

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 16 Avril 2015 à Poitiers
par **Monsieur Nicolas DEBOEVERE**

Titre

**Obésité morbide : enquête transversale régionale
Gestion des patients en pratique de médecine générale**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre FAURE

Membres :

- Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
- Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Xavier PIGUEL

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 16 Avril 2015 à Poitiers
par **Monsieur Nicolas DEBOEVERE**

Titre

**Obésité morbide : enquête transversale régionale
Gestion des patients en pratique de médecine générale**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre FAURE

Membres :

- Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ
- Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Xavier FIGUEL

LISTE DES ENSEIGNANTS

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

- 1- AGIUS Gérard, bactériologie – virologie
- 2- ALLAL Joseph, thérapeutique
- 3- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- 4- BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie
- 5- BRIDOUX Frank, néphrologie
- 6- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- 7- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- 8- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- 9- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- 10- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- 11- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie – réanimation
- 12- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- 13- DROUOT Xavier, physiologie
- 14- DUFOUR Xavier, Oto – Rhino – Laryngologie
- 15- EUGENE Michel, physiologie
- 16- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- 17- FRITEL Xavier, gynécologie – obstétrique
- 18- GAYET Louis- Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- 19- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatre
- 20- GILBERT Brigitte, génétique
- 21- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- 22- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- 23- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- 24- GUILLET Gérard, dermatologie
- 25- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- 26- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- 27- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- 28- HERPIN Daniel, cardiologie
- 29- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- 30- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- 31- IRANI Jacques, urologie
- 32- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- 33- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- 34- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- 35- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- 36- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
- 37- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- 38- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- 39- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- 40- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- 41- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- 42- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- 43- MACCHI Laurent, hématologue
- 44- MARECHAUD Richard, médecine interne
- 45- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- 46- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- 47- MIGEOT Virginie, santé publique
- 48- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

- 49- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- 50- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- 51- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- 52- ORIOT Denis, pédiatrie
- 53- PACCALIN Marc, gériatrie
- 54- PAQUEREAU Joël, physiologie
- 55- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- 56- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- 57- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- 58- POURRAT Olivier, médecine interne
- 59- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologie
- 60- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- 61- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- 62- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- 63- ROBERT René, réanimation
- 64- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- 65- ROBLOT Pascal, médecine interne
- 66- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- 67- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
- 68- SILVAIN Christine , hépato-gastro-entérologie
- 69- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- 70- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- 71- TOUCHARD Guy, néphrologie
- 72- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- 73- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- 1- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- 2- ARIES Jacques, anesthésiologie – réanimation
- 3- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- 4- BEN – BRIK Eric, médecine du travail
- 5- BILAN Frédéric, génétique
- 6- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- 7- CASTEL Olivier, bactériologie – virologie – Hygiène
- 8- CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- 9- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- 10- DAHYOT – FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- 11- DIAZ Véronique, physiologie
- 12- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- 13- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- 14- HURET Jean-Loup, génétique
- 15- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- 16- SAPANET Michel

- 17- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- 18- THILLE Arnaud, réanimation
- 19- TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- 1- BINDER Philippe
- 2- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- 1- BIRAULT François
- 2- BOUSSAGEON Rémy
- 3- FRECHE Bernard
- 4- GIRARDEAU Stéphane
- 5- GRANDCOLIN Stéphanie
- 6- PARTHENAY Pascal
- 7- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- 1- DEBAIL Didier, professeur certifié
- 2- PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- 1- DORE Bertrand, urologie
- 2- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie
- 3- GIL Roger, neurologie
- 4- MAGNIN Guillaume, gynécologie – obstétrique
- 5- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie
- 6- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- 1- ALCALAY Michel, rhumatologie
- 2- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- 3- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- 4- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- 5- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- 6- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- 7- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- 8- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- 9- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- 10- BURIN Pierre, histologie
- 11- CASTETS Monique, bactériologie – virologie – hygiène
- 12- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- 13- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- 14- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- 15- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- 16- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- 17- DESMAREST Marie-Cécile, hématologue
- 18- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- 19- FONTANEL Jean-Pierre, oto-rhino-laryngologie (ex-émérite)
- 20- GOMBERT Jacques, biochimie
- 21- GRIGNON Bernadette, bactériologie

- 22- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- 23- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- 24- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- 25- KLOSSEK Jean-Michel, oto-rhino-laryngologie
- 26- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- 27- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- 28- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatre
- 29- MARILLAUD Albert, physiologie
- 30- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- 31- POINTREAU Philippe, biochimie
- 32- REISS Daniel, biochimie
- 33- RIDEAU Yves, anatomie
- 34- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- 35- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- 36- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- 37- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre FAURE, président du jury,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. J'ai été sensible aux conseils que vous m'avez prodigués pour sa réalisation. Soyez assuré de mes remerciements respectueux.

A Monsieur le Docteur Xavier FIGUEL, directeur de cette thèse,

Je vous remercie d'avoir dirigé cette thèse. J'ai été sensible à l'attention que vous avez portée à mon travail. Votre écoute, vos conseils et votre investissement m'ont permis d'accomplir ce projet. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. J'ai pu bénéficier au cours de ma formation de la qualité de votre enseignement qui m'a donné goût à la médecine d'urgence et à la réanimation. Je tiens à vous exprimer mes remerciements et ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je tiens à vous exprimer mes remerciements et mon profond respect.

A Madame Élise GAND,

Pour votre aide précieuse concernant la méthodologie de cette thèse, vous trouverez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A Max et Alex, les copains,

Je vous remercie pour tous ces bons moments passés à la faculté et en dehors. Soyez assurés de ma sincère amitié.

A Thom, Simon et Augustin, mes frères,

Je vous remercie pour tous les moments de bonheur et de rire lorsqu'on se retrouve à la maison. Ces instants m'ont permis de garder de la motivation tout au long de ces années d'étude. Soyez assurés de tout mon amour.

A mes parents,

Vous m'avez soutenu tout le temps de mes études et de ce travail. Soyez assurés de tout mon amour.

TABLE DES MATIERES

◆ TABLE DES ILLUSTRATIONS	8
◆ INTRODUCTION	9
◆ METHODOLOGIE	13
◆ RESULTATS	16
◆ DISCUSSION	21
◆ CONCLUSION	25
◆ BIBLIOGRAPHIE	26
◆ REDACTION DES ENTRETIENS.....	27
◆ RESUME ET MOTS CLES.....	48
◆ SERMENT D'HIPPOCRATE.....	49

TABLE DES ILLUSTRATIONS

◆ TABLEAU I : Caractéristiques des médecins ayant répondu au sondage.....	16
◆ TABLEAU II : Professionnels recevant les patients obèses adressés par le médecin généraliste.....	17
◆ TABLEAU III : Proposition d'outils diagnostiques pour l'obésité.....	19
◆ FIGURE 1 : Différents abords de l'obésité par le médecin généraliste	18
◆ FIGURE 2 : Méthodes de chirurgies bariatriques connues par les médecins généralistes.....	20
◆ FIGURE 3 : Différentes ressources utilisées pour la prise en charge de l'obésité morbide.....	20

INTRODUCTION

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

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en Kg/m². L'OMS définit le surpoids comme un IMC supérieur ou égal à 25 et l'obésité comme un IMC supérieur ou égal à 30. 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 un autre.

A l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980 à 2008. Le surpoids et l'obésité sont les premiers facteurs de risque de décès au niveau mondial avec environ 3,4 millions de décès chaque année.

Le surpoids concerne 1,9 milliards de personnes de 20 ans et plus, parmi lesquelles plus de 200 millions d'hommes et près de 300 millions de femmes sont obèses.

Trente-cinq pour cent des adultes âgés de 20 ans et plus étaient en surpoids et 11% étaient obèses en 2008.

Soixante-cinq pour cent de la population mondiale habitent dans des pays où le surpoids et l'obésité tuent plus de gens que l'insuffisance pondérale.

Le surpoids et l'obésité concernent près de 40 millions d'enfants de moins de 5 ans.

En France, selon le rapport ObEpi-Roche 2012 (2), la prévalence de l'obésité a augmenté quel que soit le sexe mais on observe un ralentissement de la progression entre 1997 et 2012.

L'augmentation relative de la prévalence de l'obésité entre 1997 et 2012 est plus importante chez la femme que chez l'homme.

La prévalence de l'obésité augmente régulièrement avec l'âge. Le tour de taille augmente avec l'âge. Il passe de 85,2 cm en 1997 à 90,5 cm en 2012, soit + 5,3 cm au total en 15 ans quelque soit le sexe.

En 2012, 32,3% des français adultes sont en surpoids ($25 < \text{ou} = \text{IMC} < \text{ou} = 30 \text{ Kg/m}^2$) et 15% présentent une obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) soit 6 922 215 personnes et 1,2% soit 550 110 personnes sont en obésité morbide soit avec un $\text{IMC} > 40 \text{ Kg/m}^2$.

