une meilleure prise en charge de l'obésité

La nécessité d'une meilleure formation à toutes les problématiques de l'obésité a été évoqué dans notre étude et est retrouvée dans la littérature française (11,18,24).

Dans l'étude menée par Thuan et Avignon (18), les médecins proposent comme amélioration à la prise en charge de l'obésité l'utilisation d'outils simples comme dans notre étude.

L'importance d'une meilleure information du patient via les médias sur l'obésité et ses complications a été évoquée par certains médecins de notre étude comme un facteur clé à une meilleure prise en charge de l'obésité. Cette notion d'information du patient via des campagnes médiatisées est retrouvée dans la littérature française (12,19).

D'après l'étude réalisée en 2008 dans le Limousin (19), l'une des améliorations à mettre en place pour une meilleure prise en charge serait le remboursement des consultations de la diététicienne. Les médecins interrogés dans notre enquête n'évoquent pas cette amélioration. Cependant, ils sont nombreux à estimer que le non-remboursement de ces consultations est un frein à la prise en charge de l'obésité.

Dans l'ensemble les résultats de notre enquête sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature française et internationale.

Conclusion

Notre enquête a permis de recueillir le ressenti d'un groupe de médecins généralistes concernant leur prise en charge de l'obésité. Il a été mis en évidence que cette prise en charge était non optimale malgré une aisance diagnostique. En effet, l'abord de la question de l'obésité semble être un exercice délicat où la qualité de la relation médecin-patient est un facteur déterminant. Les opinions de nos médecins sont divergentes quant à leur place dans la prise en charge. Certains pensent avoir un rôle majeur étant donné leur place centrale dans les soins primaires. D'autres au contraire, pensent que concernant la prise en charge de l'obésité leur action est très limitée. La majorité des médecins de notre enquête délèguent la prise en charge de l'obésité à d'autres professionnels de santé en raison de leurs difficultés. Les médecins deviennent alors spectateurs et non acteurs de la prise en charge pouvant aller jusqu'à un sentiment d'exclusion ressenti par certains médecins.

Les facteurs induisant une prise en charge non optimale sont des difficultés qui peuvent être liées au médecin, au patient et aux ressources utilisées. Les difficultés en lien avec le patient sont le manque de motivation, le déni de la maladie, les difficultés socio-économiques et la réticence au changement du comportement alimentaire. Les difficultés liées au médecin mises en évidence lors de notre enquête sont : le manque de temps, l'absence de consultation dédiée, le manque de formation et le manque de motivation du médecin liée à un sentiment d'inefficacité. Les médecins ont aussi mis en avant que l'absence de prise en charge financière de certaines ressources pouvaient être un frein à la prise en charge de l'obésité. Ces difficultés sont celles déjà évoqués dans des études précédentes.

Les pistes d'améliorations reposent sur : une meilleure information du patient sur la problématique de l'obésité et de ses conséquences notamment via les médias audio visuels, une amélioration de la formation des médecins, le remboursement de certaines ressources qui ne le sont pas actuellement et la mise en place d'outils simples et pratiques en consultation.

La prise en charge de l'obésité de l'adulte par les médecins de notre enquête est similaire à celle retrouvée dans la littérature.

Les résultats de cette étude n'étant pas généralisable à l'ensemble des médecins de la région, une autre étude notamment quantitative pourrait venir compléter cette enquête.

Il paraît aussi crucial de développer des outils pratiques que les médecins généralistes puissent utiliser facilement en consultation. Mais aussi de créer des campagnes publicitaires accessibles aux plus jeunes afin de limiter l'incidence de l'obésité par l'éducation, et permettre une prise de conscience plus rapide chez les adultes.

Références bibliographiques :

1. Obésité et surpoids [Internet]. World Health Organization. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Enquête ObEpi-Roche 2012 : la progression de l'obésité ralentit en France [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: http://www.roche.fr/medias/actualites/enquete_ObEpi-Roche_2012_la_progression_de_l_obesite_ralentit_en_france.html
3. Santé publique France - Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Etude-ESTEBAN-2014-2016-Chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
4. ENNS : étude nationale nutrition santé / Enquêtes et études / Nutrition et santé / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 28 oct 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/ENNS-etude-nationale-nutrition-sante>
5. Surpoids et obésité : un fléau encore d'actualité [Internet]. Obésité. 2017 [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.obesite.com/surpoids-obesite-fleau-actualite/>
6. Pathologies Hépatto-biliaires - Obésité-Santé [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: http://www.obesite-sante.com/comprendre_l_obesite/complications_liees_a_l_obesite/hepatobiliaires.shtml
7. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2 janv 2013;309(1):71.
8. PNNS | Manger Bouger [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/PNNS>
9. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medecale-de-premier-recours
10. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux J-C, Lussault P-Y, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité. Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA: résultats d'une enquête téléphonique. Presse Médicale. juin 2005;34(11):769-75.
11. Fayemendy PJM. La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne : difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration.

[Limoges]: Limoges; 2012.

12. Lehr-Drylewicz A-M, Renoux C, Savan L, Lebeau J-P. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? *Exerc Rev Médecine Générale*. 2010;21(94):6.
13. Malatzky C, Glenister K. Talking about overweight and obesity in rural Australian general practice. *Health Soc Care Community* [Internet]. 11 oct 2018 [cité 27 oct 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/hsc.12672>
14. Laidlaw A, McHale C, Locke H, Cecil J. Talk weight: an observational study of communication about patient weight in primary care consultations. *Prim Health Care Res Dev*. mai 2015;16(3):309-15.
15. Lung T, Jan S, Tan EJ, Killedar A, Hayes A. Impact of overweight, obesity and severe obesity on life expectancy of Australian adults. *Int J Obes* [Internet]. 3 oct 2018 [cité 17 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.nature.com/articles/s41366-018-0210-2>
16. Welzel FD, Stein J, Pabst A, Lupp A, Kersting A, Blüher M, et al. Five A's counseling in weight management of obese patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial (INTERACT). *BMC Fam Pract* [Internet]. déc 2018 [cité 27 oct 2018];19(1). Disponible sur: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0785-7>
17. Thande NK, Hurstak EE, Sciacca RE, Giardina E-GV. Management of Obesity: A Challenge for Medical Training and Practice. *Obesity*. janv 2009;17(1):107-13.
18. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes*. sept 2005;29(9):1100-6.
19. Fayemendy P, Avodé Z, Pivois L, De Rouvray C, Jésus P, Desport J-C. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? *Cah Nutr Diététique*. 1 sept 2011;46(4):199-205.
20. Sturgiss EA, Sargent GM, Haesler E, Rieger E, Douglas K. Therapeutic alliance and obesity management in primary care - a cross-sectional pilot using the Working Alliance Inventory: Therapeutic alliance and obesity management. *Clin Obes*. déc 2016;6(6):376-9.
21. Elvins R, Green jonathan. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clin Psychol Rev*. 1 oct 2008;28(7):1167-87.
22. Kacenenbogen N. La gestion du poids en Médecine Générale. *Rev Med Brux*. 2006;11.
23. Martini F, Lazzati A, Fritsch S, Liagre A, Iannelli A, Paolino L. General Practitioners and Bariatric Surgery in France: Are They Ready to Face the Challenge? *Obes Surg*. juin 2018;28(6):1754-9.
24. Hernandez-Bridier M. Obésité de l'adulte: pratiques et attentes des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge en Picardie en 2015. Amiens; 2016.

Résumé :

Introduction : L'obésité est un problème de santé publique mondial qui affecte en France 15% de la population. Le médecin généraliste de par sa position dans le parcours de soins est le premier interlocuteur et donc joue un rôle important dans la prise en charge de cette maladie. Cependant, la prise en charge n'est pas aisée et le médecin rencontre des difficultés. Il existe peu de données concernant le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de leur prise en charge de cette maladie. Une étude a été menée dans le département de la Charente dans le but de recueillir le sentiment des médecins généralistes quant à la prise en charge de l'obésité, les difficultés rencontrées ainsi que quelques suggestions d'amélioration.

Méthodologie : L'enquête était basée sur des entretiens individuels semi-dirigés réalisés au cabinet de 15 médecins généralistes. Les médecins ont été choisis de manière à avoir une population hétérogène sur le sexe et le lieu d'exercice. Tous les entretiens ont été retranscrits. Les verbatims ont ensuite été codés grâce au logiciel RQDA. Une triangulation des données a eu lieu lors de l'encodage.

Résultats : Selon les médecins l'abord de la question de l'obésité est un exercice délicat où seuls quelques médecins interrogés le pratiquent de manière systématique. Les difficultés d'abord peuvent être en lien avec la représentation que le médecin se fait du patient. Les médecins ne sont pas d'accord vis-à-vis de leur rôle dans la prise en charge, certains estiment avoir un rôle primordial tandis que d'autres pensent avoir un rôle secondaire. De nombreux médecins interrogés délèguent la prise en charge à d'autres professionnels de santé. Globalement, les médecins disent avoir une prise en charge non optimale de l'obésité même si peu d'entre eux sont tout de même satisfaits. Les difficultés rencontrées peuvent être liées au médecin (manque de temps, de motivation, de formation), au patient (manque de motivation, difficulté d'acceptation, réticence aux changements de habitudes alimentaires, difficultés socio-économiques) ainsi qu'aux ressources (absence de prise en charge des consultations diététiques, moyens de transport). Les suggestions d'améliorations concernaient à la fois les médecins (avec une meilleure formation), les patients (avec la mise en place d'activité physique). De nombreux médecins, ont insisté sur le fait qu'une meilleure information des patients vis-à-vis de l'obésité et de ses conséquences est nécessaire afin d'avoir une prise de conscience des patients.

Conclusion : La prise en charge des patients obèses est un enjeu majeur de santé publique. Les médecins généralistes même s'ils délèguent de plus en plus la prise en charge ont une place centrale et n'ont pas une prise en charge optimale. Pour les médecins généralistes, les obstacles sont nombreux à la fois de leur propre fait et de ceux des patients. Mener des actions préventives dès l'enfance et une meilleure information du patient semblent être une priorité pour les généralistes.

MOTS-CLÉS : Obésité, médecine générale, ressenti, insatisfaction, difficultés de prise en charge, suggestions d'amélioration

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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. Admis 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. Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



ANNEXE 1 : Mail d'approche des médecins généralistes

Bonjour,

Je m'appelle JOAILLES Mélika, étudiante en fin de 3^{ème} cycle.

Je réalise actuellement un travail de recherche sur l'obésité dans le cadre de ma thèse et j'interroge des médecins en menant des entretiens de moins de 30 minutes.

J'aimerais vous rencontrer à votre cabinet afin de réaliser cet entretien.

Je vous recontacterai par téléphone si vous êtes d'accord afin de fixer un rendez-vous.

Merci d'avance. Cordialement

ANNEXE 2

Trame questionnaire thèse : quel est le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte dans le Poitou Charentes ?

1^{ère} partie : Entretien sur la prise en charge de l'obésité ?

- 1) Racontez moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle la prise en charge de l'obésité chez l'adulte a été abordée.
 - a) Comment avez-vous abordé le sujet de l'obésité avec ce patient ?
 - b) Est-ce que vous l'abordez toujours de cette manière ?
- 2) Comment comptez-vous prendre en charge ce patient ?
 - a) Est-ce que vous connaissez d'autres ressources utiles dans la prise en charge l'obésité ?
 - b) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez à les mettre en place ?
- 3) Comment définissez-vous votre place dans la prise en charge de l'obésité ?
- 4) Quel sentiment avez-vous vis-à-vis de votre prise en charge ?
 - a) Dans quelle partie de la prise en charge, vous sentez-vous le plus à l'aise ?
 - b) En résumé, quelles difficultés rencontrez-vous avec les patients obèses ?
- 5) Qu'est-ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge de l'obésité ?

2^{ème} partie : Présentation du médecin généraliste

-sexe

-nombre d'années d'exercice et d'installation

-type d'activité : rural, semi-rural, urbain

-installation en cabinet de groupe ou seul

-formation en nutrition ou diététique

ANNEXE 3 : ENTRETIENS

Entretien 1 :

Racontez-moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de la prise en charge de l'obésité a été abordé.

Toutes mes consultations ou presque. Beaucoup de mes consultations.

Allez-y, racontez-moi une qui vous a marquée

Aucune ne me marque parce que c'est du quotidien pour moi. Donc pour moi c'est un épiphénomène. Je n'ai plus de patient... Je suis revenu un petit peu sur ma passion sur l'obésité qui m'avait intéressée. Je vous dis j'ai fait partie du REPPCO de 2007 à 2010 et je suis extrêmement déçu par la prise en charge. Donc voilà. Je n'ai pas de solution. Nous sommes dans l'état dans lequel nous étions au Moyen-Âge pour traiter la lèpre ou la tuberculose. Nous ne savons pas faire. Voilà. A part la chirurgie. Voilà. Maintenant c'est la sleeve qui est à la mode alors qu'avant c'était l'anneau. Yen aura sûrement une autre bientôt quand on se sera aperçu que la sleeve n'est pas efficace puisque mes parents sleeveés euh...mes patients sleeveés ont repris du poids. Donc voilà je n'ai pas de solution. Je suis sans solution. Donc je me consacre à autre chose. Mais la médecine générale a d'autres implications donc je peux me consacrer à autre chose. Mais ce fut ma passion à un moment. Pas ma passion mais mon intérêt important et ça ne l'est plus. Je vais essayer de voir quel patient a pu être abordé mais euh voilà. Je vais regarder 23/06 si cela veut bien rechercher. Alors ça c'est un patient qui a tellement d'autres soucis dans la vie que lui s'en fiche pas mal de son obésité. Il a 125 kilos pour 1 mètre 70 qui doit nous faire un IMC de.... Si peut faut que je rentre dans le dossier pour le savoir. J'ai voulu l'aborder mais il ne parle que d'autres choses. En général, ils parlent d'autres choses les patients. L'obésité ne les intéresse pas trop. Ils voudraient une solution miraculeuse. Voilà. 43.25 c'est pas mal comme IMC. Donc euh j'ai tendance à abandonner.

Donc vous avez des difficultés à abordé le sujet ?

Non, non, non ça ne m'intéresse plus.

Avec les patients je veux dire.

Ça ne m'intéresse plus. Donc je l'aborde comme le tabagisme, comme l'alcoolisme, comme toutes les dépendances. La dépendance à la bouffe est une dépendance comme une autre. Je m'occupe peut-être plus du diabète qui va apparaître, des troubles du syndrome métabolique qui montrent qu'ils ont une glycémie post-prandiale un peu basse. Je passe du temps à leur expliquer et ils me disent « ben je n'ai pas de diabète puisque j'ai un taux de sucre bas ». Oui ben oui voilà. Mais j'essaye de leur expliquer mais ils ne comprennent pas. Donc euh voilà ils veulent des solutions immédiates et voilà. Je suis déçu par toutes les prises en charge de l'obésité. La chirurgie je trouve que ce n'est pas un bon système. Euh.... Moi j'ai vécu tout ça de l'intérieur puisque je connais très très bien le problème. Plus que quiconque je crois puisque j'en ai faisais partie... et j'avais le point de vue des endocrinologues. Puisqu'on avait des endocrino avec nous qui ont d'ailleurs abandonné le REPPCO. Tiens comme c'est bizarre. Et puis le chirurgien monsieur ATROUS. Euh voilà... qui s'était investi là-dedans je ne sais pas pour quelle raison mais voilà. Je n'ai pas grand-chose à dire sur l'obésité. J'ai peur que votre interview soit peu rentable.

Donc du coup, ce patient vous ne comptez pas le prendre en charge par rapport à ça ?

Non il ne veut pas.

D'accord...

Je lui en reparlerai à chaque fois évidemment. Peut-être quand il sera débarrassé de ces problématiques extérieures (son divorce, sa retraite qui se passe mal). Voilà donc c'est pour eux un épiphénomène et ils ont réussi à me convaincre que pour moi cela en était un aussi. Euh voilà

Au niveau des ressources, vous avez parlé du REPPCO. Vous utilisiez quoi comme autre ressource à l'époque où ça vous intéressait un peu plus ?

A l'époque où ça m'intéressait, euh ben oui le REPPCO moi j'y avais cru. Avant je n'avais pas... euh voilà. On sent qu'il n'y a pas vraiment un intérêt médical pour ça. Le REPPCO c'est un truc un peu privé. On ne sait pas trop à quoi ça sert. On ne se sait pas trop qui... Enfin je sais à peu près qui le finance. Je sais comment ça se passe mais les résultats semblent absolument... Je me rappelle une patiente qui avait beaucoup maigri. En fait, elle avait une leucémie. C'était super efficace le REPPCO puisqu'elle avait une leucémie. Donc voilà ça avait été efficace c'est sûr. Donc ça doit marcher dans les statistiques positives. Mais tous les gens que j'ai rencontrés au REPPCO avaient des problématiques psychiatriques, psychologiques qui étaient hors de portée. Quelque chose qui était installée. La preuve : l'obésité s'était installée depuis des années et des années. Les hommes ils avaient une façon d'appréhender la bouffe qui était culturelle et sur lequel on avait absolument aucune action. Puisqu'ils voulaient maigrir mais sans renoncer à leurs fondamentaux de diététique. Les femmes s'étaient la plupart du temps des troubles psychiatriques. Psychiatriques hein... Je ne dis pas psychologiques. Psychiatriques... On prenait tout le monde parce qu'on recrutait tout le monde mais on était... Franchement j'ai arrêté au bout de 3 ans pour deux raisons. Parce que j'ai un collègue qui a pris sa retraite prématurée enfin pas retraite mais qui s'est arrêté de travailler donc j'ai eu un surcroît de clientèle comme beaucoup de médecins. Et puis aussi parce que j'étais en désaccord total avec mes camarades qui avaient l'air d'avoir une espèce de foi liée au corps qui n'était pas du tout... qui n'était pas de mise parce qu'il y avait un décalage entre les résultats et puis les moyens qu'on mettait.

Vous n'aviez pas de difficultés à mettre en place les ressources dont vous disposez ?

Non. Je sais ce qu'il faut faire mais ça ne marche pas. Vous allez sortir d'ici démoralisée.

Comment définissez-vous votre place dans la prise en charge de l'obésité ?

Nulle. Non c'est un pis-aller. C'est faux. Extrêmement modérée et très modeste comme la prise en charge de tous les autres acteurs qui croient qu'ils ont une action et qui n'en ont pas vraiment. Ce n'est pas parce qu'on enlève les deux tiers de l'estomac qu'on a une action sur l'obésité. On n'agit pas sur le noyau de l'obésité. On agit sur les conséquences de l'obésité. Les chirurgiens ne servent à rien non plus. On a plus d'estomac ben voilà. On ne peut plus absorber ben voilà c'est comme ça. Mais les patients trouvent des biais pour reprendre. J'ai un patient qui avait une grosse grosse obésité. Il s'appelle Mr L. Bruno. C'est un patient qui m'intéressait car il avait l'air plutôt accessible...

Sur ce sujet ?

Oui donc il a été au REPPCO comme tout le monde. Ce qui n'a évidemment servi à rien. Je n'envoie plus personne au REPPCO. C'est fini. Ce fût mes amis à un moment donné. Ce ne sont plus mes amis mais ce ne sont plus les mêmes. Alors donc il était vraiment très très costaud à ce moment-là. C'est euh... Alors est-ce qu'il a été opéré à ce moment-là ? Oui là il était traité en 2015-2016. Son poids maximum ça devait être 180 kg mais il est grand. Il mesure 1 mètre 80. Là on avait 154 kg mais il a fait plus en 2015. Donc il a eu une sleeve et il a perdu du poids. Mais régulièrement je le revois. 111 kg la dernière fois au mois d'août. Là je ne l'ai pas pesé mais il m'a dit qu'il avait... Ah si !! Il a peut-être perdu un petit peu de poids voilà 115 voilà. On est quand même encore dans le domaine de l'obésité. Donc franchement... Alors il n'a plus de diabète. Mais je suis sûr que dans 5 ans, il en aura de nouveau parce qu'il aura épuiser les ressources de son pancréas. Mais là je pense que voilà. Je vais regarder s'il est toujours obèse. Oui ! 34,64 donc ça n'a servi à rien. Il est toujours obèse dans la

définition de l'obésité. Donc ça n'a servi à rien. Même la chirurgie n'a servi à rien. D'autres questions ?

Oui. Quel sentiment avez-vous vis-à-vis de votre prise en charge ?