Le pourcentage de français sans surpoids est passé de 62% en 1997 à 53% en 2012.

La prévalence de l'obésité morbide est passée de 0,3% en 1997 à 1,2% en 2012.

La population des personnes obèses chez les 65 ans et plus est plus importante que dans la population des 18 ans et plus : 18,7%

Elle est comparable chez les hommes (19%) et les femmes (18,4%).

En 2012, comme dans chaque étude ObEpi depuis 1997, il existe une relation inversement proportionnelle entre le niveau de revenus du foyer et la prévalence de l'obésité.

En Poitou-Charentes, la prévalence de l'obésité était de 13,8 % en 2012 contre 8,8% en 1997 ; la moyenne nationale étant de 15% en 2012.

Selon l'OMS (1), la cause fondamentale de l'obésité est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées. Ainsi, au niveau mondial, on a assisté à une plus grande consommation d'aliments très caloriques riches en graisses ; et une augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation.

Pour l'OMS (1), l'évolution des habitudes en matière d'alimentation et d'exercice physique sont souvent le résultat de changements environnementaux et sociétaux liés au développement et d'un manque de politiques de soutien dans les secteurs tels que la santé, l'agriculture, les transports, l'urbanisme, l'environnement, l'industrie agroalimentaire, la distribution, le marketing et l'éducation.

Ainsi, selon l'OMS, en prenant des mesures hygiéno-diététiques tels qu'une activité physique régulière notamment sur le lieu de travail, une alimentation équilibrée, une composition des plats de l'industrie agroalimentaire moins riches en graisse, en sels et en sucre, un marketing prônant l'activité physique auprès des enfants et une alimentation saine, abordable à l'ensemble de la population, il est possible de réduire considérablement le taux d'obésité.

L'obésité est donc un véritable problème de santé publique. Pourtant, après 15 ans d'études épidémiologiques sur le sujet et de mesures instaurées, nous n'arrivons pas à faire diminuer la prévalence de personnes obèses.

Les médecins généralistes sont en première ligne pour détecter les patients obèses. Plusieurs études ont cherché à comprendre comment se faisait la prise en charge de ces patients. Aurélie Bocquier, et al. ont ainsi publié dans la presse médicale (3) une étude par enquête téléphonique dans la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) afin de décrire les attitudes, les connaissances et les pratiques des médecins généralistes (MG) concernant la prise en charge des problèmes de poids chez les enfants et les adultes. Ils ont constaté qu'ils y avaient une distorsion entre la théorie et la pratique lors de la prise en charge de l'obésité. La plupart des MG sont préoccupés par l'importance croissante de l'obésité qui leur paraît relever de leur compétence. Parallèlement, les MG expriment un profond scepticisme sur leur efficacité. Selon eux, ce sentiment d'échec est probablement favorisé par l'antagonisme des modèles de représentation du surpoids des médecins et des patients.

Pour Jonathan Couturier, Jean-Sébastien Daigle, Scott Maltais et Josée Daigle, étudiants en science de la santé à l'université de Sherbrooke au Canada (4), les médecins de famille perçoivent la prise en charge des patients obèses comme une de leurs responsabilités. Ils favorisent tout d'abord les mesures hygiéno-diététiques (sport, alimentation) mais constatent une pauvre efficacité de celle-ci. Selon eux, les principaux obstacles à la perte de poids sont la motivation des patients, la présence de comorbidités ainsi que la sensibilisation inadéquate aux saines habitudes de vie. Dans leur mémoire intitulé « La gestion des patients obèses chez les médecins de famille », ils évoquent également l'utilisation de traitements pharmaceutiques à mécanisme central (Tenuate[®], Lonamin[®], Sanorex[®]) ou périphérique (Orlistat). Seul ce dernier semble être utilisé par les médecins de famille. En France, seul l'Orlistat est disponible dans le traitement spécifique de l'obésité.

L'Orlistat est un agent à action périphérique, inhibiteur des lipases gastro-intestinales. Sa posologie est de 3 comprimés de 120 mg par jour. Ses effets secondaires principaux sont des symptômes gastro-intestinaux (stéatorrhées, diarrhée, flatulence, défécation impérieuse) et diminution de l'absorption des vitamines liposolubles. Son efficacité a été étudiée par Thomas A. Wadden and al. dans un article original publié dans The New England Journal of Medicine de novembre 2011, intitulé « A two-year Randomized Trial of Obesity. Treatment in Primary Care Practice ».(5)

Dans cette étude, ils comparaient 3 prises en charge de l'obésité en soins primaires : une prise en charge dite classique par le médecin généraliste (conseils hygiéno-diététiques et suivi régulier), une prise en charge classique avec un suivi par un coach diététique et une prise en charge classique avec coach et traitement pharmaceutique, notamment l'orlistat. Les résultats ont montré une perte de poids supplémentaire avec le traitement médicamenteux mais de façon non significative.

Par ailleurs, comme mentionné ci-dessus, la prévalence de patients en obésité morbide augmente également. Des prises en charge spécifiques de ces patients avec notamment la chirurgie bariatrique sont en développement actuellement. Cette chirurgie connaît un essor important puisque 40 000 patients sont désormais opérés chaque année selon le Pr Olivier Ziegler (6) (service de diabétologie, CHU Nancy). Cependant, après un traitement chirurgical de l'obésité sévère, 30 à 50% des patients sont perdus de vue. Ceci est préoccupant puisque le risque de reprise de poids, de carences nutritionnelles et de complications, potentiellement graves, est très élevé. Un suivi à vie est indispensable pour ces patients. « *Il convient donc de construire un parcours de soins adapté, s'appuyant sur une coordination entre médecine de ville et centres médico-chirurgicaux, notamment pour améliorer l'éducation thérapeutique des patients* », souligne le diabétologue.

Malgré la mise en place de recommandations sur la prise en charge de l'obésité, la prévalence de personnes obèses ne cesse d'augmenter. L'objectif principal de cette étude transversale observationnelle est d'identifier les obstacles à la prise en charge de l'obésité du point de vue des médecins généralistes uniquement en évaluant leur pratique dans la région Poitou-Charentes : quelles sont les limites de la prise en charge de l'obésité faite par le médecin de ville ? Pourquoi selon eux, le nombre d'obèses continue à augmenter alors que des recommandations sont établies et que des études ont déjà montré certains obstacles à cette prise en charge ? L'objectif secondaire est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur la chirurgie bariatrique.

METHODOLOGIE

Cette enquête observationnelle, qualitative, transversale a été menée en Poitou-Charentes du 1er octobre 2013 au 5 novembre 2014 auprès des médecins généralistes de la région. Elle s'est inspirée de l'étude Canadienne réalisée par Jonathan Couturier, Jean-Sébastien Daigle, Scott Maltais et Josée Daigle, à la faculté des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke-Site de Moncton en Mars 2011, intitulée « gestion des patients obèses chez les médecins de famille du Réseau de Santé Vitalité »(4).

L'étude a débuté par des entretiens enregistrés auprès de 8 médecins généralistes de la Région. Nous avons choisis initialement 2 médecins de chaque sexe dans chaque Département de la Région (Vienne, Charente, Charente-Maritime et Deux-Sèvres) en prenant dans chaque département, un médecin travaillant en milieu rural et un médecin travaillant en milieu urbain. Ces médecins ont été choisis initialement dans la liste des praticiens acceptant de recevoir des stages d'internes de médecine générale de niveau 1, disponible sur le bureau virtuel informatique de la faculté de médecine et pharmacie de l'Université de Poitiers. Après acceptation de l'entretien par contact téléphonique, un consentement écrit et signé, après la remise d'une lettre d'information sur l'étude, a été obtenu.

Cinq questions ouvertes ont été posées aux praticiens :

- Pouvez-vous me décrire vos expériences de consultation avec des patients obèses et/ou ayant une obésité morbide ?
- De quelle façon identifiez-vous les personnes obèses parmi vos patients ?
- Quelles ressources utilisez-vous lors de la prise en charge d'un patient obèse. Ces ressources sont-elles différentes de celles utilisées pour les patients atteints d'obésité morbide ?
- Selon vous, quels sont les obstacles à la perte de poids chez un patient obèse ?
- Connaissez-vous les différents types de prise en charge dans l'obésité morbide ?

Nous avons repris les questions ouvertes posées dans l'étude Canadienne afin de pouvoir comparer les résultats.

Puis, pour nos données épidémiologiques, nous avons demandé :

- leur âge
- leur domaine d'activité : rural, semi-rural ou urbain
- s'ils ont été formés à la prise en charge de l'obésité
- s'ils sont eux-mêmes en surpoids
- s'ils ont une diététicienne qui travaille avec eux
- s'ils sont maître de stage universitaire (MSU)
- s'ils travaillent seul ou en maison médical
- s'ils portent un intérêt à la prise en charge de l'obésité

Chaque entretien se déroulait de la même façon à savoir qu'une fois la question posée, les réponses étaient libres et de durée indéterminée. L'arrêt du recrutement des médecins généralistes sollicités pour les entretiens s'est fait à saturation de données. L'enregistrement s'est fait à l'aide d'une caméra numérique JVC et d'une caméra sport BULLET HD2. L'ensemble des entretiens a été retranscrit sur ordinateur puis les réponses obtenues ont été classées par thèmes.

Les idées qui ressortaient le plus ont permis de créer un questionnaire de 7 questions validées en plusieurs étapes par une statisticienne rattachée au service de Médecine Interne, Endocrinologie et Maladies Métaboliques du CHU de Poitiers. Tout d'abord, après relecture à plusieurs personnes, le questionnaire a été raccourci de façon à obtenir un maximum de réponses tout en ayant les questions les plus pertinentes. Ce questionnaire a été montré à 4 personnes du service d'endocrinologie. Celles-ci y ont apporté des petites modifications (syntaxe et ordre des questions). Puis nous avons envoyé le questionnaire à un échantillon de 30 médecins généralistes de la région Poitou-Charentes pris au hasard sur le site internet des pages jaunes. Il a été demandé à l'entourage de l'investigateur de cette enquête de donner 30 numéros allant de 1 à 2486 (nombre de médecins généralistes dans la région). Chaque numéro donné, correspondait à un médecin généraliste à qui nous avons envoyé le questionnaire. Après 1 relance téléphonique en 2 mois, nous avons obtenu 18 réponses : 12 ont répondu au questionnaire, 1 ne faisait plus que des expertises de dossier donc ne pouvait répondre, 1 était salariée d'une entreprise, 1 n'était pas informatisée donc ne pouvait être précise sur ses données et 3 questionnaires sont revenus non remplis pour mauvaise adresse postale.

Une fois les résultats interprétés, le questionnaire a été validé par la statisticienne du service de Médecine Interne, Endocrinologie et Maladies Métaboliques du CHU de Poitiers. Nous avons décidé de le diffuser en ligne sur le site Sondage Online. Ce site gratuit pour les étudiants en thèse permet d'analyser directement les résultats des sondages par fréquence.

La diffusion s'est faite par plusieurs supports : du fait de la loi sur l'informatique et des libertés (7), nous n'avons pas pu contacter directement par adresse mail les médecins généralistes de la région. Le questionnaire a été envoyé par les 4 conseils de l'ordre départementaux de la région après accord des médecins, excepté le département de Charente-Maritime qui a refusé de le diffuser. L'investigateur de l'étude a également envoyé le questionnaire à l'ensemble des MSU via leur adresse mail de la faculté de médecine et de pharmacie disponible sur le bureau virtuel informatique de la faculté.

La diffusion du questionnaire a débuté début septembre 2014 avec une relance début octobre 2014.

RESULTATS

Les résultats de notre étude observationnelle, transversale, régionale ont été obtenus du 5 septembre 2014 au 5 novembre 2014. Cent cinquante-six médecins généralistes sur les 2486 de la région Poitou-Charentes ont répondu au questionnaire en ligne. Parmi ces 156 médecins, tous n'ont pas répondu à la totalité du questionnaire. Ainsi, à chaque question du sondage, nous n'avons pas obtenu 156 réponses puisque les médecins pouvaient ne pas répondre à certaines questions. Ainsi, 83 hommes (55%) ont répondu contre 68 femmes (45%), 5 médecins n'ont pas précisé leur sexe. Les caractéristiques de ces médecins sont reportées dans le tableau I. Seuls 151 médecins généralistes sur les 156 participants ont répondu à cette question, excepté le lieu d'activité ou seulement 146 médecins ont répondu.

TABEAU I : Caractéristiques des médecins ayant répondu au sondage

sexe	HOMMES	FEMMES		
n,%	83 (55,0%)	68 (45,0%)		
âge	<30 ans	30-50 ans	50-60 ans	>60 ans
n,%	3 (2,0%)	65 (43,0%)	56 (37,1%)	27 (17,9%)
Lieu d'activité	URBAIN	RURAL	SEMI-RURAL	
n,%	39 (26,7%)	54 (37,0%)	53 (36,3%)	
Mode de travail	SEUL	EN CABINET MEDICAL		
n,%	38 (25,2%)	113 (74,8%)		
Taux de patientèle obèse	<10%	10 et 50 %	50 et 90%	>90%
n,%	68 (45,0%)	79 (52,3%)	4 (2,6%)	0 (0,0%)
Taux de patientèle en obésité morbide	<10%	10 et 50%	50 et 90%	>90%
n,%	143 (94,7%)	7 (4,6%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)

Cent deux médecins soit 65% des médecins ayant répondu au questionnaire se sentent à l'aise avec le sujet de l'obésité. Parmi ces 156 médecins, la nette majorité, 129 soit 82,7%, évoquent spontanément le problème de l'obésité avec leur patient. La moitié des médecins ayant participé à l'enquête (83 soit 53,9%) dit ne pas s'être formée à la prise en charge nutritionnelle et 102 (soit 65,8%) ne se sont pas formés à la prise en charge de l'obésité. 106 médecins (67,9%) ne savent pas interpréter une enquête alimentaire.

Enfin, sur les 156 médecins ayant répondu au questionnaire, au note que 32, soit 20,5% considèrent qu'il n'est pas de leur ressort de prendre en charge l'obésité de leur patient. Sur 154 médecins ayant répondu (2 médecins n'ont pas répondu), 141 soit 91,6%, précisent ne pas avoir assez de temps lors d'une consultation standard pour mener correctement leur consultation d'obésité. Sur ces 143 médecins (2 médecins n'ayant pas répondu à la question sur le temps de consultation, ont répondu à la question sur la reconvoication de leur patient), 108, soit 75,5%, reconvoquent leur patient pour une consultation dédiée. Sur 126 médecins reconvoquant leur patient pour une consultation dédiée à l'obésité (c'est à dire les médecins ayant assez de temps de consultation et ceux n'ayant pas assez de temps lors d'une consultation standard), 55 soit 43,7% les reconvoquent avec eux, 46 soit 36,5% avec une structure associée et 25 soit 19,8% dans une autre démarche décrite dans le tableau II.

TABLEAU II : professionnels recevant les patients obèses adressés par le médecin généraliste

endocrinologue
Parfois chez médecin généraliste, parfois chez un autre professionnel dédié : nutritionniste, diététicienne
nutritionniste
ASALEE = action de santé libérale en équipe
Dans un premier temps au cabinet puis vers un autre professionnel de l'obésité si besoin
REPCCO
Confrère spécialiste de l'obésité
Réseau obésité de la Vienne
Médecin spécialiste et psychiatre
« le patient doit être demandeur, il connaît les risques de l'obésité mais souvent nie tout genre, la prise en charge ne peut être efficace que lorsqu'il y a prise de conscience »
Au cabinet avec le conjoint
« au cabinet et chez le spécialiste mais je trouve nécessaire d'avoir un échange initial assez conséquent avec le patient avant de déléguer pour mieux cibler la prise en charge la mieux adaptée au patient et lui donner du poids, lui montrer qu'on s'implique dans son problème d'obésité et qu'on ne banalise pas cela

Parmi les facteurs pouvant constituer un obstacle à la perte de poids selon les médecins généralistes, on relève que le fait d'être issu d'une famille de personnes obèses est un facteur de risque d'obésité selon 97,4% des médecins généralistes. De même, 99,4% des médecins précisent que l'absence de motivation du patient constitue un obstacle à la perte de poids. En revanche, le temps de travail (supérieur ou inférieur à 35h/semaine) n'apparaît pas comme un obstacle à la perte de poids pour les médecins interrogés (85,9% pensent que les gens travaillant plus de 35h/semaine ne sont pas plus souvent obèses que les personnes travaillant moins de 35h/semaine et 67,3% pensent que les gens travaillant moins de 35h/semaine ne sont pas plus souvent obèses que les personnes travaillant plus de 35h/semaine.). Enfin, le coût des aliments ne semble pas être un obstacle à la perte de poids pour 66,5% des médecins consultés.

Par ailleurs, le suivi de l'obésité semble être difficile pour les médecins généralistes puisque la grande majorité, 82,3%, précise que leur patient ne revient que parfois les consulter suite à l'évocation de leur obésité lors d'une première entrevue. Seulement 12,8% reviennent toujours les consulter.