Ben je vous dis. Faudra pas me reposer les questions dans un sens et dans l'autre sinon je ne pourrais pas répondre. Faut pas que cela soit un questionnaire qui soit redondant. Attention. Euh je ne sais pas. Je n'ai pas de réponse à cette question. Je n'ai pas de sentiment. Voilà

D'accord. Alors il y a une partie où vous vous sentez le plus à l'aise ?

Je ne me sens jamais mal à l'aise. Je crois que le questionnaire vous pouvez mettre des croix sur les côtés négatifs. Et puis on va s'arrêter là. Non ce sera mieux. Vous irez voir quelqu'un qui y croit plus que moi. Ce sera peut-être mieux. Mais c'est intéressant de voir quelqu'un qui ne croit pas aussi.

Oui comme vous dites. Moi je suis là pour...

Oui mais il ne faut pas me reposer les questions 50 fois de la même façon hein. On va écouter notre conversation.

En résumé quelles difficultés vous rencontrez avec les patients obèses ? (La sonnerie du téléphone du médecin interrogé retentit)

Toutes les difficultés du monde.

Il répond à son appel.

Pardon.

Donc oui on parlait des difficultés que vous avez avec les patients obèses. Vous me disiez « toutes ». Est-ce que vous pouvez expliciter un peu ?

Je l'ai longuement explicité. Donc je ne peux pas en faire plus.

Est-ce qui a quelque chose qui pourrait vous aider dans la prise en charge ?

Rien. Nous sommes au Moyen-Âge de la prise en charge de l'obésité. Nous sommes au Moyen-Âge. Il faut l'admettre. Nous ne savons pas faire.

Donc on va arrêter là.

Oui ! Je vous remercie en tout cas de m'avoir reçu.

De rien.

Présentation du médecin :

-sexe : masculin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : 32 ans

-type d'activité : urbain

-installation cabinet de groupe ou seul : seul

-formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 2 :

Racontez une de vos dernières consultations au cours de laquelle la prise en charge de l'obésité a été abordée.

Hum faut que je réfléchisse...

Vous avez le temps...

Oui j'en ai une. J'en ai eu une. C'est l'obésité en général hein ?

Chez l'adulte.

Chez l'adulte ouais. Je ne l'ai pas vraiment abordée donc plutôt un truc où j'ai axé là-dessus ?

Pas forcément. C'est une consultation où le patient a un problème d'obésité et où le sujet a été abordé.

Donc c'est un nouveau patient du coup que j'ai vu, que je voyais pour la première fois. Donc il était avec une accompagnante puisqu'il était jeune. Quand je l'ai vu il avait 28 ans (il a mon âge). Il était accompagné car il a des troubles psychiatriques. Et donc un gros traitement au niveau psychiatrique. Du coup, il y a des neuroleptiques, des anxiolytiques. Il pèse 140 kg pour à peu près 1 mètre 60. Donc on a abordé un peu la problématique du poids sur la consultation. Après ce qui est compliqué du coup c'est qu'il a conscience qu'il est en obésité. Mais je pense que les troubles psychiatriques font qu'il a du mal à se contrôler quand il est chez lui. Lui il décrivait vraiment des... Enfin voilà, il mange tout le temps et beaucoup. C'est compulsif quoi. Donc l'accompagnatrice qui était là, je ne sais pas exactement quelle était sa place mais elle l'accompagne aussi dans les centres d'activités, les choses comme ça... Et elle rapportait la même chose quoi. Hum il mange vraiment beaucoup quoi. Donc il en souffre quand même de ce surpoids enfin de cette obésité. Donc on a abordé le sujet voilà. On a déjà dit que ce serait bien d'essayer d'éviter de grignoter toute la journée puisque lui c'est vraiment le cas. C'est qu'il mange tout le temps.

Et comment vous avez-abordé le sujet ?

Alors moi systématiquement, je fais toujours monter sur la balance avant de les faire passer sur la table d'examen. Donc en montant sur la balance on était à 140 kg. Je lui ai dit : « bon tu vois Mickaël ça fait beaucoup ». Et après on a attaqué la discussion là-dessus.

Donc ça c'est quelque chose que vous faites régulièrement ?

Le poids c'est à toutes mes consultations en fait.

Et au niveau de ce patient comment comptez-vous le prendre en charge ?

Alors pour le prendre en charge. Là j'ai plutôt..., vu que c'était le premier contact j'ai plutôt orienté sur la relation de confiance. C'est un patient qui peut avoir des accès d'énerverment aussi, qui peut être violent. Donc voilà je l'ai déjà alerté sur le poids. La prise de conscience je pense qu'il l'a quand même déjà. Et après là c'était plus de faire une alliance thérapeutique pour qu'après je puisse lui proposer de plus s'impliquer là-dessus, de travailler ben ça peut être sur le journal alimentaire des choses comme ça. C'est souvent ce que je fais en fait.

Quelles ressources vous utilisez actuellement ?

Voilà ben dans mon logiciel, j'ai une feuille que je sors. C'est un journal alimentaire. Donc c'est une grille vierge du lundi au dimanche. Et donc ça leur permet de remplir à chaque repas, ce qu'ils ont mangé, ce qu'ils ont bu. Je leur demande de faire cette feuille sur une semaine. Et la plupart du temps sur les prises en charge de l'obésité, je leur conseille (puisque je ne peux pas les obliger) ... Ben

je leur conseille de consulter avec ...On a une infirmière ASALEE ici. Donc voilà qui fait des consultations orientées là-dessus au niveau nutrition. Je leur demande de prendre rendez-vous avec l'infirmière ASALEE et de consulter avec le journal alimentaire fait. Donc elle reprend avec eux tous les repas sur la semaine. Et elle voit avec eux pour... Je trouve que c'est ce qui est bien. Elle va sur le drive de Leclerc et elle regarde les produits en fait avec les gens qu'ils ont l'habitude d'acheter et elle leur montre les étiquettes en fait des produits voir s'il y a beaucoup de glucides, s'il y a beaucoup de choses comme ça. C'est vrai qu'elle fait beaucoup de diabète donc elle a un peu ce réflexe-là. Donc après on commence à faire une prise en charge coordonnée tous les deux. Donc il a aussi un suivi que se fait de toute façon au niveau du poids.

Alors là vous avez parlé de l'infirmière ASALEE, est-ce qu'il y a d'autres ressources que vous utilisez ?

Alors oui, j'en ai envoyé quelques-uns sur le REPPCO, à Soyaux, centre de l'obésité. Je n'ai jamais visité le centre, mais bon au niveau de ce qu'il propose je trouve ça assez intéressant. Pour l'instant je n'ai qu'un patient qui a été jusqu'au REPPCO. Ça se passe bien, il a perdu du poids et il est mieux dans sa peau surtout. Sauf qu'au niveau du poids, il n'a pas forcément beaucoup perdu mais au niveau de l'acceptation de ce poids-là, il a vachement avancé. Donc ça s'est bien. J'utilise ça.

Après il y a aussi les consultations nutritionnistes à Limoges. Ça ça m'est arrivé d'en envoyer.

Après la chirurgie bariatrique, j'oriente rarement.

Voilà en ressources c'est principalement ce que j'utilise.

Est-ce que vous avez des difficultés à les mettre en place ?

Les ressources ?

Oui les ressources

Ben humm... pas spécialement. Après je propose, je vais toujours y penser ou régulièrement y penser. Après c'est plutôt... La difficulté peut plutôt venir quand on a la motivation du patient à vouloir s'occuper de ce problème-là quoi.

Comment définiriez-vous votre place dans la prise en charge de l'obésité ?

Je pense qu'on est primordial dans la prise en charge. C'est-à-dire qu'on va repérer les personnes à risque surtout dans l'enfance. Puisqu'on a la chance de les voir régulièrement pour les vaccins, les certificats et tout...Donc c'est souvent à ce moment-là que là moi par contre que je suis un peu plus incisif pour qu'ils en prennent conscience, qu'ils fassent quelque chose. Ben après chez les adultes c'est pareil de toute façon. C'est hyper important là-dessus. On les voit. Ils nous connaissent donc ils sont un peu plus en confiance aussi et on peut leur faire prendre conscience de la chose sans les brusquer sans se les mettre à dos quoi.

Quel sentiment avez-vous vis-à-vis de votre prise en charge ?

De ce que je fais ? Ben j'ai l'impression que c'est pas mal ce que je fais. Mais après voilà c'est toujours pareil. On va lancer des choses et des fois on aimerait que ça soit un peu plus productif quand même. Donc peut-être que je ne suis pas au maximum non plus de ce que je peux faire.

Quelle est la partie où vous êtes le plus à l'aise justement ?

Ben la partie diagnostique. Faire prendre conscience de tout ça. C'est vraiment là où je pense que je suis le plus à l'aise dans le repérage et dans les propositions que je peux leur faire. Après c'est peut-être dans le suivi que je ne suis pas assez bon puisque du coup au niveau des consultations je suis quand même un peu limité. Mais je n'ai peut-être pas assez tendance à les reprogrammer moi-même

genre à deux mois, trois mois juste pour le problème de l'obésité quoi. Après vu que je le fais en parallèle avec l'infirmière ASALEE, des fois c'est voilà...Je sais qu'ils la voient tous les mois. Donc j'ai tendance à pas forcément leur rajouter une autre couche et je préfère le faire quand je les revois à trois mois.

Alors vous m'avez parlé des difficultés liées par exemple à la motivation du patient. Quelles autres difficultés avez-vous avec les patients obèses ?

J'avais des difficultés j'en ai moins maintenant. Depuis systématiquement j'aborde leur historique sur les violences, en fait s'ils ont subi des violences dans l'enfance ou dans leur vie d'adulte quoi. Surtout avec les patients qui ont subi des chirurgies bariatriques. Je leur ai demandé maintenant tous systématiquement et en fait je me suis rendu compte qu'il y en avait beaucoup qui étaient dans ce cas-là. Et avant, j'avais du mal à poser la question. Maintenant j'y arrive un peu mieux mais ce n'est toujours pas facile à mettre sur la table.

Donc là c'est plus une difficulté par rapport à vous ?

Oui à moi de leur poser la question. Puisque finalement quand on pose la question, les gens répondent bien mais il faut poser la question.

Et pour finir, qu'est-ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge de l'obésité ?

Ce serait peut-être de pouvoir avoir des transports remboursés pour les patients quand ils vont aller au REPPCO. Ça fait loin en fait. Vu que c'est sur Soyaux. En ce moment j'ai un patient pour qui c'est un frein ça, de parcourir les kilomètres et tout. Pour emmener les enfants aux ateliers et les adultes aux ateliers ou en groupe de parole, les choses comme ça. J'ai l'impression que ça leur fait un peu loin. Ils peuvent pas faire des centres d'obésité partout mais au moins avoir ces transports-là qui soient remboursés ou à moindre frais. Ça pourrait être pas mal. Après, peut-être des outils pour les enfants. En fait des idées d'axes de travail. C'est-à-dire comment faire pour essayer de les aider à perdre du poids. Sinon moi j'avais fait une formation un peu là-dessus je me disais par exemple pour les enfants, on peut demander aux parents d'acheter une assiette adaptée à leur taille en fait. C'est-à-dire qu'ils ont une plus petite assiette donc ils ne mangent pas dans l'assiette des adultes puisqu'ils ont moins besoin de manger que leurs parents. Donc ça je le fais. Mais dans les choses assez concrètes, faciles à changer pour eux, c'est peut-être ça qui manque. Des pistes d'améliorations pour eux.

Voilà merci beaucoup.

Présentation du médecin :

-sexe : masculin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : 1 an et demi d'installation et 2 ans d'exercice

-type d'activité : rural

-installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe

-formation en diététique ou nutrition : non. La formation dont il parle lors de l'entretien est une FMC pour les médecins généralistes où il y a eu une présentation sur l'obésité chez l'enfant mais pas spécifiquement dédiée à cela.

Entretien 3 :

Racontez-moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle la prise en charge de l'obésité chez l'adulte a été abordée.

Il y a combien de temps ?

Comme vous voulez. Vous avez le temps de réfléchir. Ne vous inquiétez pas.

Il n'y a pas très longtemps. Je dirais il y a quelques jours. Ça devait être la semaine dernière. Oui je pense que c'était la semaine dernière. Le 29 août, oui c'est ça.

Qu'est-ce qui s'est passé au cours de cette consultation ?

En fait, c'est un thème que l'on aborde régulièrement avec ce monsieur donc il n'y a pas vraiment une obésité très importante voilà. Mais qu'est-ce qui s'est passé ? Rien de plus que chaque fois qu'on en parle : il me dit qu'il fait des efforts, qu'il fait attention à ce qu'il mange, qu'il a repris une petite activité physique régulière (il fait un peu de marche et il marche beaucoup à son travail) voilà. Mais les résultats sur la balance ne sont pas très probants. On va dire ça comme ça.

C'est vous qui avez abordé le sujet ou...

Oui en général c'est moi qui l'aborde, parce que ce monsieur a un diabète de type 2 connu depuis 2-3 ans. Et donc à chaque fois, je vois avec lui s'il fait attention, s'il entretient une activité physique régulière en dehors du travail. Et donc voilà s'il fait toujours attention à son alimentation. Je lui ai donné quelques conseils, savoir s'il les suit. Il me dit que oui mais voilà au niveau du poids ça n'a rien changé.

Vous l'abordez toujours de cette manière ? Via les complications ?

Pas trop, en ce qui concerne le diabète non. Je n'insiste pas sur les complications. En général, ils sont suivis par un cardiologue et par un ophtalmologiste. Donc voilà les complications il les connaissent. Puis je ne cherche pas trop à leur faire peur.

Non je parlais de l'obésité. Est-ce que vous l'abordez via les complications ?

Non

C'est quelque chose que vous abordez de façon un peu...

Non simplement voilà : voir quelle est leur hygiène de vie, comment ils s'alimentent et voilà. Ça tourne essentiellement autour de l'activité physique et de la diététique voilà.

Donc là pour ce patient, j'ai vu que vous avez mis en place des règles hygiéno-diététiques. Est-ce qu'il y a d'autres ressources que vous utilisez pour la prise en charge de l'obésité ?

Oui lorsque c'est possible et lorsque les gens ont les moyens et qu'il y a vraiment un problème de poids qui est important je conseille toujours une prise en charge par une diététicienne. Notre infirmière ASALEE ne revendique pas dans ses compétences. Elle n'est pas diététicienne. Elle le fait clairement comprendre. Quand les gens sont diabétiques, je lui envoie car elle est d'excellents conseils. Mais quand ils ne sont pas diabétiques, à priori ce n'est pas trop son registre. Donc à ce moment-là quand les gens ont les moyens puisque ça a un coût et qu'ils sont motivés, je leur conseille de rencontrer une diététicienne quand je suis en échec. Ce qui est le cas le plus souvent.

D'autres ressources à part, la diététicienne ?

En dehors du diabète non. Chez les diabétiques oui. Il y a souvent recours à un interniste ou un endocrinologue. Plutôt à un endocrinologue.

Vous n'avez pas de difficultés à mettre en place ces différentes ressources ?

Non. Après ce sont des suggestions. Pas pour l'endocrinologue mais pour la diététicienne, ce sont des suggestions. Après c'est suivi d'effets ou non.

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité ?

C'est principalement un rôle conseil. Voilà. C'est essentiellement un rôle conseil. C'est d'essayer de motiver en fait. Essayer de les motiver et leur donner quelques conseils. Mais ça ne marche pas le plus souvent. On a quelques situations où on a des résultats qui sont positifs mais le plus souvent c'est pas terrible quand même. Je crois que c'est un domaine où l'on est souvent en échec quand même. C'est mon sentiment.

Des difficultés par rapport aux patients ? par rapport à vous ? quelles sont vos difficultés face à un patient obèse ?

Mais je n'ai pas de difficultés. Mais voilà tout ce que je peux proposer est rarement suivi d'effets objectifs. Voilà c'est-à-dire qu'il y a un tas de gens chez qui on va donner des conseils et qui vont dire « Oui oui je fais tout à fait tout ce que vous me dites » et en fait, on peut se poser des questions, savoir si vraiment ils font...Les gens aiment bien la sauce, les plats en sauce. Ils aiment bien la charcuterie. Donc il y a des habitudes alimentaires qui sont extrêmement difficiles à changer.

Quel est votre sentiment par rapport à votre prise en charge ?

Mon sentiment ? Très clair d'être globalement peu voire très peu efficace.

J'ai cru comprendre qu'il y a des parties où vous vous sentez plus à l'aise. Conseiller des règles hygiéno-diététiques ça c'est quelque chose que vous maîtrisez. Y-a-t'il d'autres points dans lesquels vous vous sentez à l'aise dans la prise en charge de l'obésité ?

Je ne suis pas mal à l'aise. Je ne suis pas du tout mal à l'aise. Non pas du tout. Je rappelle, je rappelle. J'essaye d'assister les gens voilà. De les motiver, je crois que c'est surtout ça. Mais je n'ai pas de problème en fait. Mais je constate que souvent les résultats ne sont pas bons.

Plus liés à un problème de motivation du patient à priori ?

Oui il y a plein de choses. Il y a un tas de facteurs personnels, de facteurs de vie, d'habitudes, d'environnement de la part du patient qui font que voilà...

Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour vous aider à prendre en charge les patients obèses ?

Ce qui peut m'aider c'est : des soirées de formation continue sur ce thème avec des spécialistes, des diététiciennes. Ça ça peut me remotiver peut-être. Voilà me donner d'autres plans d'action, d'autres pistes voilà.

Autre chose ?

Non, non je pense que le fait d'en parler avec d'autres. En groupe de pairs des fois on aborde ces questions-là. Et puis sinon des réunions de FMC sur ce thème ça peut être intéressant oui.

D'accord. Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.

Je ne sais pas ce que vous allez tirer de ça.

On va réussir ne vous inquiétez pas.

Présentation du médecin :

- sexe : masculin
- nombre d'années d'exercice et d'installation : 34 ans
- type d'activité : urbain
- installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe
- formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 4 :

Racontez moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité a été abordé.

Là c'était surtout... ça devait être quand ? C'était fin de semaine dernière je pense quelque chose comme ça. C'est le retour des vacances. On a beaucoup abusé avec les copains, l'apéro, les cacahuètes, le gâteau apéro les choses comme ça. Donc quelques kilos supplémentaires et qu'est-ce qu'on en fait ? Et comment est-ce qu'on peut faire ? c'était principalement ça le sujet. Enfin le sujet... Il n'est même pas venu comme premier sujet de consultation mais en fin de consultation. Voilà comment est-ce qu'on pourrait faire pour perdre un petit peu de poids ? puisque voilà les kilos et compagnie... Donc on a recadré un peu les choses. On va voir ce que ça donne la prochaine fois hein. Mais souvent il y a une question mais les gens connaissent déjà la réponse de toute manière. Voilà. Les choses à manger, les choses à ne pas manger. Ils savent très bien ce qu'il faut faire. Des fois il faut recadrer un petit peu mais globalement les gens savent ce qu'il faut faire. Donc le recadrage il est vraiment assez facile la plupart du temps. Ce genre de consultation reste assez caricatural. Yen a quand même d'autres qui sont dans le même style. Et globalement, les gens savent ce qui faut faire donc on recadre. Surtout, l'objectif ce n'était pas forcément de refaire une leçon en disant ce qu'il faut manger et pas manger. Encore une fois, ils le savent. C'est surtout trouver la motivation, ce qui va leur faire le déclic pour arriver à lancer un petit peu tout ce qu'ils connaissent déjà. Donc ça va être la santé. Ça va être rentrer dans les vêtements. Ça va être le mariage. Ça va être pour les enfants, les petits-enfants. Et on va surtout s'axer sur la motivation pour mettre en place tout ce que les gens connaissent déjà de toute façon. Mais c'était ça... C'était surtout le retour de vacances. C'était surtout ça.

Donc là si je comprends c'est plus le patient qui a abordé le sujet ?

Oui c'est le patient qui a abordé le sujet.

Cela se passe-t-il des fois différemment ?

Ah oui ! Mais bien sûr, bien sûr ! Il va y avoir la personne qui a déjà fait tous ses régimes, qui a pris reperdu, repris, re-reperdu et ainsi de suite pour laquelle on va passer sur autre chose. Parce que tout a été testé : l'acupuncture, prise en charge diététicienne. Et donc là on va aller sur des prises en charge médicales : centre de l'obésité à Saint-Yrieix par exemple. Donc là, il y a toute une démarche un peu plus complexe, concrète à faire. Donc là il y a des antécédents, il y a un parcours déjà plus complexe. Et puis dans certains cas, c'est plus moi qui dérive sur le suivi des pathologies habituelles : le diabète principalement. « Où est-ce qu'on en est ? Vous avez un surpoids ? une obésité ? Qu'est-ce qu'on fait pour la prendre en charge ? ». Voilà ça c'est d'autres motifs.

Je vois que vous avez abordé le sujet des centres de l'obésité au niveau des ressources. Est-ce que vous en connaissez d'autres ?

Comment il s'appelle ? Manoir du Berry dans l'Indre mais je fonctionne très très peu avec eux. Il y a peut-être eu une personne tous les 3 ans, 4 ans peut-être que j'envoies là-bas. Mais c'est vraiment une envie personnelle mais c'est principalement centre de l'obésité. Je sais qu'il y a un autre en Charente peut-être vers Saint-Jean-d'Angély je crois mais je ne fonctionne pas avec eux. C'est plutôt Saint-Yrieix-La-Perche. J'ai l'habitude d'y envoyer 2-3 personnes par an. Voilà donc le retour est bon. Je continue sur ce qui marche.

Est-ce que vous avez des difficultés à mettre en place les ressources que vous utilisez ?

Non cela se fait assez facilement. Que ce soit sur le centre de l'obésité, on a un site internet qui est bien fait. On peut télécharger les formulaires qui est bien expliqué, ce qui est demandé : bilan cardiologique, le bilan psychologique, psychiatrique et le bilan biologique. Tout est bien expliqué.

Donc je leur remets toujours l'adresse du site pour qu'ils puissent consulter. Je leur explique toujours comment cela fonctionne par rapport à cette prise en charge, le suivi qu'ils vont avoir, l'évaluation initiale, la prise en charge qui est faite sur place, le temps d'hospitalisation et la prise en charge qui est faite après avec le suivi à distance, les consultations qui sont faites également. Quand il y a une prise en charge plutôt diététicienne, là je laisse les patients s'orienter eux-mêmes pour qu'ils choisissent la diététicienne qui est près de chez eux, avec qui cela va bien passer. Le bouche à oreille marche toujours là-dedans. Dans la prise en charge diététique, il y a toujours un rapport un peu psychologique qui est important pour qu'il y est une mise en confiance. Donc il a beaucoup de bouches à oreilles qui marchent. « Tiens, il y a lui qui est passé par untel, untel ça s'est bien passé... » On surfe là-dessus pour y aller. Après s'il y a une prise en charge plus poussée avec un nutritionniste à ce moment-là, moi je les aiguille sur Oradour avec Mme DUCHOQUET par exemple. Là où je veux une prise en charge médicale ambulatoire. Je m'oriente plus vers elle que vers une diététicienne. Voilà.

Comment définiriez-vous votre rôle dans la prise en charge de l'obésité ?

C'est pas un rôle majeur. C'est plus un rôle de conseil. Encore une fois, les gens savent bien ce qu'il faut faire et pas faire. Ils le savent de toute façon même si on peut toujours leur apprendre quelques petites choses mais globalement il savent. Donc je vais les guider un petit peu sur « Où est-ce qu'ils en sont de leur prise en charge ? Est-ce qu'ils en sont au début d'une quête d'amaigrissement ? Est-ce qu'ils ont déjà un parcours plus compliqué ? » Et c'est là où je vais leur parler des intervenants différents qu'ils connaissent ou pas : diététicienne, nutritionniste, prise en charge de l'obésité, prise en charge médicale, chirurgicale dans certains cas. Et en fonction de leur parcours, c'est moi qui vais les aiguiller. Les médias aident beaucoup là-dessus. Médias euh... les journaux, médias télévisés, le bouche à oreille. Déjà les gens savent la prise en charge médicale ou chirurgicale qui peut exister.

Quel sentiment avez-vous vis-à-vis de votre prise en charge ?

Peux toujours mieux faire. Peux toujours mieux faire. Par manque de temps, peut-être que je ne pousse pas jusqu'au bout. Ça c'est sûr. Mais comme il n'y a pas d'urgence à la minute, on peut toujours être amené à se revoir et peaufiner un petit peu plus à chaque fois pour revoir le degré de motivation, relancer la motivation là-dedans, refaire une enquête nutritionnelle éventuellement, une étude hebdomadaire sur ce qui est absorbé, l'exercice qu'il fait aussi bien entendu. Et puis voilà une relance. Mon rôle ça va être de faire une relance. Ça pourrait être plus peut-être plus régulier. C'est peut-être ça qui manque.

Dans quelle partie de la prise en charge de l'obésité, êtes-vous le plus à l'aise ?

Rien de particulier. On peut aborder tout. Euh prise en charge médicamenteuse, prise en charge d'hospitalisation. Non tout tout tout tout ! J'ai eu l'occasion de faire un DU de nutrition. Donc là j'étais un peu à jour là-dessus. Non je n'ai pas d'inquiétude particulière, de question particulière par rapport à ça.

En résumé, quelles difficultés avez-vous avec les patients obèses ?

D'établir peut-être un calendrier. Enfin un calendrier... un repas-type. Voilà peut-être ça où je laisserais plutôt les diététiciennes faire, le grammage vraiment. Moi je vais rester plutôt assez large. Mais leur donner typiquement le conseil c'est tant de grammes d'un truc, tant de grammes d'un truc. Là c'est je vais laisser un petit peu avec le diététicien. Voilà. C'est juste là-dessus qu'il faudrait que je revoie.

Donc là il s'agit plus d'une difficulté par rapport à vous c'est ça ?

Oui c'est ça. Plutôt technique. Plutôt concret : tant de grammes de pâtes, tant de ... Voilà

C'est plutôt là où je vais pêcher un petit peu. C'est pour ça que je mets toujours des nutritionnistes, diététiciens à côté.

Et avec les patients ?

Les patients en eux-mêmes. Non je n'ai pas de difficultés. Il y en a qui sont récalcitrants mais à ce moment-là, je fais mon boulot quand même de remettre une couche en disant : « et voilà ce qu'il faut faire, qu'est-ce qu'on pourrait améliorer ? Où est-ce qu'on en est un petit peu de la nutrition? ». Il y en a qui vont adhérer et il y en a qui ne vont pas adhérer. Ça va être plutôt ça la difficulté que je peux rencontrer. Après non...J'essaye d'avoir une approche un peu en douceur pour ne pas brusquer, pas braquer les gens parce que j'ai peur qu'il y ait un maque d'adhésion après par rapport à ce qui peut être mis en place. Donc j'essaye d'y aller en douceur et de m'adapter un petit peu à comment est-ce qu'ils ont à ce moment-là ? Voilà si je sens qu'ils accrochent, j'approfondis un petit peu. Si je sens que non ce n'est pas le moment et ben je mets une couche un petit peu plus tard.

Pour finir, qu'est-ce qui pourrait vous aider à mieux prendre en charge les patients obèses ?

Peut-être effectivement d'avoir... quelque chose qui serait bien... je ne sais pas si cela existe. C'est quelque chose de concret mais c'est vraiment au quotidien, c'est l'assiette-type qui pourrait être utilisée pour un type de patient qui voudraient faire un régime modérément hypocalorique, très hypocalorique. Avoir globalement un visuel de ce qu'on peut faire. On le présente. Mais : « Vous qu'est-ce que vous mangez par rapport à cette portion de pommes de terre ? » Parce que si je leur parle 20 grammes, 30 grammes, 50 grammes, ils ne savent pas ce que cela veut dire. Donc visuellement à quoi ça correspond : «Ce type d'assiette ? Ce volume plus grand ? ou encore cette assiette pleine ? » « Où est-ce que vous vous situez ? » Et ça permettra de mettre en lumière les points d'amélioration, de dire : « ok , je vois concrètement ce qu'il veut me dire si c'est cette petite portion, c'est tant de grammes de pommes de terre, tant de grammes de légumes. Et je sais à quoi cela correspond » Parce que des fois, on parle un petit peu dans le vide : « est-ce que vous mangez ? Une demi-assiette. Oui mais c'est quoi une demi-assiette ? Quelle portion de pâtes ? Euh je ne sais pas...le fond de la main. Oui mais ma main ? la vôtre ? De quoi on parle ? ». Peut-être qu'avec un visuel, ça serait pas mal. Alors sur tous les types d'aliments, les féculents, les produits laitiers peu importe mais avoir ce genre de visuel, ça pourrait peut-être aider.

Autre chose qui puisse vous aider ?

Je ne vois pas comme ça. Euh...Peut-être un discours qui permettrait que les gens avouent un peu plus ce qu'ils mangent. Mais ça je n'ai pas encore trouvé la recette pour ça. Après voilà dans ce que les gens disent il y a forcément..., il y a beaucoup de vrai mais des fois il y a un peu de cache. Hein voilà... On ne va pas forcément dire le petit carré de chocolat car il y a un peu de honte de la part des gens. Forcément, il y a un peu de cachoteries dans ce qu'ils avouent manger. C'est là où peut-être j'aimerais trouver le messages qu'il faut ou le bon moment pour exactement savoir ce qu'ils mangent. Et ce qui permettrait de mieux comprendre leur démarche dans l'amaigrissement, voir un petit peu jusqu'où je peux les pousser. Voilà globalement.

Merci de m'avoir reçu.

Présentation du médecin :

-sexe : masculin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : installation 5 ans, exercice 12 ans

-type d'activité : rural

-installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe

-formation en diététique ou nutrition : oui DU nutrition Limoges

Entretien 5 :

Racontez moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité a été abordé ?

Comme ça de but en blanc, je suis incapable de répondre à ça moi. Le sujet de l'obésité, je l'aborde presque systématiquement avec toutes les personnes dont j'estime qu'elles relèvent de ce problème-là. Donc euh.. Tout dépend après de la façon dont la personne adhère ou pas au discours. Parce que souvent elle l'a déjà entendu. Donc je n'ai pas de stratégie-type. C'est une adaptation à chaque situation psychologique etc.. Donc je suis bien en peine là de raconter à posteriori une consultation d'obésité car c'est très très fréquent en fait. Le sujet est rarement abordé de façon centrale. C'est souvent en périphérie d'une consultation sur des gens déjà pathologiques en général : diabétiques ou hypertendus voilà, quelquefois les gamins. Effectivement, on voit des gamins en situation d'obésité qu'on peut voir à l'occasion aussi d'autre chose. Assez rarement quand même en sujet premier de consultation.

D'accord...

Les gens, je ne pense pas. Les gens ne s'attendent pas d'ailleurs à obtenir une consultation utile à ce sujet-là de la part du généraliste. Moi je ne crois pas. Ils sont toujours un peu surpris. Ils sont un peu sur la défensive alors qu'on ne voudrait pas les y mettre. Voilà. Je ne sais pas...

Comment vous l'abordez quand vous abordez la question avec eux ?

Ben j'essaie de ne pas les braquer surtout parce que le sujet est quand même sensible. Le sujet est sensible et quand on braque un patient c'est fini après. Donc j'essaie de détendre un peu le sujet tout en leur faisant remarquer que c'est préjudiciable à leur bien-être en fait. J'essaie de leur faire remarquer que même si eux... Ils sont souvent en situation d'échec par définition vous voyez. C'est comme le fumeur. Il sait très bien que fumer, c'est pas bien quoi. Donc la personne c'est pour ça qu'elle n'est pas à l'aise. Elle a l'impression qu'on va révolutionner son mode de vie, qu'on l'accuse. Donc j'essaie d'éviter tous ces écueils de façon (sans jeu de mots) un peu légère je dirais. Mais après, une fois que le sujet est amorcé, moi je.. enfin je pense qu'on est souvent comme ça. On essaye vraiment de sensibiliser les gens au problème. Et c'est difficile je dirais de transformer l'essai quoi. Beaucoup beaucoup d'échecs et de temps en temps un succès.

Comment vous les prenez en charge habituellement ?

Ben j'essaie surtout de les amener à accepter l'idée qu'il va falloir qu'ils se prennent en charge de façon complexe et soutenue. Voilà c'est surtout ça. Une fois que... Alors j'oublie aussi les patient qui viennent avec un projet effectivement. De temps en temps il y en a qui viennent avec un projet... chirurgical hein... Ils veulent s'asseoir et ils veulent... ça. Ils ont pêché l'information quelque part. Donc c'est un accompagnement. Quand le sujet est un petit peu mûr comme ça, je me suis beaucoup servi du réseau. Et puis euh....

Qu'est-ce que vous entendez par réseau ?

Ben le réseau de l'obésité. C'est son nom : REPPCO. Il ne fonctionne plus d'ailleurs. Non je ne sais plus puisque je m'en sers moins là. Je ne sais plus pourquoi. Vous connaissez le REPPCO ? Hein ? Euh voilà moi je ne sais pas. S'il y avait une solution ça se verrait. C'est surtout qu'il faut que les gens soient d'accord pour se remettre à l'activité physique, se faire un peu violence au niveau alimentaire. Enfin violence... modifier leurs habitudes alimentaires quantitatives et d'équilibre aussi diététique etc., motivation à l'activité physique. On voit beaucoup de gens c'est trop tard quoi. Quand on voit quelqu'un de 50 ans qui a de l'arthrose partout qui fait 130 kilos, c'est foutu moi je dis.

Est-ce que vous avez des difficultés à mettre en place les réseaux comme vous dites ?

Non le réseau ça va. Après est-ce que c'est efficace ? je ne sais pas. Ils voient le psy, ils voient l'endocrino. Longtemps on leur a proposé la gastroplastie, enfin l'anneau. C'est une connerie ça.

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité ?

C'est un sujet euh... de dépit. C'est un grand sujet de dépit. Mais le rôle ? Le rôle c'est le même que tout le temps. Un rôle de sensibilisation, de soutien, de renseignements voilà. Je réponds aux questions. Je sensibilise comme toujours...

Quel est votre sentiment vis-à-vis de la prise en charge de l'obésité ?

Quelle est la question ? Je ne comprends pas la question.

Qu'est-ce que vous ressentez vis-à-vis de votre prise en charge ?

Mon vécu ?

Oui votre vécu. Ou ce que vous ressentez. Si vous deviez juger votre prise en charge, qu'est-ce vous éprouvez face à ça ?

Ce que je ressens ? Mon feeling ?

Oui voilà votre feeling.

Je l'ai dit: du dépit. Comme souvent en médecine générale ou non. Le dépit c'est le démon comme dans tous les métiers où sans foi dans les métiers on remet sa tâche c'est ça. Je ne sais plus quelle est la... On répète toujours la même chose, toujours. Alors on peut se demander si on parle bien quand on répète toujours la même chose. Mais... Voilà beaucoup de dépit. Beaucoup de dépit puisque tout le système, peut-être toute la société qui ... On voit bien que comme partout dans le monde entier, l'excès de poids gagne. Donc du dépit.

Quelle est la partie dans la prise en charge où vous vous sentez le plus à l'aise ?

De parler aux gens moi je me sens très bien.

En résumé quelles sont vos difficultés avec les patients obèses ? J'ai vu que vous avez parlé des patients. Est-ce qu'il y a d'autres difficultés que vous éprouvez avec eux ?

Ben c'est-à-dire que l'obésité, il y a encore peut-être des travaux à faire dessus quand même. L'obésité est-ce qu'il faut la voir comme une maladie ? comme un trouble mental ? Voilà je ne sais pas moi. Ma difficulté, elle est là pourquoi les gens se rendent malades ? pourquoi ils s'infligent ça ? Pourquoi ils s'infligent ça ?

Ben je n'ai pas la réponse moi.

Voilà. C'est vrai que c'est difficile. Voilà, est-ce qu'on est tous égaux par rapport à ça ? A l'évidence non. On est égaux devant rien donc pourquoi devant ça. Mais quand même quoi ! Quelle est la perception que les gens se font du problème ? Je pense que la perception qu'ils se font du problème, elle ne correspond certainement pas à la hauteur des enjeux. Difficulté ? Ben on a pas de médicaments. On est plus à l'aise quand on prescrit. Voilà si c'est un streptocoque, je prescris amoxicilline. Je sais que je vais gagner. Là les stratégies complexes à mettre en œuvre où l'on doit modifier quand même quelque part le comportement d'un être humain libre de comportement qui ne va pas forcément être problème ou incomplètement en tout cas. On peut partir sur des grands trucs.

Qu'est-ce qui pourrait vous aider ? qu'est-ce qu'on pourrait m'être en place pour vous aider à les prendre en charge ?

Pour moi, je pense que c'est l'éducation. L'éducation à la santé, à l'école, à la télé. Voilà je pense qu'il faut vraiment agir hyper en amont parce que... Ou alors des stages de survie obligatoires. Mais ça c'est un fantasme de médecin. Trois semaines voilà tu as une lance, un arc et tu te débrouilles. Je leur ai dis autrefois, on pourchassait les antilopes avec une lance. Il y avait moins d'obèses. Voilà

Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.

Je vous en prie.

Présentation du médecin :

-sexe : masculin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : 31 ans

-type d'activité : urbain

-installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe

-formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 6 :

Racontez-moi une vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité a été abordé.

Euh... La dernière, dernière c'est la semaine dernière. C'est une patiente. Une grosse obèse qui a été opérée en 2014, qui initialement faisait 280 kilos voilà avec tous les problèmes à côté. C'est une dame qui vivait seule donc il a fallu réagir dans l'urgence, il a fallu l'hospitaliser. Donc on a mobilisé toute une équipe puisqu'en fin de compte c'est une dame qu'on ne pouvait même plus sortir de sa chambre. Alors, dans l'absolu, au départ je ne rappelle même plus le motif de l'hospitalisation. Donc ouais, ça a été le point de départ d'une prise en charge radicale de son obésité. C'est là où je me suis rendu compte que le transport des obèses, des gros obèses c'était une grosse problématique. Puisqu'on n'avait pas d'ambulance bariatrique dans le département. J'ai fait appel aux services administratifs : préfecture. « Comment je fais ? J'ai une dame de 280 kilos à évacuer comment je fais ? ». Les ambulances ne pouvaient pas venir. Donc à un moment il a été question de faire venir les militaires. Et finalement, on a réussi à trouver une ambulance qui était dans les Deux-Sèvres qui est venue la prendre en charge. Voilà. Et après tout s'est enchaîné. Donc cette dame, elle a été opérée. En 2014, elle a eu une sleeve gastrectomie. Donc là elle pèse actuellement 110 kilos. Mais on a toute la problématique derrière puisqu'en fin de compte c'est une dame qui a des gros problèmes osseux, scoliose, tassements vertébraux multiples. Voilà, elle est quasiment alitée en permanence. Elle accumule les soucis liés à la grosse obésité voilà. Donc c'est une dame que je vois très souvent. Donc on est un peu dans l'extrême mais la dernière c'est elle c'était la semaine dernière vendredi.

Au final, le sujet de l'obésité a été abordée par rapport à la complication qu'elle a fait à ce moment-là ?

Oui alors en l'occurrence...Que je retrouve ça. Tu veux dire la prise en charge de son obésité ?

Oui voilà le sujet.

Ça a été à l'occasion d'une complication parce qu'avant c'était une dame qui vivait un peu recluse dans sa chambre qui refusait toutes sortes de prise en charge. Elle était diabétique mais voilà elle refusait tout malgré toutes les interventions. C'est une dame qui vivait sa grosse obésité de manière... Elle ne voulait rien, elle ne voulait pas que l'on s'occupe d'elle. Je suis en train de chercher d'ailleurs pourquoi je l'ai hospitalisée au départ. Euh en mai 2013 c'est ça...insuffisance rénale ? Poussée d'insuffisance cardiaque c'est ça. C'était à l'occasion d'une décompensation cardiaque, on était obligé de l'hospitaliser.

Comment est-ce que vous abordez le sujet en consultation.

C'est assez compliqué puisque ce n'est pas forcément le motif de la consultation. C'est souvent abordé dans une autre démarche. Chez les enfants, c'est souvent les aptitudes sportives, les vaccinations. Après chez les adultes là c'est plus des fois un motif de consultation. Moi j'ai une clientèle de chronique donc je fais beaucoup de renouvellement et donc c'est vrai que le surpoids et l'obésité souvent font partie du tableau clinique, enfin de l'examen clinique classique des gens polyopathologiques. Ils sont obèses mais ils ne viennent aussi... ce n'est pas forcément l'obésité qui les amène chez moi. C'est souvent le renouvellement de leur traitement, le diabète... De temps en temps, on a des gens qui effectivement font la démarche de vouloir perdre du poids mais...

Comment vous les prenez en charge ces personnes-là ?