L'abord du sujet de l'obésité est effectué de façons diverses selon les médecins. Les différents abords sont évoqués dans la figure 1. Sur les 152 médecins ayant répondu à la question, il ressort que l'évocation de l'obésité par le biais de ses complications (77,3%), du bilan biologique sanguin (72,7%) et des règles hygiéno-diététiques (70,8%) sont les plus fréquents.

FIGURE 1 : Différents abords de l'obésité par le médecin généraliste :

Nombre de participants : 152

78 (51.3%): par le biais des antécédents personnels et familiaux de votre patient

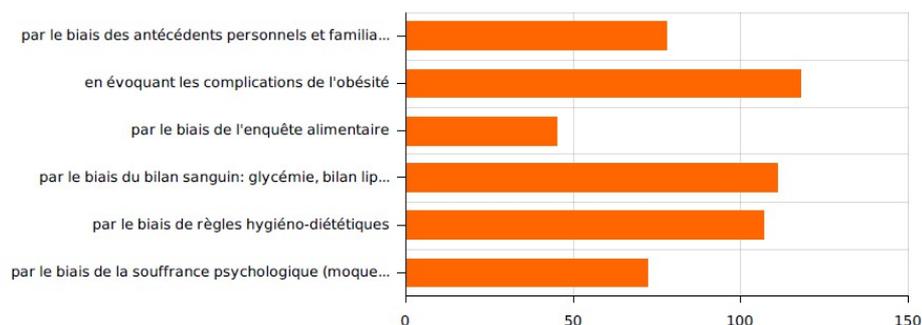
118 (77.6%): en évoquant les complications de l'obésité

45 (29.6%): par le biais de l'enquête alimentaire

111 (73.0%): par le biais du bilan sanguin: glycémie, bilan lipidique, bilan rénal

107 (70.4%): par le biais de règles hygiéno-diététiques

72 (47.4%): par le biais de la souffrance psychologique (moquerie...)



Concernant les moyens diagnostiques de l'obésité et son dépistage, la grande majorité des médecins pèsent, mesurent et calculent l'IMC de leur patient (respectivement , 99,4%, 94,2% et 97,4%). Seulement 1/3, 33,8%, mesurent le tour de taille.

Concernant l'IMC, la fréquence de son calcul est variable, 39,2% le calculent à chaque consultation et 28,1% le font une fois par an.

Concernant son efficacité diagnostique, 92,9% le considèrent comme efficace. Parmi les 7,1% le considérant comme inefficace, la majorité évoque la mesure du tour de taille et le calcul de la masse grasse. Les autres propositions sont évoquées dans le tableau III.

TABLEAU III : Propositions d'outils diagnostiques pour l'obésité :

Mesure des plis cutanés
Tour de taille
Périmètre abdominal
Tour de hanches
Balance faisant la différence entre masse grasse et masse maigre

Concernant l'obésité morbide, 32% des médecins généralistes précisent ne pas connaître les différents type de prise en charge.

Notre étude montre que les médecins connaissent de nombreuses ressources pour la prise en charge de l'obésité morbide : 78,6% connaissent les centres spécialisés, la majorité connaît au moins 2 méthodes chirurgicales (figure 2). En revanche, la méthode médicamenteuse est moins connue (61,4% des médecins généralistes ne connaissent pas les médicaments amaigrissant). A cette question, seuls 127 médecins sur les 156 participants ont répondu.

Par ailleurs, la moitié des médecins ne se sent pas capable d'expliquer à leur patient les différents types de chirurgie de l'obésité (45,2%) mais 91% connaissent l'ensemble de la prise en charge (consultation avec le psychiatre, nutritionniste, etc...).

Figure 2 : Méthodes de chirurgies bariatriques connues par les médecins généralistes :

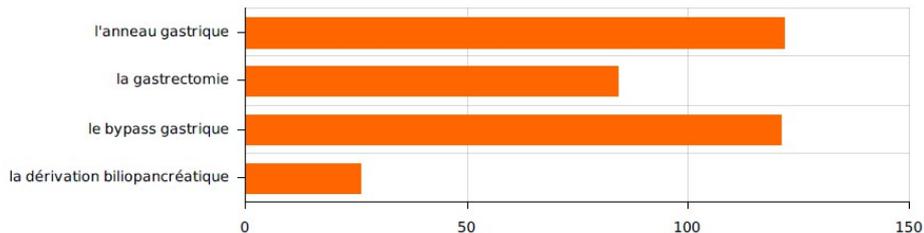
Nombre de participants : 127

122 (96.1%): l'anneau gastrique

84 (66.1%): la gastrectomie

121 (95.3%): le bypass gastrique

26 (20.5%): la dérivation biliopancréatique



Parmi les patients en obésité morbide, 71,4% des médecins répondent que leur patient leur parle spontanément de la chirurgie bariatrique.

Concernant les médecins généralistes, 9,7% pensent que cette chirurgie permet à leur patient de maigrir sans effort et 100% considèrent qu'elle n'est pas sans risque.

Les différentes ressources utilisées par les 151 médecins ayant répondu à la question pour la prise en charge de l'obésité morbide sont représentées dans la figure 3. On note que l'orientation vers les professeurs d'activité physique adaptée n'est que très peu utilisée (8,5%), de même que le réseau ASALEE (27,5%).

Figure 3 : les différentes ressources utilisées pour la prise en charge de l'obésité morbide

Nombre de participants : 151

86 (57.0%): diététicienne

84 (55.6%): nutritionniste

90 (59.6%): endocrinologue

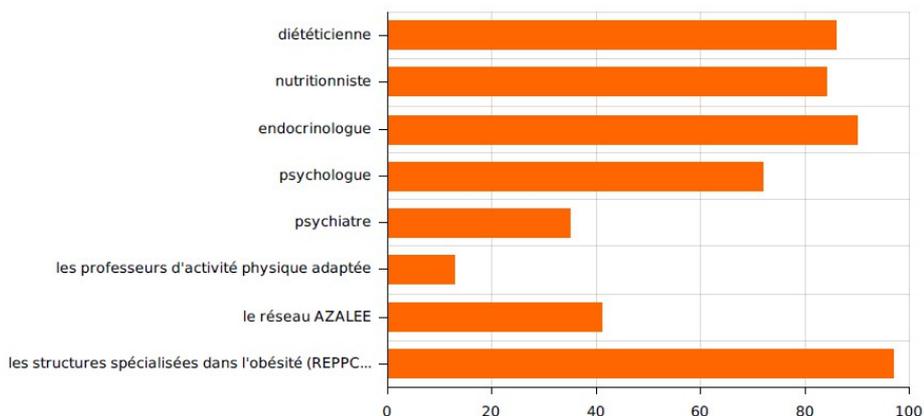
72 (47.7%): psychologue

35 (23.2%): psychiatre

13 (8.6%): les professeurs d'activité physique adaptée

41 (27.2%): le réseau AZALEE

97 (64.2%): les structures spécialisées dans l'obésité (REPPCO, CHU, Logis des Francs)



DISCUSSION

Les résultats de notre étude confirment que la prise en charge de l'obésité et de l'obésité morbide en médecine générale n'est pas une chose aisée bien que des recommandations soient disponibles selon l'OMS. Les principales lignes directrices de celles-ci sont : d'instaurer des mesures hygiéno-diététiques telles qu'une activité physique régulière notamment sur le lieu de travail, une alimentation équilibrée, une composition des plats de l'industrie agroalimentaire moins riche en graisse, en sels et en sucre, un marketing prônant l'activité physique auprès des enfants et une alimentation saine, abordable à l'ensemble de la population.

Un rapport récent de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) (7) souligne que les conseils prodigués aux patients à risque dans le cadre des soins primaires peuvent être l'un des moyens les plus efficaces de changer les comportements et de faire reculer l'obésité, surtout si ces conseils proviennent à la fois de médecins et de praticiens non médecins (par exemple, diététiciens). A long terme, ces conseils sont susceptibles de générer un gain annuel d'une année d'espérance de vie supplémentaire pour 12 personnes au sein d'une population, ou d'une année de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) (8) pour 10 personnes.

Avant d'analyser les résultats, il convient de préciser que seulement 156 médecins généralistes sur les 2486 de la région Poitou-Charentes ont répondu. Ainsi, les résultats de cette étude ne peuvent conclure à une exhaustivité sur la région par manque de puissance. Nos résultats sont modestes par rapport à d'autres études françaises réalisées en Haute-Vienne (200 médecins généralistes interrogés; taux de réponses : 34%) (9), en région Provence-Alpes-Côtes d'Azur (PACA) (1076 médecins généralistes, taux de réponses: 55,8%) (3) et en Région Languedoc-Roussillon (744 médecins généralistes, taux de réponses > 80%) (10). Le peu de réponses peut s'expliquer par l'impossibilité d'obtenir directement les adresses mails des médecins généralistes du fait de la loi sur les libertés et l'informatique (11). Ainsi, le conseil départemental de l'ordre des médecins de Charente-Maritime a refusé de diffuser le questionnaire. Par ailleurs, cette étude est déclarative, les médecins généralistes étaient libres de répondre ou pas au sondage, un biais de sélection ne peut donc être exclu de l'étude.