Alors ça dépend parce qu'il y a ceux qui sont demandeurs et ceux qui ne sont pas demandeurs. Hein ?

Oui je suis tout à fait d'accord.

Il y a certains obèses qui ne voient pas du coup pourquoi ils maigriraient. Ben tu vois voilà maintenant ça me revient à l'esprit, ce matin j'ai vu un monsieur de 135 kilos. On en parle à tous ses renouvellements puisqu'il est jeune. Quel âge il a ? 49 ans hein ? Il a une cardiopathie dilatée. Il a fait des embolies pulmonaires et il fait 135 kilos mais quand tu abordes... Lui n'aborde pas le sujet. Effectivement le docteur « bade », on le sensibilise. On l'a mis en consultation avec l'infirmière ASALEE. On essaye de le sensibiliser à son poids mais il ne veut pas. Donc c'est compliqué après de se substituer aux gens. Après dans la démarche quand cela vient de la part des patients « voilà je voudrais perdre du poids. Je ne me sens pas bien. », on fait le point avec eux. On a la chance ici d'avoir une diététicienne donc déjà on fait un petit bilan, une petite enquête alimentaire un petit peu. Les gens ne sont pas forcément persuadés que l'erreur elle vient d'eux. Souvent la démarche c'est qu'ils veulent quelque chose pour les aider ou ils veulent ... Ils n'ont pas souvent l'impression que le problème vient enfin... avant tout de leur comportement même s'il n'y a pas que ça.

Quelles ressources vous utilisez alors pour les aider ?

Nous, on a la chance ici d'avoir une diététicienne qui est là deux demi-journées. Donc c'est vrai que c'est facile, elle est au bout du couloir. On prend rendez-vous. On a l'infirmière ASALEE qui est là 3 jours par semaine donc c'est bien de qu'elle nous fasse un petit bilan. Le gros problème tu l'as compris, je te l'ai dit tout-à-l'heure c'est qu'en fait on est hyper-sollicité. Avoir des consultations approfondies c'est compliqué. C'est compliqué de dire à quelqu'un je vais vous voir une demi-heure vois trois quarts d'heure, on va faire une belle enquête, on va... Donc on délègue un petit peu. Bon après, on fait le tour des autres complications, les biologies. Après on voit toutes les autres pathologies associées : le diabète, au point de vue cardiaque ou encore articulaire. On essaye de faire un tour global du problème. Et après qu'est-ce qu'on en fait c'est ça ?

Quelles difficultés vous avez à utiliser ces ressources ?

Je crois qu'on l'a déjà dit. La première difficulté c'est la compliance du patient c'est-à-dire au départ c'est la prise de conscience. D'abord c'est la prise de conscience qu'ils sont hors de la norme et qu'il faut réagir. C'est la première difficulté. Après une fois qu'on a l'aval du patient, qu'il a bien compris le problème on n'a pas trop de difficultés dans le bilan, dans le début de prise en charge... dans la prise en charge qu'elle soit diététique ou après plus ou moins médicale ou chirurgicale. Je veux dire si on est en phase avec le patient cela se passe relativement facilement. Après si le patient n'est pas convaincu du bien-fondé de maigrir, je joue de la mandoline... Je répète la même chose tous les 2 ou 3 mois. Voilà on constate, on rabâche. Après oui la difficulté c'est la compliance et la prise en charge du patient, qu'il faut faire quelque chose. Puis après c'est tout ce qui va être observance du traitement, diététique. C'est compliqué de... Je le vois bien ici, on a des phases où tout va bien et puis à un moment donné, ils craquent. On repart. C'est vrai de c'est difficile de stabiliser un obèse enfin... quand on est dans des obésités comme ça. Moi je vois j'ai beaucoup de gens qui font plus de 130-140 kilos. C'est très difficile. Je veux dire les faire maigrir au départ ça semble abordable mais les garder c'est compliqué.

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité ?

Dans la prise en charge ?

Oui.

C'est le... Je veux dire nous on est le... On prend ça en frontal. Donc il faut... J'ai envie de dire je suis plus... Dans la prise en charge, je suis plus un pivot c'est-à-dire que les gens demandent quelque chose et ils ne savent pas parfois vers qui se retourner donc ils nous en parlent en premier. Parce que voilà, ils nous soumettent un problème et après nous on les oriente. On va les orienter vers la

diététicienne ou d'emblée vers le spécialiste. La demande peut être directement chirurgicale hein ? Les gens peuvent dire « voilà je veux maigrir et je veux aller voir un chirurgien et je veux une chirurgie ». Donc après j'ai plus l'impression d'être dans la prise en charge de l'obésité, d'être un pivot en fait. Les gens posent un problème sur la table et disent « qu'est-ce que je fais ? ou je vais ? »

Quel serait votre sentiment vis-à-vis de votre prise en charge ?

Moi. Je dois dire globalement insuffisante parce que comme beaucoup beaucoup de problèmes qui ne sont pas on va dire... On n'est pas confronté à l'urgence directe. C'est-à-dire quand tu as l'impression d'un danger menaçant, immédiat en fait tu as la réponse immédiate. En fait quand tu vois ton obèse depuis 6 mois, 1 an, tu sais qu'il faut faire quelque chose mais souvent tu n'as pas le temps forcément de t'intéresser aux racines du problème, à l'écouter, à essayer de le comprendre. Oui globalement ma prise en charge, elle est globalement insuffisante parce que je n'ai pas le temps. Je n'ai pas le temps d'avoir une belle consultation. C'est pour ça que je délègue parce que je sais que l'infirmière, elle prend les gens une heure. Donc c'est du luxe d'avoir quelqu'un qui peut faire un peu le boulot à ta place. Après tu as le compte-rendu de la consultation, de la diététicienne aussi c'est pour ça qu'on délègue. Oui au niveau médecine générale, la prise en charge, elle est insuffisante.

Dans quelle partie de cette prise en charge vous sentez-vous le plus à l'aise ?

En fait, où je suis le plus à l'aise c'est quand le patient est demandeur, quand il demande à l'aide. En fait quand il ne demande pas... Dans le rôle de celui qui doit convaincre, je suis beaucoup moins à l'aise parce qu'en fait c'est une espèce de travail répétitif qui est lassant pour lui, qui est lassant pour moi. J'ai des obèses avec lesquels, globalement tu baisses un peu les bras puisque quoique tu fasses tu n'y arrives pas. Et en fait devant toi, tu n'as pas quelqu'un qui va te dire « Docteur, faut m'aider ! » Donc s'il ne demande pas ben voilà tu prends ses mesures tu pèses, tu constates voilà. On va dire tu es dans une situation de constat en fait. Alors que quand quelqu'un est demandeur là tu te mets une petite note « appeler machin, appeler bidule, prendre rendez-vous ici ». Donc tu t'investis davantage. C'est vrai. Moi je suis plus à l'aise quand il y a une demande derrière parce qu'en fait les gens attendant quelque chose de moi. S'ils n'attendent pas quelque chose de moi, c'est compliqué de leur imposer.

Alors au niveau des difficultés, vous m'avez parlé donc du manque de motivation des patients et de votre manque de temps à vous aussi. Est-ce qu'il y a d'autres difficultés qui vous viennent à l'esprit ?

Non dans l'exercice quotidien c'est les deux oui. C'est ça. Mais j'ai envie de dire ce n'est pas propre non plus à ... on parle de l'obésité mais ce n'est pas propre à l'obésité. Il y a d'autres cas. Tu fais de la médecine générale tu sais bien aussi que quand tu as des gens, des dépressions, des choses comme ça, tu ressens cruellement le manque de temps. Tu sais que tu es au quart d'heure. Tu sais que... Des fois c'est déprimant de ne pas pouvoir t'investir davantage. Ou alors tu reviens sur ton jour de repos... Mais oui pour moi la grosse difficulté c'est ça. Dans la médecine quotidienne généraliste, c'est ça, c'est la sensation d'agir, d'être limité dans le temps. Voilà. Et bien sûr la motivation du patient. Ça c'est clair c'est une grosse difficulté.

Pour finir, qu'est-ce qui pourrait vous aider dans votre prise en charge ?

De l'obèse ?

Oui.

Alors, on va se répéter. C'est pouvoir leur consacrer un peu plus de temps. Certainement pouvoir acquérir davantage de... Tu sais les connaissances en diet et tout, on reste sur des choses assez classiques et rudimentaires donc on ne sait pas tout. On n'est pas toujours à l'aise sur l'établissement

d'un régime, d'un suivi. Voilà peut-être aussi une remise en cause de moi-même sur mes compétences et mes connaissances en métabolisme, diététique. Ça me paraît indispensable aussi.

Voilà, merci de votre aide.

Présentation du médecin :

-sexe : masculin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : 31 ans

-type d'activité : rural

-installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe

-formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 7 :

Racontez moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité chez l'adulte a été abordé.

Alors la première qui me vient à l'esprit c'est une dame (je ne sais pas si cela peut rentrer dans le cadre de la thèse). C'est une dame qui a été opérée il y a deux ans par un by-pass donc pour un problème d'obésité. Et qui venait parce qu'elle ne supportait pas son état clinique depuis l'intervention en fait. Est-ce que cela peut rentrer ou il faut que ce soit quelqu'un qui ne soit pas opéré ?

Non pas forcément. A l'époque comment aviez-vous abordé le sujet avec elle ?

En fait, c'est elle qui est venue me voir spontanément car elle vient d'arriver dans la région. Elle a été opérée sur Brive et donc en fait elle était désespérément à la recherche de quelqu'un qui pouvait la prendre en charge au niveau avis chirurgical pour toutes ses sensations de malaises, de diarrhée permanente, de sensations de reflux etc... Et en fait aucun chirurgien spontanément n'avait voulu la recevoir puisqu'elle n'avait pas de courrier de médecin traitant et en plus, ils avaient tous dit qu'ils n'étaient pas compétents pour passer derrière un confrère.

D'accord donc finalement vous avez pris la suite de la prise en charge mais pas le début puisqu'elle avait déjà été opérée ?

Sauf que du coup, son IMC n'était pas encore satisfaisant deux ans après le by-pass. C'est pour cela car c'était toujours une personne obèse au moment où je l'ai vu en fait. Voilà maintenant si c'est un peu trop compliqué, on passe à quelqu'un d'autre et je refouille dans ma mémoire.

Si vous voulez, on peut essayer quelqu'un d'autre ce sera peut-être plus simple.

Alors est-ce que c'est quelqu'un d'obèse qui est venu parler de son obésité ou est-ce que c'est quelqu'un d'obèse qui est venu pour autre chose ? Est-ce que ça peut être une consultation au cours de laquelle l'obésité n'a pas été abordée ?

Peu importe mais le sujet de l'obésité doit avoir été abordé au cours de la consultation. Après c'est pas grave, on peut rester sur l'autre dame.

Non, non non, je suis en train de penser à une consultation. Par contre j'ai besoin de revoir un peu la personne exactement mais...Ca y est ! J'ai une dame qui est venue parce qu'elle perdait ses cheveux par poignées. Elle m'a emmené d'ailleurs dans un sac les cheveux qu'elle avait perdu le matin sous la douche. Et en fait elle me disait qu'elle avait également un problème de prise de poids et que effectivement son IMC montrait qu'elle était obèse. Donc elle venait pour faire un peu le bilan de tout ça.

Finalement c'est elle qui a abordé le sujet ?

Oui en même temps que sa perte de cheveux. On a fait le tour un petit peu de tous les symptômes qu'elle avait et elle avait une envie aussi de signaler sa prise de poids relativement importante sur une durée qui remontait à peu près à douze mois.

Cela se passe toujours de cette manière ?

Alors spontanément c'est pas un sujet sur lequel moi je vais orienter mes patients. C'est-à-dire qu'un patient qui est visiblement obèse, je ne vais pas forcément orienter la conversation là-dessus. Voilà donc effectivement si la personne ne vient pas en parler d'elle-même, cela ne va pas être forcément le sujet de la consultation.

La dame dont vous venez de parler, comment vous comptez la prendre en charge ?

Alors la première partie est relativement simple puisqu'elle présente quand même des symptômes qui font évoquer éventuellement des troubles endocriniens donc la première partie de la prise en charge c'était de faire un bilan sanguin. Donc il a été prescrit tout récemment. Je n'ai pas les résultats encore et je ne vais pas tarder à revoir la patiente.

Quelles ressources mettez-vous en place chez les patients obèses habituellement ?

J'ai des patients obèses qui ont tendance à...enfin pas tendance mais qui souhaitent une prise en charge. J'ai tendance à les orienter vers le REPPCO puisqu'on a cette possibilité-là. Donc ça c'est ma ressource principale. Les ressources annexes pour les patients qui ne souhaitent pas être pris en charge par le REPPCO, j'ai quand même comme aide aussi une infirmière ASALEE dans mon cabinet. Donc c'est une source d'orientation aussi rapidement donnée pour un complément de prise en charge. Euh... Là comme ça c'est pas mal.

Quelles difficultés avez-vous à utiliser ces ressources ?

Pas de difficulté particulière si ce n'est que une fois que c'est mis en place, on a des patients qui pour diverses raisons cessent leur suivi via le REPPCO.

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité ?

C'est pas un sujet avec lequel je suis très à l'aise. Je ne me sens pas très bien formé, pas très motivé non plus. Parce qu'à mon avis ça va être extrêmement compliqué d'aboutir à un résultat autre que par des chirurgies pour lesquelles spontanément je n'ai pas un avis très favorable on va dire. Donc c'est vrai que ce n'est pas un motif de consultation qui me branche beaucoup. Donc l'intérêt du REPPCO pour moi, il y en a plusieurs. D'abord cela me permet de me décharger de la prise en charge et ensuite il y a une prise en charge psychologique qui est incluse dans le pack on va dire. Et c'est souvent pour cet aspect-là que je préfère passer par ce réseau.

Quel serait votre sentiment par rapport à votre prise en charge ?

Pas très bon, sentiment où je me sens un peu dans l'échec d'avance donc du coup pas très motivé. Pour être clair j'ai un peu le même sentiment pour les prises en charge des addictologies de drogue avec des expériences un peu négatives. Et voilà, on dit qu'il faut apprendre à travailler dans l'échec mais j'ai horreur de travailler dans l'échec. Donc c'est vrai que j'ai du mal à me motiver pour ça.

Dans quelle partie de la prise en charge êtes-vous à l'aise ?

Alors je fais de l'hypnose depuis 2 ans et demi à peu près. J'ai dans mes bagages une thérapie cognitivo-comportementale pour la perte de poids. Je ne parle pas de l'obésité mais je parle de la perte de poids en me servant de l'hypnose comme outil pour aider les gens à se persuader qu'ils peuvent avoir un comportement alimentaire différent. Ça c'est une partie sur laquelle je peux me sentir à l'aise. Après cela sous-entend des séances d'hypnose. Et du coup c'est souvent une population qui va avoir du mal à gérer des choses pas remboursées par la Sécu.

En résumé, quelles seraient vos difficultés avec les patients obèses ?

Ma plus grosse difficulté c'est que je vois les patients obèses comme étant des patients qui sont en échec de prise en charge à l'avance. Si je dis ça c'est parce qu'en hypnose, j'ai l'attitude complètement inverse c'est-à-dire que je donne par avance au patient toutes les possibilités qu'ils puissent mobiliser leurs ressources pour réussir cette épreuve, ce qu'ils veulent. Et dans l'obésité, je n'ai pas l'impression que ce soit le cas.

D'autres difficultés ?

Oui je pense que l'obésité est quand même multifactorielle. Et dans la population que je soigne, il y a beaucoup de patients qui sont à un niveau social on va dire pas très haut et je pense que quand on demande à ces gens de modifier leurs habitudes alimentaires, c'est extrêmement compliqué. Parce qu'on a beau leur dire que c'est moins bien de manger des saucisses que de manger du poisson, spontanément pour eux et pour un tas de raisons, ça leur paraît revenir moins cher et être plus rapide de manger des saucisses et pas prendre le poisson. C'est compliqué ça.

Au final, qu'est-ce qui pourrait vous aider dans votre prise en charge de l'obésité ?

Probablement faire une formation. Mais franchement là tout de suite, je ne sais pas si j'ai envie d'être aidé puisque je ne sais pas si j'ai envie de faire plus que ce que je fais. Voilà j'ai ce sentiment un peu facile certes mais j'ai ce sentiment qu'en les adressant pour leur prise en charge dans un réseau qui est spécialisé j'ai rempli mon rôle d'orientateur de la santé pour mon patient en particulier et santé publique en général. Ça me satisfait pas mal ça.

Merci beaucoup.

Présentation du médecin :

- sexe : masculin
- nombre d'années d'exercice et d'installation : 22 ans
- type d'activité : rural
- installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe
- formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 8 :

Racontez moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité chez l'adulte a été abordé.

Donc il faut que je raconte une vraie consultation, que je me souviens d'une vraie consultation ou d'une consultation comment je ferais pour consulter ?

En théorie, une vraie consultation.

Une vraie consultation ? Alors c'est l'obésité que de l'adulte ?

Oui.

J'ai eu un enfant ce matin mais.. Sujet difficile. Alors ben, les gens ne consultent pas forcément pour leur obésité donc il faut aborder le sujet soi-même ce qui n'est pas toujours très bien pris. C'est un peu difficile comme question car il faut que je réfléchisse à une consultation que j'ai eue. Alors j'ai une consultation il y a peu de temps, une dame qui se plaint d'avoir beaucoup de bouffées de chaleur, qui a un indice de masse corporelle à 46, qui est donc dans la demande d'exams beaucoup parce qu'elle veut une autre raison à ses bouffées de chaleur que son surpoids. Donc ça c'est un peu compliqué. Je dirais que c'est une consultation où je n'ai pas abordé d'emblée l'obésité parce que je sais que c'est une dame qui est très mal à l'aise avec son obésité et qui a essayé tout plein de « régimes » pour maigrir et qui n'y arrive pas bien sûr. Enfin qui y arrive d'ailleurs si elle y arrive mais ça ne dure qu'un temps. Et donc quoi dire ? J'ai fait la consultation. J'ai répondu un peu à ses attentes en lui proposant d'aller voir un endocrinologue. Et à la fin, je lui ai fait quand même remarqué que son indice de masse corporelle était trop important et qu'il fallait prendre en charge ce problème-là. Après, vous voudriez une consultation où le patient consulte pour son obésité ?

Pas forcément. C'est très bien ce que vous avez dit. Donc vous disiez que pour la plupart du temps c'est vous qui abordez le sujet ?

Oui parce que c'est un sujet que je sais que les obèses n'aiment pas aborder. Parce que c'est une plaie dans leur vie souvent. Donc souvent oui on essaye de les orienter surtout quand ils ont des symptômes qui sont liés à leur obésité : douleurs, des essoufflements voilà... s'ils viennent pour ces symptômes-là. Ce n'est pas un sujet que l'on aborde à chaque fois les pauvres parce qu'ils n'ont pas envie d'entendre toujours qu'ils sont gros.

Comment comptez-vous prendre en charge cette patiente par rapport à son obésité ?

Alors nous, nous avons des infirmières ASALEE qui travaillent avec nous. Donc je ne sais pas si vous connaissez ? oui ? Vous connaissez ASALEE donc ça va. Donc souvent je leur propose dans un premier temps d'aller voir les infirmières pour essayer de faire le point sur leur alimentation et ce qu'elle peuvent faire pour perdre un peu de poids. Et ce qu'elles peuvent parce que c'est des femmes mais ça peut être des hommes aussi bien sûr. Les hommes sont moins concernés par leur poids que les femmes. Disons que ça les gêne moins parce que dans la société c'est mieux accepté un homme gros qu'une femme grosse. Et sinon, quoi dire de plus ? Je ne sais plus ce que j'étais en train de dire.

Vous parliez des infirmières ASALEE.

Souvent, il arrive que...enfin... D'abord aller voir un diététicien c'est payant et cher. Donc ce n'est pas toujours facile pour tout le monde. Il y a des gens qui n'ont pas beaucoup d'argent et qui ne sont pas toujours prêt à faire des efforts de ce côté-là. Les infirmières ASALEE ce sont des consultations gratuites donc ça déjà ils le prennent bien. Et puis ça ne marche pas trop mal parce qu'on est d'accord avec nos infirmières. On est à peu près d'accord sur ce qu'il faut faire. Après voilà ça marche

souvent pour au moins les premiers kilos mais après c'est pas forcément facile de continuer à perdre du poids hein ? C'est pas facile.

Quelles ressources utilisez-vous à part l'infirmière ASALEE ?

Alors ici sinon, on a le REPPCO. Donc ça c'est pour les surpoids majeurs, les IMC supérieurs à 30 avec risque cardiovasculaires etc... Donc le REPPCO c'est... Vous connaissez ça ? c'est une association aussi. Le REPPCO, ils prennent en charge les patients sur le plan psychologique, la marche... enfin il y a des groupes de marche. Nos infirmières ASALEE aussi font des groupes de marche d'ailleurs pour eux, pas forcément pour l'obésité mais pour toute pathologie qui nécessite une remise en forme. Puis après, on a les diététiciennes des fois. Des fois, il y en a qui sont d'accord pour aller voir la diététicienne. Voilà alors la diététicienne, je m'en méfie un peu parce que j'aime bien savoir ce qu'elle propose voilà. Il y a certaines qui sont quand même toujours sur des régimes hyperprotidiques, des trucs que j'aime pas trop quoi... Donc s'ils vont chez la diététicienne, je leur demande de me faire un rapport après. Je vérifie si je suis d'accord ou pas.

Est-ce que vous avez des difficultés à mettre en place ces ressources ?

Alors les infirmières ASALEE, la seule difficulté viendrait du patient je dirais qu'ils n'ont pas toujours envie. Après le REPPCO c'est des gens qui sont demandeurs en général qui vont au REPPCO. Comme ils en ont déjà entendu parler donc c'est plutôt eux qui demandent. Et puis les diététiciennes, il y a le facteur non remboursement qui est un facteur freinateur certainement. Mais bon de toute façon c'est toujours difficile parce que les obèses, ils ont un vécu d'obésité depuis très longtemps avec des échecs très nombreux derrière eux. Donc c'est toujours compliqué bien sûr. Parce qu'en fait c'est toute l'alimentation qu'il faut changer. C'est tout le mode vie qu'il faut changer en fait mais de façon pérenne et c'est ça qui est compliqué.

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité ?

Ben je dirais que je suis peut-être un...rôle... Déjà je suis peut-être la personne qui va en parler parce que ça ne vient pas toujours des patients. Donc je suis peut-être le feu clignotant qui dit « Attention, il y a un problème ». Après, parfois il y a un déni. Ce matin, j'ai vu une petite fille qui est vraiment obèse. Elle a un indice de masse corporelle à 24.90 à 9 ans. Donc bon j'ai fait une consultation pour tout à fait autre chose. Et à la fin, j'ai encore glissé à la mère « Il faudrait quand même peut-être venir voir les infirmières ASALEE pour l'obésité. ». La mère a tout de suite répondu « Ah mais on fait attention et on ne vient pas là pour ça. ». Donc j'ai bien compris que ce n'était pas un sujet à aborder donc je me suis tue. On a un rôle peut-être de prévention dans le sens de « Attention ! » surtout voilà chez les jeunes, « Attention vous êtes en train de perdre du poids ! » de prévention... de prévenir...dans le sens de prévenir des risques.

Quel sentiment avez-vous vis-à-vis de votre prise en charge ?

Eh mon sentiment... Alors je dirais qu'il y a une certaine difficulté peut-être... dans le sens où déjà c'est pas un sujet qui n'est pas facile à aborder parce que la personne obèse a déjà une mauvaise image d'elle-même donc qu'elle n'a pas trop envie qu'on lui en parle. Donc ça c'est une difficulté. L'autre difficulté c'est sûrement les échecs parce que ce n'est pas quelque chose qui marche à tous les coups. Moi ça ça ne me gêne pas trop parce que comme le sevrage tabagique, l'obésité je pense que c'est une sorte de... il faut répéter quoi. C'est quelque chose qu'il faut quand même répéter. Voilà, on a quelques réussites, beaucoup d'échecs. Des réussites souvent... quelques belles réussites mais parfois très courtes c'est-à-dire que voilà la personne perd puis se remet à manger comme avant donc elle reprend derrière et voilà. Donc c'est compliqué c'est sûr. Mon sentiment c'est que...alors moi je suis plus... j'essaie plus dans un premier temps de leur dire « Il faut arrêter de

prendre du poids ! ». Parce que la personne obèse, elle a toujours eu l'habitude de manger mal ou trop je dirais. Donc il faut déjà l'habituer à surveiller son poids et ne plus en prendre c'est-à-dire que quand elle en prend un, elle dit « hop », faut qu'elle fasse attention. Chercher à faire maigrir les gens, ça ne marche pas. Voilà ça ne marche pas souvent. Donc il faut les aider à déjà se maintenir dans le poids qu'ils ont.

Ça c'est une partie dans laquelle vous vous sentez à l'aise ?

Je pense que le malaise il est plus chez le patient que chez moi. Oui je ne pense pas que voilà...Après j'essaie par exemple chez les personnes que je suis assez régulièrement de ne pas rabâcher à chaque fois parce que je sais qu'ils ne viennent pas forcément pour ça et qu'ils n'ont pas envie d'entendre tout le temps parler de ça. Mais malheureusement les problèmes médicaux sont souvent liés à l'obésité en tout cas. Quant au surpoids, moi je ne suis pas... je leur explique aux gens que le surpoids ce n'est pas grave. C'est un problème éducationnel. Après si on est en surpoids, ça n'a pas de conséquences sur la santé. Donc ce n'est pas grave. On peut être rond. Et puis ce qu'il faut c'est surtout être bien dans sa peau. Voilà on peut être en surpoids et bien.

Donc on a évoqué les difficultés. Vous disiez par rapport aux patients, le manque de motivation. Quelles autres difficultés avez-vous avec les patients obèses ?

Difficulté... non comme ça je ne vois pas.

Pour finir, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour vous aider à les prendre en charge ?

Je pense que la prise en charge de l'obésité c'est une prise en charge multidisciplinaire. On est pas tout seul face à l'obésité parce que ça ne peut pas marcher. Donc les associations comme le REPPCO c'est bien parce que ça permet effectivement d'avoir une pluralité de...de prendre l'obésité dans sa globalité on va dire puisque c'est un problème psychologique, un problème nutritionnel, un problème qui est multiple on va dire. Après « qu'est-ce qu'on pourrait faire ? » ben c'est toujours le problème « est-ce qu'on doit faire pour les gens ? » ou « est-ce que les gens doivent faire pour eux-mêmes ? ». C'est toujours difficile. On ne peut pas faire pour eux de toute façon. Tout ce qu'on peut faire c'est les encourager. Donc ce qui est bien c'est le suivi. Moi je trouve que les infirmières ASALEE c'est super parce qu'elles suivent les gens régulièrement, elles les motivent. Elles leur donnent la motivation pour continuer puisque ce n'est pas toujours facile de continuer. Voilà après je ne sais pas ce qu'on pourrait faire pour m'aider. Avez-vous une idée vous ?

Ce n'est pas à moi de répondre aux questions.

C'est pas évident. Je ne sais pas. Mettre en place des cours de sport pour les obèses peut-être pour qu'ils se prennent en charge physiquement déjà. Puisque souvent l'obésité ralentit encore la capacité à bouger. Ça ce serait à mon avis pas mal. Ce que fait le REPPCO puisqu'ils ont des groupes de marche. C'est ce que font les infirmières aussi qui amènent les gens marcher, leur montrer qu'ils peuvent et qu'ils doivent.

Merci voilà c'est terminé. C'est gentil d'avoir répondu à mes questions.

Présentation du médecin :

-sexe : féminin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : 21 ans

-type d'activité : urbain

-installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe

-formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 9 :

Racontez moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité a été abordé.

Alors je viens d'aborder le sujet de l'obésité mais là c'était pas pour un adulte c'était pour un enfant de 11 ans.

On va plutôt parler des adultes.

Alors un adulte ? Il y en a souvent des consultations où je parle de l'obésité. Donc à ce moment-là bien sûr en dehors de l'examen clinique, je conseille l'activité physique, des conseils diététiques bien entendu, voir une diététicienne si c'est nécessaire.

Vous l'abordez comment avec les patients ?

Euh ! Il faut parfois avoir de la diplomatie avec certains. Pour un patient que l'on connaît depuis longtemps etc., on arrive facilement à aborder le sujet un jour ou l'autre. C'est vrai qu'un patient qu'on connaît beaucoup moins, il faut être plus diplomate. Parce que ce n'est pas un sujet qu'il est toujours facile d'aborder. Je ne pense pas être le seul à le dire. Mais bon je l'aborde souvent à l'occasion d'une prise de sang : cholestérol, triglycérides etc..., ou un problème tensionnel, un diabète à fortiori bien évidemment mais voilà. Je ne sais pas quoi te répondre d'autre.

Est-ce que vous l'abordez régulièrement de cette façon ? Via les complications ?

Ah non, je n'attends pas les complications. J'aborde en prévention d'abord bien sûr. Alors c'est vrai qu'il y a des patients qui font la sourde oreille. Je sais pertinemment que sorti du cabinet, ils se fichent complètement des conseils. J'ai eu un qui vient même me provoquer. Je le vois tous les mois. « Oui, oui, oui, oui ». Un diabétique que je vois tous les mois depuis des années. Chaque fois qu'il arrive c'est « Ah docteur, aujourd'hui j'ai mangé toutes les figues de mon figuier. » Voilà ça c'est de la provoc. Ben je le laisse, il a toujours des chiffres glycémiques euh... quoiqu'on lui donne. Sinon non, ce n'est pas un sujet qui m'est tabou par rapport aux patients. Je les aborde assez facilement sur ce sujet-là. Bien sûr, il y a des patients où on sent la psychologie. Et il y a certains où il faut être délicat pour l'aborder. Sinon on sait bien que les conseils il ne les écouteront pas.

Vous me disiez pour les prendre en charge vous utilisez la diététicienne, c'est ça ?

Non, pas forcément. Je leur donne des conseils et si je vois qu'ils ont du mal à les intégrer ou qu'ils me disent perdu pour l'alimentation etc..., alors là oui je les envoie vers la diététicienne.

Quelles autres ressources vous utilisez ?

ASALEE ! L'infirmière ASALEE bien sûr.

D'autres ressources à part l'infirmière ASALEE ?

Non

Quelles difficultés vous rencontrez pour mettre en place ces ressources ?

Alors ça c'est très variable d'un patient à l'autre. Il y en a qui sont complètement hermétiques à ce que l'on peut dire. Il y en a, on sait qu'une fois sorti du cabinet, on oublie tout. Voilà et puis aux consultations suivantes j'en reparle bien évidemment. Je ne sais pas trop quoi répondre là. Mais c'est vrai que ce n'est pas toujours facile chez certains patients. C'est pas toujours facile. Il y en a qui disent « ah ! ben de toute façon, j'ai tout essayé ! ». Maintenant ben tu connais, tu fais des consultations tu connais le truc.

Comment définiriez-vous votre rôle dans la prise en charge de l'obésité ?

Ah ! alors d'abord pour aller du plus jeune au plus âgé. Déjà chez le nourrisson, bien poser des questions comment ça se passe sur le plan alimentaire, les biberons, ceci cela, bien surveiller, dépister le premier signe d'excès pondéral, l'IMC etc... et ensuite ben donner les conseils s'il faut quoi. Bon pour les adultes, on a essentiellement plus curatif que de prévention bien sûr. Puisque celui qui pèse 50 kilos ou 40 kilos, on ne va pas faire de la prévention de l'obésité. Mais mon rôle c'est quand même de les alerter sur les complications possibles : cardiovasculaires etc...Et à partir de là, donner les préconisations classiques quoi : la marche, l'alimentaire etc...

Quel sentiment éprouvez-vous vis-à-vis de votre prise en charge ?

Qu'est-ce que tu veux dire ?

Qu'est-ce que vous éprouvez par rapport à la prise en charge de l'obésité ? Si vous deviez juger votre prise en charge...

Ben ce n'est pas forcément extraordinaire puisque quand on voit le nombre de patients qui finalement écoutent vraiment ce qu'on dit, font ce qu'on dit, on a quand même le sentiment... « bon, j'en ai parlé mais visiblement, on a pas... ». Je ne dirais pas que c'est extraordinaire. Je fais au mieux mais c'est vrai qu'on n'a pas en retour un sentiment de réelle efficacité toujours quoi. C'est ce qu'on voit tous les jours ça. Néanmoins, je le fais, j'en parle. J'en parle, j'insiste. Bon chez certains patients qui sont plus ouverts, j'insiste encore plus fortement. Je n'ai pas le sentiment « ben oui, ça marche à tous les coups, les gens m'écoutent bien etc.... » Il faut en parler. Il faut le faire.

Du coup si j'ai bien compris, en parler aux patients ça c'est quelque chose où vous êtes à l'aise...

Ah oui !

Est-ce qu'il y a une autre partie dans la prise en charge où vous vous sentez aussi à l'aise ?

Dans la prise en charge toujours de l'obésité bien sûr ?

Oui bien sûr.

Qu'est-ce que tu entends par partie ? partie ?

Est-ce qu'il y a autre chose où vous êtes à l'aise ? à part l'abord je veux dire puisque vous m'avez dit être à l'aise pour aborder la question.

A part l'aborder ben c'est... Ben je me sens à l'aise à partir du moment où je vois que le patient avec qui j'ai abordé tout ça il y a quelques semaines ou quelques mois, joue le jeu. Effectivement là ça je me sens à l'aise, j'en reparle, on contrôle bien. Je ne sais pas quoi te dire d'autre.

Il faut dire ce que vous ressentez.

C'est ce que je ressens.

En résumé, vous avez parlé des difficultés liés à la motivation des patients si j'ai bien compris. Quelles autres difficultés rencontrez-vous avec les patients obèses ?

Quelle autre difficulté ? c'est très variable d'un patient à l'autre. Très variable. C'est sûr il y en a où je me bats depuis des années pour leur répéter plusieurs fois par an « Il faut perdre du poids » « il faut faire ceci, il faut faire cela... » Mais je vois bien qu'ils sont hermétiques. Ça dépend des personnes, des patients quoi qui sont très divers. Ils sont très différents. C'est sûr qu'au début, la première fois qu'on en parle à un patient, on... je prends soin d'en parler, d'y aller doucement. Puisque ce n'est pas la peine de leur dire d'un seul coup « ben tu es trop gros ! » et puis de les braquer. On sait d'avance

qu'ils n'écouteront plus le discours. Donc d'un patient à un autre selon la psychologie voilà... C'est au début, où on est le moins à l'aise. Ensuite quand un patient nous écoute et on sait qu'il fait des efforts, on est tout à fait à l'aise pour en parler complètement librement quoi. Il y a des patients aussi qui refusent de se voir, qui disent « je suis très bien comme ça pff » « j'aime bien bouffer, je suis très bien comme ça ». Je ne sais pas quoi te dire là aussi.

Et pour finir, qu'est-ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge de l'obésité ?

Je dirais beaucoup de choses quand même finalement.

C'est-à-dire ?

Dans la prise en charge de l'obésité, c'est vrai qu'il existerait une certaine spécialité dans ce domaine-là, je pense qu'ils ne seraient pas au chômage. Déjà si tu vois ce que je veux dire. Bon les messages médiatiques, je crois qu'il y en a maintenant et pas mal. Je n'ai pas réfléchi à savoir comment on pourrait mieux faire, on peut sûrement mieux faire mais là je n'ai pas réfléchi. Il y a du travail c'est sûr mais il y a du travail qui ne dépend pas forcément de la médecine. Il dépend je dirais des fabricants de plats préparés ceci cela. Mais ça ce n'est pas nous. C'est un travail au niveau ministériel. Mais non, on fait ce qu'on peut sur le terrain quoi. C'est peut-être aussi une meilleure prise en charge.. ce serait bien qu'il y ait une prise en charge des consultations de diététicien etc... parce que c'est souvent ce qui rebute, « il n'y a pas de prise en charge, donc j'y vais pas ». Ils nous disent oui on leur donne l'adresse et le téléphone (ce que j'ai fait tout-à-l'heure d'ailleurs pour la petite fille de 11 ans) mais 9 fois sur 10, ils n'y vont pas quoi. Là il y a une prise en charge à faire. Puisque je vois ASALEE, quand on les envoie chez ASALEE bon il y en a allez... si on s'y prend bien, il y en a quand même 3 sur 4 à qui on en parle qui vont la voir. Il y a 1 sur 4 qui ne va pas mais il y a quand même 3 sur 4. A partir du moment où on leur dit que c'est gratuit, ils y vont. Par contre, la diététicienne, il faut payer, ce n'est pas remboursé. Là ça pêche ! C'est vrai ça pêche. Parce que nous bon, on n'est pas non plus extrêmement formés enfin je ne sais pas à ton époque mais nous on était très très peu formé à la diététique pour ainsi dire pas du tout d'ailleurs. Donc on donne un petit peu les choses générales quoi, qu'on connaît bien sûr, classiques. Mais c'est vrai que sur le plan diététique, il y aurait à revoir la prise en charge quoi je pense. Il y en a qui demande que ça finalement savoir comment mieux bouffer. Enfin voilà mon sentiment.

Merci d'avoir répondu à mes questions.

Ce n'est pas évident car ce sont des questions assez générales.

C'est gentil d'y avoir répondu.

Présentation du médecin :

-sexe : masculin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : 30 ans d'exercice dont 13 ans installé.

-type d'activité : rural

-installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe

-formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 10 :

Racontez-moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité a été abordé.

Ça peut être hier... oui en fait ça a été abordé parce que c'est un patient avec une obésité morbide qui a plein de problèmes surtout au niveau articulaire. Donc il devrait être opéré mais il faut d'abord traiter l'obésité morbide qu'il y a. Donc c'est un patient polyopathologique. Tout vient de ça. A part la douleur, il avait une dyspnée modérée à forte, suspicion d'apnées du sommeil bien sûr. Donc il est venu comme ça et on a abordé tout ce sujet-là. Après voilà c'est tout, on a parlé un peu de la diététique « comment faire pour baisser ? ». C'est un patient chez qui le sport est limité à cause de ses douleurs. Donc ça fait un cycle après qui ne finit pas.

Comment avez-vous abordé la question avec lui ?

Donc je lui ai dit que la grande majorité de ses problèmes, ça venait de ça. Il me disait que c'était un problème depuis son adolescence. Il avait déjà passé beaucoup de diètes mais que rien ne marchait. Donc il est fatigué de faire les diètes. Cela fait des années qu'il mange tout parce qu'il a vu que malgré qu'il fait des diètes, il n'y a rien qui s'améliore ni le diabète, les triglycérides, rien malgré tous ses efforts. Ce sont des patients qui après deviennent fatigués de faire tous ces efforts. Moi, je lui ai expliqué que ce n'était pas faire une diète.. les diètes plutôt extrêmes que les patients font et qui elles les fatiguent. C'est pas de ce type-là. On ne peut pas soutenir ça longtemps donc il faut changer pour faire une hygiène de vie plutôt saine, pas abuser de ça... Je lui ai parlé à peu près du pourcentage qu'il faut manger de ça et ça. Je lui ai dit « vous ne pouvez pas marcher tout ça mais la natation oui » parce que les genoux ne sont pas là. On a parlé de pleins de choses mais voilà il a fini par demander qu'il voudrait une consultation pour la chirurgie bariatrique car il n'en peut plus de tout ça bon... c'est compliqué.

Abordez-vous toujours le sujet de cette manière ?

Euh pour l'obésité ?

Oui

Je parle toujours à mes patients parce que je les pèse toujours quand ils viennent pour leur renouvellement et on en parle dès que je vois l'IMC plus haut je parle de ça. Des fois ce sont eux qui me demandent, ils veulent perdre du poids et tout ça... ils cherchent des nutritionnistes, des choses comme ça mais bon.

Comment comptez-vous prendre en charge ce patient ? Vous l'avez orienté vers la chirurgie bariatrique ?

Non d'abord je l'ai adressé au cardiologue parce qu'il avait sa dyspnée modérée à forte donc j'ai préféré appeler. J'ai dit que d'abord on allait contrôler ça parce que s'il n'a pas ses facteurs de risques contrôlés, il ne pourra faire aucune chirurgie.

Quelles ressources utilisez-vous avec les patients en obésité ?

Quelles ressources.... ?

Vers qui vous les adressez ? qu'est-ce que vous utilisez pour les aider ?