On note avant toute chose que la patientèle obèse représente pour la majorité des médecins moins de la moitié de leurs patients et pour 45%, moins de 10% de leur patientèle. Ces résultats sont comparables à l'étude du département de la Haute-Vienne (6,5% de la patientèle des médecins généralistes interrogés sont obèses) (9) et de l'étude du

Languedoc-Roussillon (13% des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir plus de 10% de patients obèses dans leur patientèle) (10). Concernant l'obésité morbide, 94,7% des médecins n'ont que moins de 10% de leur patientèle dans cette situation. Ainsi, la population en obésité morbide reste tout de même faible en région Poitou-Charentes. Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude Obépi 2012 où 13,8% de la population en Poitou-Charentes est obèse et 1,2% de la population nationale est en obésité morbide (2).

La première conclusion de cette étude est qu'il existe 20,5% des médecins généralistes soit 1 médecin sur 5 qui ne considère pas qu'il soit de son ressort de prendre en charge l'obésité de ses patients alors que le médecin généraliste est la personne de 1^{er} recours dans le parcours de soins du sujet obèse. Ce manque d'intérêt se retrouve dans l'étude réalisée en Haute-Vienne où 28% des médecins généralistes interrogés avouent n'avoir que peu ou pas d'intérêt pour l'obésité (9) ainsi que dans l'étude réalisée dans la région PACA (21% des médecins généralistes interrogés) (3).

Dès le début de la prise en charge, si 1 des 2 protagonistes ne se sent pas concerné, la perte de poids ne pourra pas se faire. De plus, seulement 2/3 des médecins, 65%, se sentent à l'aise avec le sujet de l'obésité et 1/3, 34,2%, s'est formé à la prise en charge de l'obésité (54,2% des médecins généralistes ont suivi une formation complémentaire en région PACA (3) et 27,9% en Haute-Vienne (9)]. On peut donc voir que les premiers obstacles sont la formation et les compétences du médecin généraliste à cette prise en charge.

Un déterminant majeur de la difficulté de prise en charge est le manque de temps en consultation. Ainsi, la majorité des médecins, 80%, ayant répondu au questionnaire reconvoquent leur patient pour une consultation dédiée soit avec eux (43,5%), soit avec un professionnel (36,5%). Les 20% restant reconvoquent finalement également leur patient avec eux ou avec un autre professionnel de l'obésité. Ces 20% sont donc à classer finalement avec les 80% des médecins reconvoquant leur patient. Il y a ici un biais de compréhension de la question posée. En effet, lorsqu'on analyse le tableau 2, on se rend compte que les médecins donnent pour autre orientation de leur patient, soit une reconvoque avec eux, soit avec un intervenant extérieur soit reconvoquent une première fois le patient avec eux pour ensuite l'orienter vers un autre professionnel de l'obésité. Ainsi, 100% des médecins reconvoquent leur patient. Cependant, ces résultats sont probablement biaisés puisqu'on peut penser que les médecins ayant répondu aux questionnaires sont sensibilisés au sujet de l'obésité.

Les trois obstacles majeurs à la prise en charge de l'obésité selon les médecins sont le milieu social de vie ; être issu d'une famille d'obèse favorise l'obésité (selon l'avis de 97,4% des médecins généralistes participant), l'absence de motivation à la perte de poids (selon 99,4% des médecins généralistes participant dans notre étude, 92,6% dans l'étude de Haute-Vienne) (9) et le suivi de la prise en charge puisque de nombreux patients ne reviennent que parfois ou pas aux consultations de suivi d'obésité (respectivement 82,3% et 5%). En revanche, le temps de travail et le coût des aliments ne semblent pas être un obstacle. Selon l'étude ObéPi 2012 (2), le revenu mensuel par foyer est un facteur de risque d'obésité puisqu'on retrouve une prévalence de 25,6% de personnes obèses dans la tranche de revenus inférieur à 900 euros/mois contre 7 % dans la tranche de revenus supérieur à 5301 euros/mois. L'étude sur le temps de travail et le coût des aliments n'ayant pas été faite dans l'étude ObéPi 2012, nous ne pouvons comparer nos résultats aux leurs .

L'abord du sujet de l'obésité se fait par 3 moyens principaux : par le biais des complications de l'obésité (77,3% des médecins généralistes répondant), par le biais du bilan sanguin (72,7%) et par le biais des règles hygiéno-diététiques (70,8%). Ces résultats confirment ceux de l'étude du département du Cher (12) où selon les médecins généralistes interrogés *“se sont toujours les comorbidités qui font aborder le sujet de l'obésité”* et diverses tactiques étaient employées pour aborder le sujet de l'obésité comme la prescription de bilan sanguin *“Quand le patient vient avec un bilan d'hypercholestérolémie, ça passe tout seul”*. Il est paradoxal de se rendre compte que les patients acceptent une prise en charge par cette abord mais qu'en revanche, pour la majorité, ils ne viennent pas aux consultations de suivi , probablement par manque de temps, de motivation, de difficultés à changer leur hygiènes de vie comme mentionné dans l'étude réalisée dans le département du Cher en 2010 (10) ou de peur de ne pas arriver à perdre de poids.

Concernant les outils diagnostiques de l'obésité, l'IMC reste la règle [97,4% des médecins généralistes le calculent parmi les répondant à notre étude, 88,5% dans la région PACA (3)]. En revanche, l'IMC n'est pas calculé dans le département du Cher: *“ Le tour de taille était très peu utilisé et l'IMC encore moins. Ils étaient considérés comme des moyens supplémentaires et non une fin en soi. Certains médecins les jugeaient non indispensables: “ De toute façon ça se voit s'ils ont grossi...” ”* (12). Cependant, la mesure du tour de taille qui est recommandée par l'OMS dans le dépistage de l'obésité n'est pas réalisée alors qu'elle est pourtant évoquée par la majorité des médecins. Ce paradoxe ne peut s'expliquer par le manque de temps puisque cette mesure est rapide. Il peut s'expliquer par la perte de la

connaissance pratique de la prise de mesure, à savoir ne plus connaître les bons repères ou simplement, cette mesure n'entre plus dans les mœurs au cabinet médical.

L'obésité morbide ne concerne qu'un faible pourcentage de la patientèle des médecins généralistes ayant répondu au sondage. Seulement 1/3 des médecins ne sait pas la prendre en charge. La majorité connaît les différents types de prise en charge mais ne sait pas les expliquer. La demande de prise en charge de l'obésité morbide étant en majorité faite par le patient, il conviendrait que les médecins soit tous capables d'expliquer à leur patient les différents types de prise en charge d'une part et le parcours de prise en charge avec les différents intervenants d'autre part, d'autant plus que cette prise en charge est complexe.

En revanche, concernant l'obésité qui est un fléau grandissant de la société, 100% des médecins devraient être concernés par la prise en charge de leur patient et 100% devraient savoir la dépister et orienter leur patient soit avec eux soit vers un intervenant extérieur approprié.

CONCLUSION

La prise en charge de l'obésité en médecine générale reste difficile en Poitou-Charentes. Les principaux obstacles à la prise en charge des patients obèses du point de vue des médecins généralistes sont le manque de temps, le manque de motivation de la part du patient, le manque de suivi et être issu d'une famille d'obèse. Certains médecins généralistes considèrent qu'il n'est pas de leur ressort de s'occuper de l'obésité de leur patient, ce qui est problématique compte tenu de la place de 1^{er} recours de leur spécialité. Certains médecins généralistes n'ont également aucune connaissance théorique sur les modalités de prise en charge de l'obésité.

Concernant l'obésité morbide, la majorité des médecins généralistes a des notions et sait orienter le patient vers les bons intervenants. La prise en charge de celle-ci semble plus facile car ce sont le plus souvent les patients eux-mêmes qui demandent spontanément une prise en charge à leur médecin.

Cette étude s'est basée sur la vision des médecins. Elle a permis de mettre en exergue les difficultés rencontrées par le médecin pour prendre en charge son patient. Devant un fléau croissant et difficile à enrayer, il semble nécessaire d'obtenir le point de vue des patients notamment sur les obstacles à la perte de poids puisque une prise en charge efficace ne peut s'envisager sans une alliance clairement définie entre le patient et son médecin.