Si ce sont des patients polyopathologiques, il y a ceux que j'adresse chez l'endocrinologue pour avoir un suivi de leur part. Après ils vont chez le nutritionniste mais ce n'est pas moi qui les adresse. Sinon moi je fais, je lui donne des orientations à suivre et je dis « la prochaine fois, il faut avoir moins de poids. » Le patient est un peu...comme ça mais après ils ne suivent pas tous. Ça dépend de comment

est le patient et de ses antécédents mais des fois l'endocrino. Et ça finit des fois l'endocrino il dit fait ça pour le chirurgien quand il voit qu'il a besoin pour soigner l'autre et que ça ne s'améliore pas avec la diète et les changements d'habitude parce que des fois c'est tout un syndrome métabolique et ça ce n'est pas facile pour les patients.

Quelles difficultés avez-vous à utiliser ces ressources ?

Difficultés ?

Oui

Non difficultés comment ? pour avoir ?

Oui pour mettre en place les réseaux, les ressources que vous utilisez ?

Moi des fois je contacte directement le spécialiste quand je vois que c'est un cas plutôt urgent mais des fois je fais le courrier aux patients et ils cherchent où ils veulent aller. Mais je n'ai pas de problème.

Comment définiriez-vous votre rôle dans la prise en charge de l'obésité en médecine générale ?

Je crois que nous en tant que médecin généraliste, on devrait toujours faire la prévention avant tout. Parce que notre rôle c'est surtout la prévention puisque c'est pour ça qu'on dit attention primaire de la santé. Donc il faut que l'on fasse la prévention avant. C'est la première base pour éviter un traitement. Donc je crois que notre rôle c'est très important car ce sont des patients que l'on suit depuis qu'ils sont petits. Donc on peut faire de l'éducation depuis le début. Des fois, les patients que l'on reçoit déjà âgés et avec ce problème, on essaye mais des fois il faut aller à l'attention secondaire hospitalière. Et même s'il y a des complications...au niveau tertiaire. Mais notre rôle en tant que généraliste est très important pour la prévention.

Quel sentiment éprouvez-vous vis-à-vis de votre prise en charge ?

Des fois, je me sens très utile et des fois je sens qu'on en parle mais que le patient s'en fout un petit peu. Des fois cela donne un certain type de sentiment, des fois on est content, on voit les résultats. Des fois, on se sent comme si on ne servait pas à grand-chose quand les patients ne suivent rien. En plus il y a beaucoup de patients qui mentent qui disent qu'ils font alors qu'ils ne font pas. Il y a cette partie aussi.

La partie alerte, diagnostique si j'ai bien compris c'est une partie où vous êtes à l'aise. Dans quelles autres parties de la prise en charge de l'obésité vous sentez vous à l'aise ?

Pour donner le diagnostic au patient ?

Non, pas forcément le diagnostic. Le diagnostic j'ai compris que dans cette partie vous étiez à l'aise et vous discutiez bien avec les patients. Mais est-ce qu'il y a d'autres parties dans la prise en charge où vous vous sentez à l'aise ?

Autre partie ? Je ne sais pas. Euh je ne sais pas... que je ne me sens pas ? ou que je me sens ?

Où vous vous sentez à l'aise.

Ben moi je me sens toujours à l'aise. je ne suis pas gênée de dire ce que j'ai à dire à mes patients. Non je parle librement et je les laisse s'exprimer aussi.

En résumé, quelles difficultés avez-vous avec les patients obèses ?

Les patients obèses, ce sont des patients où il faut faire très attention de la manière dont on leur parle. Ce sont des patients qui se sentent différents dans la société parce que les gens les regardent

comme un gros voilà. Donc parler de leur obésité ce n'est pas quelque chose où eux se sentent à l'aise. Il y a beaucoup de rejet dans la société pour ça. A chaque fois qu'ils font quelque chose « Ah c'est vous, c'est vous » et après c'est toujours facile pour eux de dire « moi je fais la diète et ça ne me fais rien » tout ça...et pour finir une consultation rapidement « non je fais tout ce que vous me dites ». Ils disent ça mais il faut les faire parler pour qu'ils disent ça. Surtout s'ils viennent accompagnés et que l'accompagnant dit « ah ce n'est pas vrai, il mange ça ça et ça ». Ce sont plus eux qui ne sont pas à l'aise de parler des fois sauf s'ils voient que les choses ne vont pas très bien parce que des fois il y a des personnes qui ont des problèmes métaboliques. Ce n'est pas forcément parce qu'ils mangent beaucoup mais il y a d'autres qui sont des gourmands, qui aiment bien manger. Ça leur fait plaisir. Et voilà ils ne veulent pas changer. Il y a ceux qui veulent changer et d'autres qui ne veulent pas changer parce que pour l'instant, ils n'ont pas vu les répercussions sur leur santé. Pour eux ce n'est pas grave qu'ils ont, avoir une hypertension, un cholestérol haut...Des fois avec des chiffres élevés, ils sont asymptomatiques donc ils continuent à faire ce qu'ils veulent.

Vous avez plus parler des difficultés liées aux patients, est-ce que vous avez d'autres difficultés ?

Autre difficulté concernant l'obésité ?

Oui

Non, moi je pense qu'on voit plus d'obésité aujourd'hui qu'avant. C'est à cause de tous les produits industrialisés qu'on a... La quantité de sucre qu'il y a dans les choses c'est vraiment beaucoup. Je crois que le ministère de la santé doit travailler dans la quantité de ça. Le produit industriel contient beaucoup de sucre, il y a des choses qu'ils mettent qui font que les gens sont un peu attachés...J'ai eu un patient qui buvait 3 litres de Coca par jour. Il buvait seulement du Coca. Il n'aimait pas l'eau ni autre chose. « Moi je ne bois que du Coca ». Et ce n'était pas du Coca Light, c'était du Coca normal même si Coca light aussi il y a beaucoup de choses qui font du mal. Les gens ils se sentent un peu...C'est une addiction. Il y a beaucoup de produits additifs dans les choses pour que les gens achètent plus voilà. Donc l'industrie, elle gagne de l'argent mais après il y a trop de répercussions. On ne mange plus de fruits comme il faut manger. On ne bouge pas assez comme il faut bouger parce qu'on travaille. Il y a toujours quelque chose et si on veut chercher des excuses, il y aura toujours des excuses. On ne prépare pas nos aliments, on achète dehors, on ne sait pas comment c'est préparé puisqu'on n'a pas le temps. Voilà il a plein de choses à changer.

Pour finir, qu'est-ce qui pourrait vous aider à mieux prendre en charge les patients obèses ?

Des aides ?

Oui

Je ne sais pas. Qu'est ce qui peut m'aider à prendre en charge des patients obèses ? vous avez nous en Espagne, les maisons de santé sont pluridisciplinaires donc on travaille tous ensemble : les infirmières, les médecins, les psychologues tout ça. Donc le patient est pris en charge avec tous les professionnels. Je crois que si il y a plusieurs professionnels qui travaillent sur cette question, on peut essayer d'avoir plus de résultats. Il faut travailler ensemble. Je crois qu'un travail de groupe, faire des fois des discussions pour le village pour que les gens détaillent. Ça peut aider les gens un petit peu, pour faire prendre conscience aux patients.

Voilà merci d'avoir répondu à mes questions

Présentation du médecin :

-sexe : féminin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : 3 ans d'exercice dont 1 an installé.

-type d'activité : rural

-installation cabinet de groupe ou seul : seul

-formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 11 :

Racontez-moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité chez l'adulte a été abordé.

C'est une jeune fille de 18 ans, donc adulte, qui vient parce qu'en fait elle me dit qu'elle prend du poids à cause de sa pilule et que depuis qu'elle prend la pilule en fait, voilà elle a pris du poids. Elle est obèse morbide. Donc voilà, elle était déjà obèse avant la pilule et elle a pris du poids par-dessus. Et donc elle était focalisée sur le fait que ce soit la pilule qui la fasse grossir et pas forcément son hygiène de vie etc. Donc on a essayé de reprendre les bases. Sachant qu'elle a un retard mental léger. Alors, voilà elle reste focalisée sur la pilule donc ça a été assez long comme entretien mais on a essayé d'avancer. Je vais la revoir, parce que je ne sais pas ce qu'elle a entendu, ce qu'elle a compris et ce qu'elle va pouvoir réussir à faire. C'est peut-être plus délicat.

Donc là c'est vous qui avez abordé le sujet en quelques sorte ou non pas forcément ?

Non c'est elle qui est venue parce qu'elle prenait du poids à cause de la pilule. Sachant que même avant, quand on refaisait la chronologie du poids elle a toujours été en surpoids et puis elle a passé le cap de l'obésité en fin d'adolescence.

Vous l'abordez toujours de cette manière ? la question de l'obésité ?

Alors ça dépend du motif de consultation, là c'était en effet le poids qui était vraiment au cœur de la consultation pour elle. Après je pense que je ne vais pas de façon directe. Si c'est pareil pour un certificat de sport où voilà on a les mensurations donc je peux me permettre de dire que l'IMC est un peu plus élevé que la dernière fois. « Comment vous mangez ? Est-ce que vous faites du sport ? » Et puis voilà, après on arrive à parler en fait. Ben le patient nous dit « est-ce que je suis en surpoids, je suis obèse » et voilà on arrive à discuter de tout ça.

Donc la jeune fille, comment vous comptez la prendre en charge ?

Alors déjà, je lui ai prescrit une prise de sang, déjà pour vérifier qu'il n'y a pas de trouble hormonal parce que du coup c'était très présent cette prise de poids pour elle, qui s'est révélée normale. Je lui ai dit de revenir pour qu'on rediscute avec les résultats pour que je lui explique les résultats. Peut-être lui montrer que ce n'est pas la pilule, enfin réexpliquer les bases, revoir avec elle son alimentation. Mais de toute façon écrite, comme elle me dit « je ne grignote pas etc. » Sa maman me dit l'inverse. Donc voilà, en fait mettre les choses écrites pour lui dire ben que y'a que comme ça qu'on va pouvoir avancer. « Ben là tu vois on va mettre ce que tu as mangé. Ce n'est pas très très bon etc. » Essayer de construire des menus pour lui dire un petit peu d'éviter certains aliments ou au contraire de privilégier d'autres. Après nous en cabinet, on a une infirmière ASALEE, donc peut être aussi sur des créneaux de consultations plus importants, puisqu'elle va prendre 40 minutes trois quart d'heure, peut-être l'adresser vers elle si elle est d'accord pour tout revoir avec elle. Après je ne sais pas si j'irai plus loin. Ça va dépendre d'elle. Sachant qu'au niveau psychologique, je ne pense pas que ça soit... je ne vais pas parler de chirurgie ou quoi que ce soit avec elle. Enfin elle ne m'en parle pas mais je n'irai pas lui en parler parce que je sais comme il faut des entretiens etc.. ça va être très compliqué pour qu'elle s'astreigne à tout ce protocole et je ne pense pas qu'elle puisse pouvoir en bénéficier en fait.

Si on l'oublie un petit peu, si on prend un autre patient, quelles ressources vous utilisez ?

Donc alors beaucoup l'infirmière effectivement. Après j'ai déjà envoyé au REPPCO. Les patientes, en fait elles regardent déjà un petit peu sur internet. Elles sont déjà un peu au courant de ce qu'on peut avoir ici à Angoulême. Parfois elles viennent déjà avec des idées de chirurgie. Donc en fait on en parle et puis on voit. Je peux aussi adresser à des collègues qui font de la bariatrie. Voilà à peu près.

Des diététiciens, des nutritionnistes aussi ça m'arrive. C'est vrai qu'aussi qu'avec l'infirmière, c'est plus facile parce qu'elle est aussi au cabinet. On sait que les délais vont être raisonnables et qu'on a un retour tout de suite et qu'on peut revoir la patiente assez rapidement, ou le patient, y'a pas que des femmes. Donc c'est plutôt positif pour la prise en charge.

Quelles difficultés vous avez à mettre en place ces ressources ?

Les difficultés, alors c'est peut-être le délai de prise en charge. Par exemple le REPPCO, c'est vrai qu'il faut un courrier, la prise de sang etc. Enfin il faut beaucoup de choses avant de pouvoir avoir accès à ce rendez-vous. Et c'est plutôt la personne qui vient et qui est plutôt motivée à perdre entre guillemets et puis il y a un délai qui fait que ça retombe un petit peu. C'est plutôt sur la motivation parce que, mais du patient du coup, par rapport au délai de prise en charge ici. C'est ça qui est un peu dur. Après je ne vois pas d'autre frein. Si ce n'est vraiment le patient en lui-même qui refuse ou qui n'arrive pas à se dire obèse et du coup de se rendre compte de ce qu'il faut ou faudrait faire.

Comment définiriez-vous votre rôle dans la prise en charge de l'obésité ?

Comme un point coordonnateur, parce que finalement c'est vrai qu'on délègue beaucoup aux nutritionniste, infirmière, chirurgien s'il faut ou une psychologue. Après quand ils vont dans le REPPCO, ben là on y est plus trop quoi. Donc c'est nous qui lançons des pistes. Mais après faut réussir à revoir le patient pour assurer du suivi quoi. Donc j'ai l'impression qu'on coordonne mais toujours en essayant de rappeler le patient pour toujours le suivre dans la durée. En tout cas pour ce problème.

Quel sentiment éprouvez-vous vis à vis de votre prise en charge ?

J'ai le sentiment de pouvoir en parler assez facilement aux patients. Après dans la conversation en général, je prends toujours un poids, donc c'est vrai que ça permet de discuter. Donc ça c'est plutôt facile, après ça dépend de la réponse du patient.

J'ai oublié la question pardon...(rires)

(Rires)Je vais la répéter ce n'est pas grave

Excusez-moi

On parlait du sentiment que vous éprouvez vis-à-vis de la prise en charge

Ah oui !

Après c'est vrai que du coup, comme les patients ne reviennent pas forcément nous voir nous, euh le sentiment..., c'est plutôt un..., on est plutôt comment dire..., d'être reléguée après dans un second plan alors que c'est nous qui avons quand même initié la prise en charge. Enfin la démarche pour le patient. Et du coup, ben on peut ne pas avoir du tout de nouvelles en fait d'un patient. Et ça c'est un peu..., enfin..., j'aime bien savoir...Enfin je l'ai adressé et donc j'aimerais bien savoir le résultat, la prise en charge, est ce qu'il a réussi. Enfin est ce que je peux l'aider à nouveau, ben parce que je sais que ça peut être très très long le traitement. Donc parfois on a un sentiment oui de...comment dire...ben je n'arrive pas à trouver le mot. Vous voyez ce que je veux dire mais vous ne pouvez pas m'aider.

Oui voilà.

Enfin c'est peut-être un peu fort mais d'inutilité parce qu'on leur a dit « je vous adresse » et puis en fait après pas de retour. C'est ça qui est un peu embêtant. Alors qu'en général on a quand même des retours quelle que soit la pathologie, mais c'est vrai que l'obésité, il intègre le REPPCO. On ne sait pas. Ça peut être inutile quoi, en sentiment. Mais, non mais c'est vrai.

Dans quelle partie de la prise en charge vous vous sentez le plus à l'aise ?

Ben au début en fait pour euh..., je pense que je suis à l'aise pour en parler, pour le dépister entre guillemet, et après aussi peut être quand les gens reviennent pour assurer le suivi. Pas des entretiens motivationnels mais pour leur dire de ne rien lâcher, pour continuer l'accompagnement. Au niveau communication, je suis plutôt à l'aise.

En résumé, quelles difficultés avez-vous avec les patients obèses ?

C'est peut-être qu'ils continuent à venir nous voir en tant que médecin traitant généraliste pour continuer à les accompagner parce que je pense savoir faire mais du fait de la prise en charge on est un petit peu exclu. Sentiment d'exclusion pour revenir à la question précédente voilà. Alors que je ne pense pas être mal à l'aise avec un patient obèse. Je pense en être capable mais c'est vrai que quand on pose les choses et qu'on leur fournit une prescription pour aller dans un centre, et ben nous on n'est plus acteur de la prise en charge finalement. Donc ça c'est une difficulté parce qu'après on va les revoir dans un an ou deux ans. C'est peut-être un problème de ville aussi. Peut-être qu'à la campagne...C'est vrai qu'en ville, comme on a beaucoup de réseaux sur place, peut être que c'est plus facile, peut être que je pourrais me dire que peux gérer un patient obèse toute seule dans mon cabinet avec mon infirmière. Mais c'est vrai que les patients arrivent avec voilà la notion de REPPCO parce qu'ils ont tapé sur internet, ils ont trouvé. Pour la chirurgie, ils savent déjà que tel chirurgien à l'hôpital ou à la clinique font ce type de chirurgie. Donc ils viennent déjà avec beaucoup de savoirs de prise en charge, d'autre intervenant et du coup effectivement, on fait juste le lien. On coordonne pour dire je vais vous envoyer là et on fait la lettre alors que peut être en campagne... aussi en péri urbain s'il n'y avait pas ces structures très proches ben on pourrait vraiment faire un suivi de A à Z peut-être.

Et pour finir, qu'est ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge de l'obésité ?

Peut-être si on avait un livret par exemple, un livret d'accompagnement d'une personne obèse, ça peut être pour d'autre pathologie mais pour justement, s'ils vont voir en extérieur, on fait un petit mot directement, on voit ce qui a été mise en place. Nous on peut revoir. Par exemple la nutritionniste va dire « vous voyez votre médecin traitant tous les mois ou tous les 2 mois, je lui note ce qu'on a mis en place ». Comme un carnet de liaison en fait, je pense que ça pourrait nous aider à rester au cœur de cette coordination, assurer un meilleur suivi du patient et je pense que la prise en charge pourrait être même meilleure. Parce qu'on sait déjà ce qui a été fait et peut être redire au patient, « oui mais mon nutritionniste a déjà dit ça » donc on perd un peu de temps, on se décrédibilise. Alors que finalement on pourrait avancer au lieu de perdre du temps et je pense que ce serait plus efficace pour le patient. Voilà, après pour la prise en charge REPPCO par exemple, on est obligé de prendre le téléphone pour savoir où en est le patient. On n'a pas forcément de retour. Ça ça pourrait être aussi, sans parler d'un carnet de liaison mais un petit courrier pour savoir euh, pas d'attendre la fin du processus de cure entre guillemet pour avoir un retour.

Présentation du médecin :

- sexe : féminin
- nombre d'années d'exercice et d'installation : 3 ans d'installation
- type d'activité : urbain
- installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe
- formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 12 :

Racontez moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité chez l'adulte a été abordé.

Ah oui ! il aurait fallu me prévenir. J'en sais rien je ne me rappelle pas. Je peux regarder le...

Oui allez-y.

Je vais regarder la liste de la semaine dernière car il me semble qu'il y en a eu un mais je ne saurais pas vous dire qui c'est. La dernière consultation... En fait, il ne faut pas que ce soit une patiente qui vienne pour ça ou un patient qui vient pour ça ?

Ça peut l'être comme ça peut ne pas l'être ?

J'ai une patiente qui venue la semaine dernière renouveler son traitement pour la tension, qui a une obésité et qui a commencé un régime (c'est Weight watchers, je crois) il y a plusieurs mois et qui a perdu 15 kilos voilà. Donc en fait, je n'ai rien fait. Avant, j'ai essayé de la sensibiliser au fait qu'il fallait qu'elle perde du poids mais c'est elle qui a décidé en temps et en heure voilà et puis a choisi son mode d'action.

Comment vous aviez-abordé la question avec elle ?

Avant ?

Oui.

Ben le poids, la taille, son hypertension et puis voilà. Mais je la connais depuis 25 ans. Et depuis 25 ans, elle fait plusieurs régimes donc on en parle périodiquement. Elle perd, elle reprend, elle reperd, elle reprend.

Vous l'abordez toujours de cette manière avec les patients?

Comment dire ! Etant donné que moi-même, je ne suis pas particulièrement mince (rires), c'est peut-être plus difficile et plus facile aussi... enfin c'est pas facile de dire aux gens... tout du moins tant qu'ils n'ont pas de plaintes, et tant qu'ils n'ont pas ni diabète ni d'hypertension ni de dyslipidémie, ce n'est pas facile de leur dire « il faut faire quelque chose quoi » ou de plainte d'arthrose de genou, de hanche ou de chose comme ça.

Donc cette dame comment vous comptiez la prendre en charge avant qu'elle ne fasse sa méthode à elle ?

Moi ?

Oui.

Par rapport à l'obésité ?

Oui.

Euh... ben je ne sais pas faire.

Alors quelles ressources vous utilisez ?

Pas dans la démarche diagnostique. Dans le traitement vous voulez-dire ?