D'autre part, la population de personnes obèses ne fait qu'augmenter. Le médecin généraliste étant le praticien de 1^{er} recours, il apparaît nécessaire qu'il acquière des compétences dans le domaine de l'obésité. Pour l'aider, il serait intéressant d'étudier les besoins qu'il faudrait mettre à leur disposition pour qu'ils s'y intéressent en les interrogeant directement.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Organisation mondiale de la santé-obésité et surpoids- aide mémoire- N°311-août 2014
- 2- ObEpi-Roche 2012 : Enquête Nationale sur l'obésité et le surpoids
- 3- Aurélie B, et al. La prise en charge de l'obésité. Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA; résultats d'une enquête téléphonique.
- 4- Jonathan Couturier and Al La gestion des patients obèses chez les médecins de famille du Réseau de Santé Vitalité-Faculté des sciences de la santé-Département de médecine- Université de Sherbrooke-Site de Moncton
- 5- Thomas A.Wadden, Ph.D, Sheri Volger and Al – A Two-Year Randomized Trial of Obesity Treatment in Primary Care Practice – The New England Journal of Medicine – Article original- 365;21- november 24,2011
- 6- Pr Olivier Ziegler – entretiens de Bichat 2014 – Medscape France – suivi post chirurgie bariatrique : des risques bien réels
- 7- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- 8- Franco Sassi: rapport de l'OCDE 2010: L'obésité et l'Economie de la Prévention: Objectif santé.
- 9-L'OMS a développé un cadre unique pour utiliser de vastes connaissances scientifiques afin de comparer l'impact des différents risques au moyen d'un paramètre commun, les années de vie en bonne santé perdues, correspondant aux années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). Ce paramètre tient compte de l'impact des différents risques sur la mortalité et la morbidité. Une année de vie corrigée de l'incapacité équivaut à la perte d'une année de vie en bonne santé.
- 10- Fayemendy P, et al. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles.
- 11- Thuam JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France.
- 12- Lehr-Drylewicz A, et al, La prise en charge du surpoids en médecine générale: mission impossible ?

REDACTION DES ENTRETIENS

Entretien n°1 :

Question n°1 : Pouvez – vous me décrire vos expériences de consultation avec des patients obèses et/ou ayant une obésité morbide ?

« Les patients ne viennent généralement pas pour parler d'obésité. Systématiquement, je pèse et je mesure mes patients. Je calcule leur IMC. Dans un premier temps j'évalue leur alimentation, leur activité physique puis j'aborde le sujet de l'obésité par l'intermédiaire des complications de l'obésité. Je leur explique ce que peut engendrer l'obésité au niveau cardio-vasculaire, osseux, dermatologique, etc... Voilà ce que je fais dans un premier temps, je leur donne des conseils hygiéno-diététiques. Puis je leur propose de se revoir pour une consultation dédiée au problème du poids. Si le patient revient, je l'oriente vers la diététicienne qui travaille dans notre maison médicale. »

Question n°2 : De quelle façon identifiez-vous les personnes obèses parmi vos patients ?

« En calculant leur IMC. Vous pouvez demander aux internes qui passent chez moi, la balance est obligatoire. J'ai une balance spéciale pour obèse qui n'affiche le poids que lorsque le patient est descendu puisque les obèses ne peuvent pas voir leur propre poids. Elle va jusqu'à 150 Kg. Je calcule l'IMC une fois par an de façon systématique mais si j'ai une personne en surpoids, je le fais tous les 3 mois. »

Question n°3 : Quelles ressources utilisez-vous lors de la prise en charge d'un patient obèse. Ces ressources sont-elles différentes de celles utilisées pour les patients atteints d'obésité morbide ?

« Cela ne dépend pas uniquement de l'obésité, cela dépend également du profil du patient. Les ressources que j'utilise pour les patients obèses sont alors : la diététicienne qui travaille avec moi et j'utilise souvent une psychologue. Et après, si avec cela on n'a pas de progrès, je peux demander à un nutritionniste pour avoir son avis. Après, pour les patients qui sont en obésité morbide, souvent il y a quand même des soucis. Le dernier patient que j'avais avec une obésité morbide, il faisait surtout des intertrigos et donc secondairement il a fait des érysipèles à répétition, du coup je passe aussi avec les internistes. C'est vrai qu'avec l'obésité morbide je demande plus facilement la prise en charge en ALD pour couvrir les frais, ce que je ne fais pas avec les personnes en obésité simple. Et après, au niveau clinique, le bilan, je fais glycémie, cholestérol, etc... je ne fais pas de différence entre les deux. »

Question n°4 : Selon vous, quels sont les obstacles à la perte de poids chez un patient obèse ?

« Le niveau social et économique du patient. S'ils ont les moyens d'acheter les bons aliments. Et après, je pense aussi qu'il y a la profession. Il y a des personnes qui ont des professions qui mangent beaucoup au restaurant avec des plats beaucoup en sauce. Je pense qu'il y a la volonté du patient. S'il le souhaite ou si le patient est très content avec son IMC à 30 ou 39 et il ne voit pas d'inconvénient et bien il ne va pas faire grand-chose. Je pense que ça peut être également un obstacle si le médecin ne l'évoque pas spontanément parce que spontanément c'est rare que le patient vienne en disant « docteur je suis très gros, je veux faire quelque chose ». Je pense que le médecin doit être à l'écoute. L'ignorance également du médecin s'il y a des recommandations et puis le temps. Si je dois faire une enquête alimentaire cela prend beaucoup de temps. Je n'arrive pas à faire cela en 15 minutes, ce n'est pas possible, d'où la demande d'ALD. »

Question n°5 : Connaissez-vous les différents types de prise en charge dans l'obésité morbide ?

« Médicamenteuse, chirurgicale »

Et connaissez-vous les différents types de chirurgie ?

« Quelques-unes, par exemple là j'ai une femme qui va faire, ce n'est pas un bypass, c'est un ballon dans l'estomac qui gonfle. Autrement, c'est souvent le bypass. Mais c'est vrai que finalement je n'ai pas beaucoup de patient qui nécessite une intervention chirurgicale. On dit souvent qu'on a la patientèle qui nous ressemble mais là...non »

Question n°1 : Pouvez – vous me décrire vos expériences de consultation avec des patients obèses et/ou ayant une obésité morbide ?

« La consultation d'obésité est une consultation très très complexe parce que d'abord cela consiste à retracer le vécu du patient, et le vécu de son surpoids. Il faut en général repartir de l'enfance, du milieu familial, de l'éducation, savoir la manière dont ils ont grossi, très vite aborder tous les régimes qu'ils ont abordés car en général ils ont tous une histoire complexe de régimes successifs, de consultations successives, de diététiciens, de nutritionnistes, de médecins. On est souvent devant des histoires très très difficiles. Ça c'est la première chose, alors ensuite, une consultation bien menée c'est reprendre toute leur histoire médicale, leurs antécédents familiaux, leurs antécédents personnels, c'est reprendre leur mode de vie, leur activité professionnelle notamment avec les gens qui font les trois 8, quatre 8, les gens qui ont des horaires compliqués. Ensuite, on aborde le milieu social et la précarité qui est un facteur favorisant l'obésité. Ensuite ce serait de faire une enquête alimentaire avec les entrées / sorties à corrélérer avec une éventuelle activité physique pratiquée. Alors, quand on en est là, on est déjà sur 4 consultations car il faut bien comprendre que le temps de la consultation en médecine générale n'est pas le même que celui du médecin spécialiste. Donc c'est la répétition des entretiens. La particularité chez nous, c'est que l'on fait partie du réseau AZALE avec une infirmière de santé publique et en générale très vite le travail est partagé. Nous on va s'intéresser à l'aspect purement morbide de l'obésité, elles, elles vont s'axer davantage sur le travail d'enquête et essayer de comprendre l'historique de cette histoire en rapport avec le poids. Souvent c'est une enquête qui ne se limite pas à l'individu obèse mais c'est une enquête familiale où il faut reprendre le mode de vie familial»

Est-ce que vous pensez que depuis que le réseau AZALE existe, la prise en charge des patients est meilleure ?

« Tout à fait. Elle est meilleure pour plusieurs raisons. D'abord je pense que le rapport au médecin n'est pas le même que le rapport à l'infirmière et qu'avec l'infirmière ils ont une liberté de parole qui est plus facile qu'avec le médecin. Parce que avec le médecin, ils nous regardent un peu comme des juges de paix c'est-à-dire qu'on peut les gronder, les récompenser tandis qu'avec les infirmières ils sont dans un discours où on peut raconter sa vie. Je pourrais faire la comparaison entre le suivi d'une grossesse par une sage-femme ou le suivi d'une grossesse par un obstétricien. Ce n'est pas du tout le même suivi et le même rapport. Voilà, alors AZALE a un énorme avantage c'est que ça nous libère ce temps là car il

faut être honnête, ce temps là on ne l'a pas. Car ici c'est la prise en charge que l'on devrait faire lors d'une consultation mais en réalité tout cela se fait sur un nombre x de consultation, ce qui fait que nous on peut quasiment, une fois qu'on a fait le tour de l'histoire médicale et le tour de l'histoire de l'obésité, l'adresser à l'infirmière. C'est une chance que l'on a. Après, il y a aussi toutes les croyances des gens par rapport à l'alimentation, par rapport au surpoids parce que pendant très longtemps, quand on avait un enfant, le bel enfant c'était l'enfant qui était gros. Le gros bébé était un facteur rassurant car signe de bonne santé. Il y a aussi tout le contexte et le profil psychologique de l'obèse parce que c'est aussi vécu comme une souffrance, comme un handicap social et c'est une dimension que l'on doit intégrer dans notre prise en charge. Ce qui est important aussi, c'est de savoir quelle est la demande réelle d'une consultation d'obésité : est-ce que c'est l'image que je me renvoie à moi-même, est-ce que c'est la pression de l'entourage qui me dit qu'il faut maigrir alors que je n'en ai pas forcément envie. On s'aperçoit que cela peut être un frein à l'embauche, un frein aux rapports affectifs. C'est une consultation qui touche les 3 champs de la médecine c'est-à-dire l'organique, le psychique et le social. On est dans le type même d'une consultation complète de médecine générale. »

Question n°2 : De quelle façon identifiez-vous les personnes obèses parmi vos patients ?

« On pourrait toujours se baser sur l'IMC qui est la référence. On va dire que 30 est le chiffre retenu mais c'est même en-dessous, cela peut être 27 ou 28 mais 30 c'est le chiffre d'alarme qui fait que là on n'a pas le choix, on est obèse. Le problème c'est ce que nous dit la personne. Vous avez des gens qui vont arriver avec 30 et qui vont se porter comme des charmes et qui seront sans facteur de risque cardio-vasculaire, sans histoire. Et puis vous avez des gens qui sont à 27, à 26, à 25 sont dans le drame absolu par rapport à leur poids parce que l'image renvoyée est tellement négative, tellement péjorative qu'ils ne le supportent pas. Et puis quelqu'un qui est en surcharge pondérale depuis sa petite enfance, ce n'est pas la même personne que quelqu'un qui est en surcharge pondérale après plusieurs grossesses et qui ont le souvenir de la minceur que n'ont pas ceux qui ont toujours été en surcharge. Après, si on veut être en terme médical pur, on va dire l'IMC à 30 qui est le référentiel de l'obésité. Mais je pense quand même que la limite est tout de même fluctuante. On ne doit pas être dans du « figé ». Et puis, un diabétique à 30, je ne le prendrais pas de la même manière que celui qui a aucun facteur de risque, qui se bouge, qui est en surcharge de poids mais qui est un actif et qui n'a pas de passé, n'a pas d'histoire liée à son poids. »

Question n°3 : Quelles ressources utilisez-vous lors de la prise en charge d'un patient obèse. Ces ressources sont-elles différentes de celles utilisées pour les patients atteints d'obésité morbide ?

« Les ressources c'est AZALE car c'est une grande chance de l'avoir et c'est essentiellement AZALE.

Quand vous discutez avec un obèse qui a fait des régimes vous vous rendez compte qu'il connaît tout. Vous ne lui apprenez rien sur l'aliment, sur l'équilibre calorique.

On est sur plusieurs modes : l'entretien motivationnel, la déculpabilisation parce que c'est comme cela qu'on les fait avancer. Je ne fais plus l'enquête alimentaire. Maintenant j'utilise la balance homéopathique une fois par mois. Mais voilà, notre ressource c'est AZALE. »

Vous n'orientez pas vers l'hôpital ?

« Non parce que je pense qu'il y a de nombreuses choses que la médecine générale doit faire et ne doit pas déléguer. On est très reticent par rapport au diabétologue. Bien sûr, si on est dans un contexte endocrinien avec une obésité endocrinienne, là c'est autre chose car on est dans du médical pur, là c'est une enquête normale, une exploration normale car c'est une obésité dynamique. »

Et avez-vous des patients avec une obésité morbide ?

« Oui »

Vous utilisez AZALE également ?

« Le problème dans l'obésité morbide c'est de gérer les complications de l'obésité. On a souvent des problèmes cardio-vasculaires, on a souvent des diabétiques, on a souvent des problèmes ostéo-articulaires, cutanéomuqueux, etc... tout ce qui est délétère chez l'obèse. On a des demandes de chirurgie chez les patients qui sont épuisés de leur parcours d'obèse. Ceux là on les oriente. Il n'existe pas d'obèse n'ayant fait aucun régime venant voir son médecin généraliste en demandant une chirurgie. Mais sinon, oui on utilise également AZALE pour les patients en obésité morbide. »

Question n°4 : Selon vous, quels sont les obstacles à la perte de poids chez un patient obèse ?

« Le premier obstacle est de toujours utiliser le mot régime. Je crois que c'est à bannir du vocabulaire. Ensuite, le contexte familial. Quand vous êtes issu d'une famille en surpoids, vous aurez tendance à l'être aussi. J'ai l'exemple d'une jeune fille venant d'une famille où tout le monde était en obésité morbide. Nous l'avons fait maigrir à sa demande et tout un coup elle est devenue l'intrus de la famille. Après il y a le contexte « médiatique » c'est-à-dire que pour l'instant, l'éducation, c'est quelque chose de très nouveau et que la réponse à un

problème, c'est le médicament : tu as de la tension on te donne un anti-hypertenseur, tu as du diabète on te donne un anti-diabétique et tout d'un coup, on demande au patient de faire un effort, de s'investir mais surtout de se responsabiliser face à sa pathologie. Mais un obstacle majeur c'est le temps et c'est là que le réseau AZALE est très utile. Par ailleurs, les patients ont beaucoup de mal à s'impliquer dans leur pathologie. Je pense aussi que l'absence de politique de santé publique sur ce domaine est un obstacle »

Question n°5 : Connaissez-vous les différents types de prise en charge dans l'obésité morbide ?

« J'avoue que je suis assez ignorant car en pratique, les patients ont ne les revoit pas une fois qu'ils sont pris en charge dans un centre pour leur obésité. Je ne suis pas formé et je n'ai pas pris le temps de le faire. Après, en 27-28 ans, je n'ai eu que très peu de cas d'obésité morbide. »

Entretien n°3 :

Question n°1 : Pouvez – vous me décrire vos expériences de consultation avec des patients obèses et/ou ayant une obésité morbide ?

« Classiquement se sont des patients que l'on connaît depuis longtemps. Pour moi, il y a une différence entre la première et la consultation de renouvellement où ce sont des patients ayant de l'HTA ou du diabète, très souvent c'est le diabète où là on fait un « rappel à l'ordre » où là moi je m'épuise un petit peu parce que quand au bout de 2, 3, 4, 5 ans tu répètes la même chose et il n'y a pas de résultat c'est pénible. Alors si on veut résonner sur une première consultation, l'approche que l'on pourrait faire c'est de commencer par donner des conseils hygiéno-diététiques. C'est vraiment le premier truc à mettre en place avec eux. On est souvent face à un mur avec les patients qui disent « oui je sais docteur ». Mais ces patients ont tous au moins vu une fois un nutritionniste ou un médecin. Pour certains, alors là c'est pour les diabétiques, j'utilise le réseau diabète car ils ont un panel diabétique avec le diabétologue, l'endocrinologue. Certains y vont par curiosité pour leur prise en charge car ils en souffrent. Tu t'aperçois que les patients n'ont plus envie car ils ont déjà fait beaucoup de régimes. Donc dans la consultation il y a deux choses : celui qui a envie, tu le stimules, et tu mets tous les moyens disponibles et les autres qui veulent qu'on leur foute la paix même s'ils savent que ce n'est pas bien d'être comme cela. Là je me sens un peu démunie car ils savent que ce n'est pas bien et je ne sais pas comment les remotiver. Après on s'accroche, on est content, ils ont une

tension équilibrée, une HbA1c correcte. Donc 2 choses : le rappel une fois par an où je profite pour tout revoir mais honnêtement la réponse s'est « je n'y arrive pas docteur ». »

Question n°2 : De quelle façon identifiez-vous les personnes obèses parmi vos patients ?