Oui dans la prise en charge

J'utilise le REPPCO pour les IMC qui sont supérieurs à je ne sais plus combien 35 je crois. Je leur propose je leur dis que cela existe. Je leur demande s'ils veulent voir une diététicienne. A une

époque, il y avait quelque chose qui était très bien, qui était (pour une fois que je dis ça) une filiale de la Sécu, là où il y avait des diététiciennes et des... qu'on pouvait voir de façon gratuite. Donc j'en ai envoyé là aussi. Et puis j'en envoie aussi à un autre diététicien qui est à Jarnac et qui a une autre approche que celle du GROS de Mr Apfeldorfer. Donc c'est...Enfin c'est complètement à côté de toutes les approches diététiques classiques. Je ne sais pas si vous avez entendu parler de ça ?

Non.

Le GROS ?

Non.

Vous n'avez pas entendu parler de ça ? En fait, c'est réapprendre à manger quand on a faim.

Ah oui comme ça je connais.

Ça vous parle ?

Oui.

La pleine conscience, le...(il y avait eu une formation il y a deux ans je crois où ils étaient venus justement au REPPCO) explique Mr Apfeldorfer donc qui est un comportementaliste je crois que c'est psychanalyste. Et puis donc ce nutritionniste qui est installé à Jarnac dont j'ai oublié le nom mais que j'ai en référence et donc pour expliquer ce que c'était de réapprendre à manger quoi. Donc on peut maigrir en mangeant des frites et du chocolat, si on en mange simplement selon sa faim. Donc j'en ai envoyé certaines parce que c'est plus souvent des femmes à ce monsieur. Et donc moi toute seule, je ne sais pas faire.

Est-ce que vous avez des difficultés à utiliser ces ressources ?

Le REPPCO oui car il y a un délai d'attente de...je ne sais plus...plusieurs mois et ils vous filent une grille pour rentrer dans les cadres. En plus que ce soit ça ou une nutritionniste à terme ça ne marche pas. En plus j'ai du mal avec ça parce que à terme ça ne marche pas. Il y a 95% des gens qui maigrissent qui vont regrossir. Peut-être que l'on n'est plus à des chiffres comme ça mais ce sont les derniers chiffres que je connais. Donc des fois, je me demande si cela vaut vraiment le coup de les embarquer là-dedans.

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste ?

De facilitateur peut-être.

C'est-à-dire ?

Ben on me demande des ressources, je vais dire voilà, il y a ça, ça et ça mais je ne suis pas très enthousiaste quoi dans ce que je propose. Puisque je le vois bien, comme ma patiente là de vendredi, ben ce n'est pas la première fois quoi qu'elle fait un truc et puis un an après elle a tout repris voir plus.

Quel sentiment éprouvez-vous vis-à-vis de votre prise en charge ?

Alors qu'elle n'est pas bonne mais je me demande s'il y en a une qui l'est.

Dans quelle partie êtes-vous à l'aise dans la prise en charge de l'obésité ?

Ben le diagnostic pff... ce n'est pas difficile, on mesure, on pèse et on dit voilà les normes du REPPCO et c'est ça. Et puis c'est tout.

Quelles difficultés éprouvez- vous avec les patients obèses ?

Ben je ne crois pas en avoir spécialement enfin ça dépend. Ça dépend de leur plainte. Alors ma difficulté c'est s'ils viennent là en disant « je veux maigrir » alors là « oui bonjour, ça c'est sûr c'est une bonne idée sûrement mais voilà est-ce que vraiment ça vaut le coup ? ».

Vous avez une attitude plutôt négative de ce que j'ai compris puisque vous ne voyez pas les résultats à long terme.

Tout à fait.

Quels sont pour vous les facteurs favorisant les échecs du coup ?

Eh ben justement...enfin c'est très difficile de faire changer les gens. En plus l'alimentation c'est très intime donc déjà c'est très difficile de savoir réellement ce qu'ils mangent, ils ont du mal à... je ne sais pas comment ils font les nutritionnistes pour savoir quand ils font les enquêtes intrusives sur les quantités, les machins et tout. Je ne sais pas comment ils y arrivent. Moi je n'y arrive pas. Et puis oui c'est vraiment changer quelque chose de l'intime, de changer l'alimentation des gens. Le rapport à la nourriture c'est un rapport à l'enfance c'est très intime. Et donc des fois je me dis « est-ce que.. » Enfin on ne peut pas changer que ça. On ne peut pas changer que le résultat. S'il mange comme ça il y a une raison. C'est ça qu'on ne sait pas faire.

Pour finir, qu'est-ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge ?

Ah ben une approche euh...enfin ce qu'a voulu faire le REPPCO mais qui ne marche pas non plus, je ne sais pas pourquoi. Mais une approche... enfin il faut que les gens... mais c'est un psychologue éventuellement un nutritionniste mais encore hein ! C'est surtout un psychologue je crois. Ce que les gens ne sont pas prêts à entendre.

Autre chose ?

Je ne crois pas.

Merci d'avoir répondu à mes questions.

Présentation du médecin :

-sexe : féminin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : 30 ans d'exercice dont 24 ans installé.

-type d'activité : urbain

-installation cabinet de groupe ou seul : seul

-formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 13 :

Racontez-moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité chez l'adulte a été abordé.

Ce n'est pas compliqué c'est une jeune fille qui a quel âge ? ...Il s'agissait d'une jeune fille entre 8 et 10 ans qui était en surpoids, elle avait un IMC au-dessus du 2^e percentile.

« On avait dit chez l'adulte »

Ha pardon..., alors chez l'adulte, la dernière que j'ai eu c'est un monsieur qui a déjà été opéré d'une sleeve. Bon ben on a fait l'entretien classique. Donc surveillance des constantes biologiques liées au déficit de la sleeve. Surveillance abdominale et puis surveillance psychologique par rapport à son maintien du régime et la manière dont ça se passait. Voilà, donc après il venait pour à peu près tout, pour d'autres problèmes annexes qui n'ont rien avoir avec l'obésité.

Comment au départ, la question avait-elle été abordé ?

Ce patient est un patient que je connais depuis très longtemps. Il a 33 ans. C'est un jeune homme qui depuis l'enfance était déjà dans l'obésité un petit peu. Qui était très réticent au régime. Qui avait du mal à percevoir les problèmes liés à l'obésité. Et puis petit à petit son obésité est devenue extrêmement importante. Il avait un IMC qui dépassait largement les 40-45, qui était à 140 et quelques kilos pour 1.71 mètre, donc un IMC à 46.85. Avec une gêne physique conséquente bien évidemment. Et un jour, il a petit à petit cédé à l'idée de faire quelque chose par rapport à cette obésité. Je l'ai dans ce cas-là adressé au réseau, le REPPCO qui s'occupe des obèses et là, il était pris en charge. Pendant pas mal d'années où sur le plan diététique ça ne marchait pas terrible. Jusqu'au jour où une sleeve lui a été proposée. Et depuis on était redescendu, on était à 104Kg la dernière fois.

Vous l'abordez toujours de cette manière avec les patients ?

Chez l'adulte, oui. Sur ce type d'obésité, oui. Le premier abord de l'obésité, c'est que j'essaie de voir déjà, eux, comment ils se conçoivent physiquement et quelles gênes ils peuvent ressentir à ce surpoids. Ça c'est essayer de faire prendre conscience dans un premier temps aux gens, de la gêne que ça peut leur occasionner. Dans un deuxième temps, j'ai toujours trouvé délicat et que les patients prenaient mal le problème de leur surpoids. Qu'ils se sentaient très souvent mis en accusation. Et donc je l'aborde doucement, d'abord par rapport à la manière dont eux, le ressentent. De la même manière dont ils le génèrent ou du moins ils ressentent une gêne par rapport à ça. Ensuite on aborde mais progressivement, dans un deuxième temps, les problèmes médicaux que ça peut engendrer. Et puis petit à petit on essaie de mettre en place l'idée qu'il faudrait faire quelque chose. Parce que je trouve que c'est rare les patients qui, d'emblée acceptent de dire, « oui j'ai ce problème, faut que je fasse quelque chose ».

Au niveau des ressources que vous utilisez, vous avez parlé du REPPCO. Quelles autres ressources vous semble utile dans la prise en charge de l'obésité ?

Alors dans ces prises en charges, moi je propose des tables de calories et je propose des modifications de la répartition alimentaire pendant les repas et puis pendant le nycthémère.

Bien entendu, parce qu'on s'aperçoit quand même que les gens ont une répartition des repas au moment de la journée qui n'est pas forcément idéale. Donc j'essaie de leur faire modifier ces choses-là. Bien sûr j'essaie de leur imposer, enfin, de leur susciter l'exercice physique. Après si vous me parlez d'autre moyen, que ce soit les diététiciennes par exemple, ben ce serait une excellente chose, sauf que ce n'est pas pris en charge et que ça pose un énorme problème pour les patients. La gymnastique et tout ce qui est coaching et compagnie. C'est difficile également, ça pose des problèmes financiers. Donc ce n'est pas évident. Après je sais qu'il existe des applications smartphone, qui marchent pas mal. J'ai plusieurs patients qui m'ont fait découvrir ça d'ailleurs. Je n'ai plus en mémoire les noms de ces applications. Mais qui leur permettent justement de se faire un auto coaching, qui leur permettent de perdre du poids.

Est-ce que les ressources, bon vous l'avez un peu dit, est ce que vous avez du mal à utiliser les ressources ? les diététiciennes etc.

Non les délais sont un peu longs pour accéder au REPPCO. Mais autrement, non pas spécialement.

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité ?

Je dirai que c'est un rôle d'incitation.

C'est à dire ?

Essayer de faire prendre conscience aux gens des problèmes qu'ils ont. Leur évoquer les moyens qu'ils ont à leur disposition pour essayer de sortir de cette spirale. Et puis voir avec eux comment on peut les mettre en place.

Quel serait votre sentiment vis à vis de votre prise en charge ?

Elle est modeste. J'ai le sentiment, d'être plus souvent mis en échec qu'en situation de réussite.

Dans quelle partie de la prise en charge, vous vous sentez le plus à l'aise ?

Aucune en particulier. Pas de malaise. Je ne suis ni mal à l'aise, ni à l'aise. Je rencontre une difficulté liée aux patients plus qu'autre chose.

Alors justement, parlons de difficultés. Vous parlez de difficultés liées aux patients. Est-ce que vous pouvez me détailler un petit peu ?

Oui, résistance à l'idée que l'obésité puisse être quelque chose de négatif pour eux. Et puis je pense que la récompense pour eux qu'il trouve dans la nourriture pallie beaucoup de problème. Mais fait qu'ils sont moins enclins à aller vers une résolution du problème.

D'autres difficultés que vous rencontré avec les patients obèses ?

Non, à part avec toutes les pathologies qui petit à petit se mettent en place.

Et pour finir, qu'est ce qui pourrait vous aider à les prendre en charge ?

Excellente question. Peut-être une sensibilisation publique sur l'idée et la pathogénicité de l'obésité. Peut-être qu'il n'y a pas assez de prise de conscience au niveau du public. Parce qu'autrement, sur un plan pratique pure, je crois qu'on a les moyens d'indiquer aux gens ce qu'il faut faire. Ou alors peut être la possibilité d'avoir des groupements où ils puissent faire de la gymnastique ou alors les inclure dans des programmes. Mais on a déjà le REPPCO, on a déjà ces choses-là.

Présentation du médecin :

- sexe : masculin
- nombre d'années d'exercice et d'installation : 36 ans
- type d'activité : urbain
- installation cabinet de groupe ou seul : seul
- formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 14 :

Racontez-moi une de vos dernières consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité chez l'adulte a été abordé.

Euh... Directement ou occasionnellement ? vous voulez dire, quelqu'un qui est venu pour cela ?

Pas forcément, il faut que la question ait été abordée durant la consultation sans que ce soit forcément le motif de consultation.

Alors je crois que la dernière fois, c'était quelqu'un qui avait mal à un genou. Manifestement une probable arthrose du genou avec des appuis et des axes des membres inférieurs qui commençaient à être un peu vacillants et qui avait manifestement un surpoids. Donc je pense que c'est ça la dernière. Et du coup, on a parlé de l'arthrose. La façon dont on pouvait effectivement la soulager mais surtout, finalement ça a débouché sur la perte de poids indispensable.

Comment vous avez abordé la question ?

Eh bien, en lui faisant remarquer qu'il était compliqué pour une articulation qui déjà commençait à être un petit peu de guingois de supporter pratiquement 20 ou 30 kilos de trop. Donc en imaginant qu'elle avait une ceinture de 20 ou 30 kilos de plomb autour de sa taille. Il était compliqué d'imaginer qu'elle puisse marcher normalement, avec ce qu'elle avait à son genou. Voilà, je pense que c'était une image, que j'essayais d'être assez pertinente pour la lui faire prendre conscience qu'il est indispensable de perdre du poids si elle voulait être soulagée.

Vous l'abordez toujours de cette manière ? la question ?

Non, là il se trouvait que ça paraissait évident. Elle avait un genou qui commençait à souffrir. Une douleur qui était quand même importante. Et manifestement un surpoids qui était conséquent. Donc ça peut venir autrement. Ça peut être lié par exemple à une prise de sang qui montre une hyperlipidémie, à quelqu'un qui a un diabète etc. Donc à partir du moment où on établit le trouble métabolique, ensuite on essaye de faire un lien pertinent avec son surpoids. Voilà, ça peut être ça aussi.

Vous l'abordez souvent comme ça ? Par les comorbidités ? enfin par les pathologies associées ?

Alors si c'est pas la personne qui l'aborde directement. Parce qu'il arrive aussi que les gens viennent pour ça. Plus rarement. Mais oui. C'est à dire qu'à un moment donné, c'est comme quelqu'un qui tousse et qui par ailleurs fume. Vous comprenez. Donc à un moment donné il vient pour sa toux chronique du matin et on aborde le sevrage tabagique. C'est pareil. C'est à dire qu'à un moment donné, la personne vient pour soulager l'effet d'une cause, qu'elle n'aborde pas elle-même. Donc voilà, on n'en vient là, à la cause, initiale.

Comment vous comptez prendre en charge ce patient ?

Alors il y a 2 façons de faire. C'est à dire que soit la patiente ou le patient. 2 fois sur 3 c'est bien d'une patiente dont il s'agit. Parce que les patients eux, c'est plus compliqué d'aborder le sujet et ils s'en fichent en général plus volontiers. Le principe, c'est de dire : « Ecoutez, voilà. Est-ce que vous êtes prêt à faire l'effort pour perdre du poids ? » Alors à ce moment-là, on n'en vient évidemment aux méthodes qui consistent à essayer de perdre du poids. Si on a affaire à quelqu'un qui gère sa propre alimentation. C'est plus facile. Si on a affaire à quelqu'un qui est dépendant de cantine, ou quelqu'un qui voyage. C'est plus compliqué.

Quelles ressources vous utilisez pour les aider dans la prise en charge de l'obésité ?

Quelles ressources ? Comment ça ?

Quels moyens vous utilisez ?

Ma propre conviction, j'essaye dans un premier lieu. Ce qui est déjà pas toujours facile. C'est à dire mon pouvoir de convaincre qui est lié effectivement à l'impact que je vais mettre dans mes arguments. Et puis le reste c'est plus difficile. C'est à dire que si on a affaire à quelqu'un qui est un peu immature, on va se faire aider par une diététicienne, un diététicien. Qui va lui faire un programme très strict. Si on a affaire à quelqu'un de plus élaboré au point de vue conscience. On va essayer de mettre en place un régime simple, des principes diététiques simples. Sans en arriver à peser les aliments. Ça dépend à qui on a affaire. Ça dépend du degré de conscience, de la motivation et surtout de la façon dont on peut être sûr que c'est bien compris et que ce sera appliqué.

Quelles difficultés vous avez à utiliser ses ressources ?

La première difficulté c'est d'être sûr d'avoir bien été compris. D'avoir été pertinent. Alors quelques fois il faut revenir plusieurs fois à la charge. Si chose dire. Oui parce que tout est là. C'est le degré de motivation de la personne. Tout le monde peut maigrir. Tout le monde. Maigrir ce n'est pas si compliqué que ça. Le problème c'est la volonté d'enclencher un processus qui quelques fois peut être difficile pour les gens. Parce que les mauvaises habitudes sont là. Et donc si vous n'avez pas de motivation... C'est comme pour arrêter de fumer. C'est exactement le même problème, C'est exactement pareil. Mauvaises habitudes, donc il faut être strict dans certains principes. Et pour ça, il faut être très très motivé. Si vous n'êtes pas motivé, ça peut pas marcher. Vous pouvez toujours dire, faut pas si, faut pas ça. Si la personne est moyennement motivée, elle a conscience que ce que je dis est juste mais que voilà... On n'empêchera pas la petite viennoiserie le matin, on n'empêchera pas de manger le petit gâteau, le petit biscuit à 4h, de manger les petits nougats ou chocolats devant la télé le soir. Donc, il continue à s'empiffrer de coca cola ou je ne sais quoi. Donc à un moment donné, il faut que les gens prennent non seulement conscience et aient ensuite une ferme intention d'y arriver. Donc c'est ce qui est compliqué. A partir du moment où vous avez à faire à des gens conscients et motivés, franchement c'est facile de maigrir. Et quand une personne dit « je n'y arrive pas », c'est parce qu'en fait elle n'a pas fait d'effort pour y arriver. Alors il y a des gens qui sont plus ou moins génétiquement adaptés à l'effort. Enfin ça va être plus ou moins facile. Mais quand vous hospitalisez quelqu'un et qu'elle passe une semaine sans manger, elle perd du poids. Donc voilà. Et la personne qui vous dit, « je ne mange rien docteur et pourtant je ne perds pas un gramme » c'est pas vrai. C'est pas

vrai. Alors c'est plus ou moins vrai selon la personne. On sait bien que métaboliquement, les effets de l'alimentation excessive seront différents selon telle ou telle personne. Certaines personnes pourraient s'empiffrer et n'en prendrait pas un gramme. D'autres, dès qu'elle dépasse un peu, et hop ça y est. Donc c'est l'impact du médecin. C'est sur son argumentaire et sa capacité de persuasion. Mais il faut aussi éviter de culpabiliser les gens. C'est à dire que les gens ne commettent pas un crime parce qu'ils sont en surpoids. Donc il faut pas non plus les culpabiliser. C'est un choix personnel, « est ce que vous voulez y arriver ou pas ? si vous voulez y arriver, je peux vous aider, on peut vous aider. Il faut être vraiment très motivé. Très motivé. Et ça la motivation, je peux vous aider à prendre conscience et après c'est vous qui serez l'acteur ou l'actrice. » Après on peut user de tous les moyens. Le meilleur moyen c'est de fixer des objectifs simples, accessibles. Jamais une ambition délirante à faire perdre 10kg en deux mois. Tout simplement, je serai content de vous voir le mois prochain avec un ou deux kilos en moins. Bon alors ça, un ou deux kilos en moins, ça paraît accessible. C'était le principe de Weight Watchers d'ailleurs, dont on ne parle plus beaucoup. Parce que c'était très commercial etc... Mais le principe de monter sur la balance tous les mois et de féliciter les gens quand ils y arrivent. Alors là c'était en plus devant d'autres personnes. C'est le principe. Ils sont tous en groupe et puis les gens arrivent. Et la motivation, c'est de montrer au groupe qu'on y est arrivé. Qu'on a perdu 300g, 500g, 1kg. On monte sur la balance et là il y a l'évaluation voilà. J'ai perdu 500g et tout le monde applaudi. Alors bon, c'est ce qu'on peut faire au cabinet, gentiment. Et puis s'ils n'y arrivent pas, on va pas les fâcher. On ne va leur dire, « c'est pas bien ce que vous faites, c'est inadmissible ». Non c'est pas simple de perdre du poids pour toutes ses raisons là. Donc quand ils y arrivent, faut les motiver. Mais ce qui est dur c'est, en général on y arrive très facilement pour les 3 premiers mois ou les 6 premiers mois. En général tout ça on y arrive. C'est dans la durée, que c'est compliqué. Les objectifs court terme, ils y arrivent. Après les mauvaises habitudes reviennent.

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité ?

L'accompagnement. On peut user de plein de trucs. Mais le médecin généraliste est là pour accompagner dans ce domaine-là comme dans d'autres. Il accompagne. C'est à dire qu'il soutient. Il n'est pas un juge. Il est là pour conseiller, il est là pour motiver et pour aider, pour relancer. Voilà comme un accompagnement. Une orientation et un accompagnement. Alors accompagner, c'est pas seulement constater. Accompagner, c'est orienter et dire non là, non là. Et puis après il y a le degré de confiance. Les gens avouent ensuite même leurs imperfections et évitent de vous raconter des histoires. Souvent ces gens-là se mentent à eux même, et mentent au médecin. Quand vous dites, « J'y arrive pas et pourtant j'ai fait tous les efforts » c'est pas vrai. Le plus souvent, c'est pas vrai du tout. Donc à un moment donné, pop pop pop, « ben attendez tous les efforts ? vous êtes sur ? Etes-vous bien sûr ? » « Oui ben certes le week-end dernier, bon il y a eu des amis. Je ne pouvais pas faire autrement. Il y avait l'anniversaire de la petite, vous pensez bien donc. En faisant le gâteau de la petite pour le soir, donc bon voilà ». Ben mais il faut être bienveillant. Mais toujours remettre sur les rails. Bienveillance mais aussi intransigeance pour les objectifs.

Quel serait votre sentiment, vis à vis de votre prise en charge ?

Quand j'y arrive, c'est une immense satisfaction. Ah ben oui. Quand on y arrive pas, ben euh on est déçu. On dit, on n'a pas été très performant. On n'a pas réussi à motiver la personne. Voilà, mais quand on y arrive, c'est super. C'est important que la personne ressente que vous êtes content. Vous savez, les patients se conduisent comme des enfants. C'est

exactement le même principe qu'utilise les coachs sportifs. Ils sont des accompagnants dans l'effort. C'est exactement un athlète, un sportif de petit niveau, de moyen niveau, de haut niveau, peu importe. Souvent les efforts qu'il fait, c'est pour faire plaisir à son entraîneur ou à son coach. C'est frappant. Je vais faire une digression, mais qui est assez juste je pense. Vous prenez une équipe de football. Y'a une différence énorme entre l'envie de faire plaisir à l'entraîneur, et le fait d'être en conflit avec l'entraîneur. Même si que votre intérêt est que l'équipe gagne. Parce que vous avez une prime etc. Mais si vous n'êtes pas en adéquation avec votre entraîneur, eh ben l'équipe n'est pas performante, généralement. Alors que quand l'entraîneur et les joueurs, et là c'est pareil, vous êtes un entraîneur médical, le médecin. Quand l'entraîneur et les joueurs sont en phase, eh ben le joueur, il est là souvent pour satisfaire l'entraîneur, inconsciemment. Alors c'est pourtant dans son intérêt propre. C'est pour ça que leur donner des objectifs mensuels en disant « Vous reviendrez me voir dans un ou deux mois, puis là on verra quel est le résultat. » Si on voit que le coach est satisfait et content, que le médecin est content. Eh ben cette autosatisfaction ressort, jailli sur le patient, ça c'est sûr. Je fais ça pour moi. Mais en même temps inconsciemment je le fais aussi pour faire plaisir à celui qui me l'a dit. Et ça j'y crois beaucoup. Alors donc il faut une complicité, une confiance. Sinon on n'y arrive pas. Et ça c'est très très important. Chose qui sera peut-être moins perçue par les gens, ça va être l'évolution de la médecine moderne. Style dispensaire. Vous voyez ? Quand vous avez rendez-vous à 16 heures. Que vous pensez voir le Dr Puchemolle et puis c'est Dr truc qui arrive. La complicité pour la prise en charge du poids par exemple, tout s'effondre. Vous voyez ce que je veux dire ? Et c'est là que la relation médecin malade patient est extrêmement importante. Alors que la médecine de dispensaire, traitera très bien les choses statistiques, les vaccinations, l'angine, la bronchite, les machins. Mais ça qui est une relation vraiment intime, non mais parce que là on rentre dans la vie des gens. Voilà. Pourquoi mange t'elle des petits gâteau le soir à s'empiffrer ? pourquoi se lève t'elle la nuit pour aller tout d'un coup dévorer la crème chantilly ? Voilà, la médecine de dispensaire, elle va avoir à mon avis du mal à aborder le sujet.

Alors au niveau des difficultés vous m'avez parlé de la motivation du patient, de l'implication qu'il mettait dedans. Quelle autre difficulté, autre que celle-là du coup, vous avez avec les patients obèses ?

En dehors de la prise de conscience vous voulez dire ?

Oui voilà.

Alors, honnêtement, bien souvent, c'est un problème de niveau social. Quand vous mettez en place des principes de cuisine, d'alimentation et que la personne vous dit, comme ça m'est arrivé récemment, « ben écoutez, moi je n'ai comme façon de me nourrir à bon marché, que de manger des pâtes et des pommes de terre et vous me dites de manger des fruits, des légumes et des machins, des trucs, mais ça c'est trop cher pour moi ». Ça arrive ça. Parce que l'alimentation basse calorie et de qualité est une alimentation plus couteuse que l'alimentation hypercalorique basique avec bon le pain, les pommes de terre, les pâtes. Vous voyez. Vous vous nourrissez avec du pain, des pâtes, des pommes de terre, à bas cout. Pas très cher. Même si paraît-il les pommes de terre cette année vont prendre du... Mais bon, c'est quand même pas très cher. Si vous leur dites, bon ben ce serait bien de faire une petite salade, voilà avec un peu de verdure et surtout manger des fruits et varier votre alimentation. Mais oui, mais les fruits, quand vous voyez le prix du kilos de pêche ou les kiwis ou autre machin, voilà. Ça c'est un problème. Un problème financier. Problème

d'habitude culturelle de cuisine. Et ça, le niveau social, honnêtement est très lié à ce mode culturel de cuisine. Quand vous dites par exemple, il faut cuisiner plutôt en faisant griller votre viande. Bon c'est pas ce que font les gens d'un niveau social faible. Ils ont plus l'habitude de faire cuire tout ça dans la poêle avec de l'huile ou du beurre. C'est une réalité. Pas un jugement, c'est une réalité. Ils ont toujours fait comme ça. Et le mode de cuisson, la diversité, c'est vraiment lié, je trouve, au niveau social, au mieux, au pouvoir d'achat.

Dans quelle partie de la prise en charge de l'obésité, vous vous sentez le plus à l'aise ?

J'ai aucun secteur, où je ne me sens pas à l'aise. Donc y'en a pas un où je me sens plus à l'aise.

Pour finir, qu'est ce qui selon vous pourrait vous aider à la prise en charge ?

Je pense que ce serait, ce qui est très efficace, c'est les campagnes d'information télé. Je vais citer des exemples où ça nous a véritablement aidé. Du style par exemple, les antibiotiques c'est pas automatique. Vous voyez, ce genre de bêtise caricaturale. Eh ben, franchement, ça, ça nous a aidé de manière considérable. Quand on dit à quelqu'un, « bon écoutez, je ne vais pas vous donner des antibiotiques parce que là vous avez ... » Eh ben, les enfants même répétaient, « ah oui les antibiotiques c'est pas automatique ». Ce que dit mon médecin, c'est dit à la télé aussi. Donc c'est d'autant plus dans la réalité. Donc voilà, je pense que ce serait les campagnes d'information pour lutter contre l'obésité. Et ce serait extrêmement profitable par des campagnes audiovisuelle, média en général, mais surtout audiovisuelle. Le fait, par exemple, de voir aux Etats unis, ce qui se passe actuellement, l'évolution de la population américaine c'est une catastrophe absolue. Les européens sont mieux lotis. Mais quand on voit la différence entre les allemands et les français. Le nord de l'Europe est beaucoup plus atteint, je pense. C'est l'impression que j'ai. Il me semble avoir lu à une époque que le nord de l'Europe était beaucoup plus... voilà je pense que c'est ça qui serait le plus marquer, alors sans véritablement exagérer sur le mode. Il ne faut pas culpabiliser les gens. Il faut au contraire positiver. Quand on est pas en surpoids, on gagne en espérance de vie, on gagne de la qualité de vie. C'est sur ce thème-là. Et puis on est plus à même pour l'espérance de vie, de préserver cette espérance. Parce que, on n'est moins atteint par des complications liées à l'obésité.

Merci beaucoup.

Présentation du médecin :

-sexe : masculin

-nombre d'années d'exercice et d'installation : 40 ans

-type d'activité : urbain

-installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe

-formation en diététique ou nutrition : non

Entretien 15 :

Racontez-moi une de vos consultations au cours de laquelle le sujet de l'obésité chez l'adulte a été abordé.

Oh là ! Bonne question... Alors c'est pas toujours une consultation sur l'obésité, puisque ça, les patients ils ont toujours un peu de mal. C'est souvent abordé quand par exemple ils disent « Ah je sais ! » On les met sur la balance, et puis « ah je sais, j'ai pris du poids et il faudrait que j'en perde ». D'accord, donc dans ces cas-là, pour moi c'est une porte d'entrée pour essayer de voir. Alors déjà, vérifier leur motivation vraiment, parce qu'ils disent des fois qu'ils veulent en perdre mais ils sont pas forcément motivés pour le perdre. C'est ce que j'ai ressenti. Et souvent, moi je travaille avec le système ASALEE, l'infirmière ASALEE, que vous connaissez, je pense. Et donc je leur propose souvent une consultation avec elle pour voir un petit peu au niveau de leur alimentation, de leur équilibre alimentaire et pour voir avec eux éventuellement une perte de poids. Et donc à ce moment-là. C'est soit ils disent « ah non ben non, ça va aller, je vais me débrouiller tout seul, on reverra plutard ». Donc là, la motivation, je pense qu'elle n'est pas vraiment là. Et la deuxième chose, soit dans ces cas-là, ils me disent « oui, pourquoi pas ». Et donc ils y vont. Alors quand ils y vont déjà une première fois c'est bien. Soit ils font le suivi et ça arrive parfois que ça marche bien. Ou des fois ils laissent tomber au bout d'une ou deux fois, parce que pour eux c'est trop contraignant. Bien sûr il y a l'activité sportive associée, qu'il faut toujours dire. Et puis ils savent très bien, moi souvent les patients obèses que j'ai, soit ils sont diabétiques, enfin ils ont plein de facteurs de risque cardiovasculaire. Donc à suivre voilà.

Vous l'abordez toujours de cette manière ?

Je sais pas trop, moi souvent c'est une prise sur la personne, qui voilà, qui a pris du poids en fait. Qui le signale. Parce qu'ils savent qu'ils ont du poids. Je dis jamais le mot obésité. Parce que j'ai remarqué que c'était très péjoratif. Ils aiment pas du tout ça et ça les « hop » tout de suite, met en arrière et on sent qu'ils se ferment comme une huître. Donc effectivement ils ont trop de poids. Toujours, je pense peut-être pas, mais dans les présences que j'ai faites, oui. Après j'ai pas un très très grand recul par rapport à ça non plus. Puisque je suis installé depuis pas très longtemps et j'ai fait des remplacements. Et des obèses on en a, mais pas non plus euh voilà. On en a aussi que j'ai adressé au REPPCO. C'est arrivé aussi. Ceux qui étaient très motivés pour ça et qui voulaient avoir une prise en charge autrement. Je les ai adressés au REPPCO à Angoulême. Où ils avaient toute une structure et tout un dépistage. Et j'en ai deux, ils ont pris contact comme je leur avait dit. Moi j'ai pas de nouvelles depuis, mais euh voilà. Y'a ça également.

Est-ce que, à part du coup le REPPCO, l'infirmière ASALEE, est ce que vous connaissez d'autre ressource ?

Euh là, dans le coin, pas forcément. Alors il y a tout ce qui est chirurgie etc. mais bon le plus souvent c'est par le REPPCO. Euh non, moi dans le coin, j'en connais pas d'autres.

Quelles difficultés avez-vous à les mettre en place ? les ressources que vous avez ?

Les difficultés, ben en fait, elles viennent principalement du patient en fait. Le frein il est là, parce qu'il faut que ça soit, déjà lui qui soit motivé et qu'il veuille y aller et qu'il fasse des

démarches dans sa tête de vouloir se prendre en charge aussi. Je veux dire, nous on peut donner des conseils, on peut lui dire, mais si lui, il n'est pas prêt dans sa tête à perdre du poids, ou que souvent il y a un facteur déclencheur des fois, quelqu'un qui a fait un infarctus, quelque chose. Et puis là, il se dit « oulala, il faut que je me prenne en main quoi ». Donc voilà. L'infirmière, elle est à côté donc c'est pas une difficulté. Le REPPCO, souvent, il faut faire un courrier et on leur donne le numéro. Voilà, donc moi la difficulté, ça va être le patient qui va vouloir y aller quoi pour se prendre en charge. Pour moi. Après voilà, je ne connais pas d'autres structures.

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité ?

Ben écoutez, le rôle déjà, c'est de voir un peu, pas de dépistage mais justement de pousser le patient ou de voilà, quand il évoque le sujet, essayer de pousser la porte, pour voir si on peut aller plus loin. Et puis après c'est vrai que ça ne va pas être forcément un sujet chez quelqu'un qui est obèse, qui vient pour autre chose. Peut-être que parfois, je ne vais pas forcément aborder et dire : « votre poids, où est ce que vous en êtes ? ». On le fait plus pour le tabac, « vous avez pensé à arrêter ? » C'est vrai que pour le poids, moi, je ne vais pas toujours aborder la question. Mais quand ils ont tendance à ouvrir la porte, c'est vrai que quand ils montent sur la balance et je vois qu'ils ont pris un peu, des fois je pousse un peu. Mais s'ils disent pas grand-chose ou qu'ils veulent pas. Ben je ne vais pas forcément plus loin quoi.

Quel sentiment éprouvez-vous, vis-à-vis de votre prise en charge ?

Savoir si je fais bien les choses ou pas, savoir si je vais plus loin ou pas. Moi à partir du moment où je peux aider mon patient, je suis satisfaite mais maintenant, il faut avoir le retour et là, jusqu'à présent... Certains, j'ai eu des retours d'infirmières et là je vois que ça marche. Donc c'est plutôt positif et ils en ont plutôt content. Donc voilà ; c'est plutôt satisfaisant. Voilà, d'autres après, ça ne marche pas forcément et là, ça peut venir de plusieurs paramètres, d'eux ou pas, donc voilà. Après, chez les patients qui prennent beaucoup de poids, en peu de temps aussi, je fais quand même souvent une prise de sang pour vérifier qu'il n'y ait pas de problème thyroïdien ou de chose comme ça. Et puis avec les facteurs de risque de l'obésité, il faut quand même vérifier les diabètes etc. ça quand même, je le fais assez régulièrement, euh voilà, mais bon.

Dans quelle partie de la prise en charge, vous vous sentez le plus à l'aise ?

Moi je délègue pas mal pour la perte de poids, d'accord, puisque je laisse à l'infirmière ou au REPPCO. Après moi je les suis sur le plan traitement, prise de sang et facteur de risque cardiovasculaire en fait. Voilà c'est mon travail, j'ai pas de difficulté par rapport à ça. En fait, la difficulté, c'est vrai que l'obésité, l'obèse c'est compliqué, le poids à gérer pour eux. Peut-être la partie psychologique où je suis le moins à l'aise parce que ça c'est pas facile à gérer. Mais la partie clinique on va dire et le suivi, ça ça va.

Mise à part la motivation du patient comme vous nous l'avez dit, quelles autres difficultés, vous avez avec les patients obèses ?

Parfois, prendre la tension avec un appareil adapté. Après c'est peut-être leur faire comprendre aussi, tout ce qui est risque avec cette obésité. Puisqu'il y a des obèses qui vont très bien, qui n'ont pas forcément de tension, de diabète ou d'autre chose comme ça et qui se porte bien. Et dans ces cas-là, c'est difficile quelque fois de leur faire comprendre qu'ils sont à risque de développer tout ça. Alors que bon, ils se sentent bien. C'est comme tous les diabétiques, « ben je vais bien, pourquoi vous m'embêtez à aller voir le cardio, le machin ou le truc ». Peut-être cette partie-là quoi. Essayer de faire comprendre au patient, qu'il y a un réel enjeu. Parce que voilà. Alors s'ils veulent l'entendre, ils l'entendent. Mais y'en a d'autres, bon ben, tant que ça n'arrive pas, on n'a pas envie forcément de faire le suivi quoi.

Et pour finir, qu'est ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge de l'obésité ?

Ce serait plutôt chez l'enfant je trouve qu'on n'a le plus de difficulté. Chez l'adulte, qu'est-ce que l'on pourrait mettre en place ? Bonne question. Alors peut être par rapport au REPPCO, j'ai pas eu de courrier, j'ai pas eu de retour. Donc peut être un retour de ce qu'il se passe là-bas. Parce que les deux que j'ai envoyé, ça fait déjà quelque mois. Je pense qu'ils les ont vu et tout. J'ai rien, je ne sais pas ce qu'ils ont fait. Ce qu'ils ont fait comme bilan, quel suivi, est ce que les gens perdent du poids ? est-ce que ça va ? est ce qu'ils vont avoir une chirurgie ? ça je ne sais pas. Donc peut être quand même un retour. Alors peut être qu'ils le font, mais moi je n'ai rien eu pour le moment. Je ne sais pas si ça met longtemps ou pas. Ça je n'en sais rien. Donc voilà, ça ça serait déjà pas mal, par rapport au suivi du patient. Voilà, après je sais pas, bon les infirmières sont pas mal formées. Je sais pas, peut être avec nous, avoir plus de lien avec elle des fois sur le suivi des patients. On le fait peut-être pas suffisamment. Et puis voilà, les recommandations n'ont pas trop changé depuis. Bon j'ai pas d'autre réponse.

Présentation du médecin :

- sexe : féminin
- nombre d'années d'exercice et d'installation : 1 an d'installation et 3 ans d'exercice
- type d'activité : semi-rural
- installation cabinet de groupe ou seul : cabinet de groupe
- formation en diététique ou nutrition : non

Résumé :

Introduction : L'obésité est un problème de santé publique mondial qui affecte en France 15% de la population. Le médecin généraliste de par sa position dans le parcours de soins est le premier interlocuteur et donc joue un rôle important dans la prise en charge de cette maladie. Cependant, la prise en charge n'est pas aisée et le médecin rencontre des difficultés. Il existe peu de données concernant le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de leur prise en charge de cette maladie. Une étude a été menée dans le département de la Charente dans le but de recueillir le sentiment des médecins généralistes quant à la prise en charge de l'obésité, les difficultés rencontrées ainsi que quelques suggestions d'amélioration.

Méthodologie : L'enquête était basée sur des entretiens individuels semi-dirigés réalisés au cabinet de 15 médecins généralistes. Les médecins ont été choisis de manière à avoir une population hétérogène sur le sexe et le lieu d'exercice. Tous les entretiens ont été retranscrits. Les verbatims ont ensuite été codés grâce au logiciel RQDA. Une triangulation des données a eu lieu lors de l'encodage.

Résultats : Selon les médecins l'abord de la question de l'obésité est un exercice délicat où seuls quelques médecins interrogés le pratiquent de manière systématique. Les difficultés d'abord peuvent être en lien avec la représentation que le médecin se fait du patient. Les médecins ne sont pas d'accord vis-à-vis de leur rôle dans la prise en charge, certains estiment avoir un rôle primordial tandis que d'autres pensent avoir un rôle secondaire. De nombreux médecins interrogés délèguent la prise en charge à d'autres professionnels de santé. Globalement, les médecins disent avoir une prise en charge non optimale de l'obésité même si peu d'entre eux sont tout de même satisfaits. Les difficultés rencontrées peuvent être liées au médecin (manque de temps, de motivation, de formation), au patient (manque de motivation, difficulté d'acceptation, réticence aux changements de habitudes alimentaires, difficultés socio-économiques) ainsi qu'aux ressources (absence de prise en charge des consultations diététiques, moyens de transport). Les suggestions d'améliorations concernaient à la fois les médecins (avec une meilleure formation), les patients (avec la mise en place d'activité physique). De nombreux médecins, ont insisté sur le fait qu'une meilleure information des patients vis-à-vis de l'obésité et de ses conséquences est nécessaire afin d'avoir une prise de conscience des patients.

Conclusion : La prise en charge des patients obèses est un enjeu majeur de santé publique. Les médecins généralistes même s'ils délèguent de plus en plus la prise en charge ont une place centrale et n'ont pas une prise en charge optimale. Pour les médecins généralistes, les obstacles sont nombreux à la fois de leur propre fait et de ceux des patients. Mener des actions préventives dès l'enfance et une meilleure information du patient semblent être une priorité pour les généralistes.

MOTS-CLÉS : Obésité, médecine générale, ressenti, insatisfaction, difficultés de prise en charge, suggestions d'amélioration