« La balance. Cela me paraît difficile de faire autrement. Leur taille, leur IMC. Après leur tour de taille. Je le faisais beaucoup au début lorsque l'on m'a donné le centimètre. J'étais très motivé au début et puis j'avoue que je ne le fais plus. C'est un outil maintenant dont je ne me sers pas. Je reste vraiment sur le basique et pourtant je sais qu'on dit que pour l'obésité morbide il faudrait faire le tour de taille. Je l'ai fait mais maintenant j'ai arrêté. Quand j'ai des internes il me le demande et je suis fier de leur sortir. Je compte sur lui pour me rappeler les normes mais je pense que lui aussi il les a oubliées. »

Question n°3 : Quelles ressources utilisez-vous lors de la prise en charge d'un patient obèse. Ces ressources sont-elles différentes de celles utilisées pour les patients atteints d'obésité morbide ?

« J'utilise les mêmes outils. Je ne vais pas changer ma conduite : on est en surpoids ou on ne l'est pas, j'ai un peu de mal avec le syndrome métabolique. Je veux dire, on a créé ce syndrome pour éviter de dire aux gens qu'ils sont en surpoids, on leur dit « vous avez un syndrome métabolique », on a médicalisé un surpoids. Ça j'ai un petit peu de mal là-dessus. Ils sont en surpoids, ils ont surpoids. Leur dire « vous avez un syndrome métabolique »...voilà ça me donne l'impression que c'est la médecine qui a démissionné et de se dire que c'est un syndrome métabolique parce qu'en médecine ça rend bien de dire que c'est un syndrome. »

« Et quelles ressources vous allez utiliser quand vous avez décidé de prendre en charge un patient obèse ? »

« En première intention, j'ai une grille où j'évalue leur quantité alimentaire où je leur dit qu'ils doivent manger 1800 à 2000 calories, faites votre enquête alimentaire. Alors, c'est assez simple, tu as les aliments avec 200, 300, 400 calories et je leur demande de calculer ; si vous êtes à 2500, 3000 calories, vous n'allez pas maigrir. S'ils sont en hypercalorique et bien on va voir ce qu'on peut faire. L'avantage de cette enquête c'est qu'ils quantifient et puis ils ont un peu ce qu'ils peuvent manger/pas manger. Ils s'aperçoivent qu'il y a des trucs qui sont très gras et que ce n'est pas bien, etc...c'est pour les sensibiliser. Et après, s'ils accrochent, je vais les orienter vers un nutritionniste car c'est un peu chronophage tout ça. Je ne suis peut être pas assez patient. Et là je leur demande de faire une enquête alimentaire sur une semaine pour aller voir le nutritionniste, parce que d'abord ça me permet de voir s'ils sont motivés

puis deuxièmement ils arrivent chez le nutritionniste avec leur enquête alimentaire déjà faite donc ils gagnent déjà une consultation. Car quand ce sont des gens pas très très motivés et qu'on leur dit à la première consultation de faire une enquête alimentaire, ils ne reviennent pas, donc on peut déjà les aider là-dessus. Et plutôt nutritionniste pour une raison simple, c'est que c'est un peu remboursé quand même pour certains alors que la diététique c'est bien, elles sont certainement beaucoup plus disponibles mais ce n'est pas remboursé. C'est un frein ça aussi. Ils veulent bien faire un effort mais dès qu'il faut avancer les sous... je veux bien dépenser pour la nourriture mais... bon. »

« Et vous faites pareil pour l'obésité morbide ? »

« Ah oui. Pour moi on est en surpoids ou on ne l'est pas. »

Question n°4 : Selon vous, quels sont les obstacles à la perte de poids chez un patient obèse ?

« Le premier ça serait la motivation. Je crois que c'est comme tous les sevrages. C'est le principal.

Après, pour le médecin généraliste pur, je pense que c'est des consultations qui se doivent d'être très longues. Très souvent ils vont arriver pour leur renouvellement, tu vas leur faire leur renouvellement, la prise en charge à droite et puis là tout à coup il faut que tu fasses une consultation « poids », tu te dis que c'est un peu long et c'est un peu long pour moi. Après c'est vrai que je n'ai pas beaucoup de patientèle obèse. Après, en papier on a des petits trucs à leur donner, des petites recettes, des petites choses comme ça, des conseils. Mais en pratique voilà, c'est vraiment le temps qu'il me manque. Puis après la motivation. C'est vrai que je ne suis pas hyper passionné par la diététique non plus. Voilà s'ils sont en surpoids c'est que quelques part il y a quelque chose ailleurs. »

Question n°5 : Connaissez-vous les différents types de prise en charge dans l'obésité morbide ?

« La diététique, et cette fameuse chose qu'est la chirurgie bariatrique. Je ne connais pas les centres d'amaigrissement comme le REPCO. C'est vrai que je passe pas mal de temps à chercher ce genre de « cure » d'amaigrissement. »

Entretien n°4 :

Question n°1 : Pouvez – vous me décrire vos expériences de consultation avec des patients obèses et/ou ayant une obésité morbide ?

« Souvent se sont des personnes qui sont diabétiques, diabète de type 2 ou de type 1 aussi. La façon dont ils vivent leur obésité est difficile : certains souffrent au niveau lombaire, genoux, etc... Je ne suis pas très doué pour faire des enquêtes alimentaires. Souvent ils disent qu'ils ne mangent pas beaucoup. Ça m'est arrivé de les envoyer chez des diététiciennes ou chez des médecins nutritionnistes et en fait ils mangeaient largement 3000 à 3500 calories par jour, souvent de manière déséquilibrée. On peut les peser mais bon, quand ils ont un IMC supérieur à 40, c'est évident. D'ailleurs, même eux n'aiment pas trop savoir leur poids parce qu'ils en ont conscience. »

Nécessité ici de recentrer le docteur VILLIER sur la question :

« Est-ce que vous avez des patients qui sont arrivés en vous demandant : docteur j'ai envie de maigrir ? »

« Généralement quand ils viennent en disant « docteur j'ai envie de maigrir », je les adresse à une nutritionniste. Je travaille avec des nutritionnistes à l'hôpital de Loudun ou à la clinique de Saumur.

Les patients ont conscience de leur obésité. Certains la vivent très bien mais elle pose des problèmes pour d'autres notamment avec les complications comme le diabète. Je leur parle de leur obésité par l'intermédiaire des complications, souvent les douleurs articulaires. Vous avez des personnes qui veulent d'emblée la chirurgie pour aller au plus vite et là, certains vont jouer le jeu et d'autres qui vont abandonner. On a réussi quand même à en faire opérer quelques uns. »

Question n°2 : De quelle façon identifiez-vous les personnes obèses parmi vos patients ?

« Déjà sur l'apparence, la corpulence, la pesée. Mais je vous dis, elles n'aiment pas trop savoir leur poids. Elles savent qu'elles sont obèses mais elles ne veulent pas savoir leur poids exact. Je ne pèse pas mes patients de façon régulière. »

Question n°3 : Quelles ressources utilisez-vous lors de la prise en charge d'un patient obèse. Ces ressources sont-elles différentes de celles utilisées pour les patients atteints d'obésité morbide ?

« Dans un premier temps, c'est d'abord voir s'il y a des erreurs, s'il y a du diabète, s'il y a un bilan cardiologique, un bilan biologique complet avec recherche de pathologies thyroïdiennes qui peuvent influencer quand même.

Généralement je les adresse à un nutritionniste pour voir les erreurs alimentaires et les corriger. Et puis bien souvent, les patients en obésité morbide ont déjà fait « moultés » régimes et ils ont fait toujours le « yo-yo », là je les adresse vers une consultation de chirurgie. C'est un peu le parcours du combattant les consultations d'obésité car il y a le psychologique, tout est pris en compte.

J'adresse mes patients en obésité morbide à Angers, en privée. Là-bas, il y a un suivi post chirurgical, 2 fois par an. »

Question n°4 : Selon vous, quels sont les obstacles à la perte de poids chez un patient obèse ?

« Souvent, les patients abandonnent leur régime. Le régime ils vont le faire un temps, ils vont perdre pas mal de kilos puis relâchent tout et reprennent les kilos perdus.

Les gens ne savent plus trop cuisiner. Les jeunes n'achètent plus de légumes et on ne cuit plus à la vapeur. Les plats préparés sont plus simples. On aime les bonnes choses ici !

Mais j'ai souvent la réponse « vous savez docteur je ne mange pas beaucoup » et en fait, après enquête diététique il y a erreur diététique. »

Question n°5 : Connaissez-vous les différents types de prise en charge dans l'obésité morbide ?

« NON

La chirurgie, la chirurgie esthétique. Je connais le by-pass et la slive.

J'explique qu'ils vont être pris en charge par une équipe, qu'ils ne vont pas être opérés tout de suite, qu'il va y avoir plusieurs spécialistes qui vont les voir avant peut être la chirurgie.

Je ne me prends pas la tête, je passe la main rapidement. »

Entretien n°5 :

Question n°1 : Pouvez – vous me décrire vos expériences de consultation avec des patients obèses et/ou ayant une obésité morbide ?

« Alors, cette prise en charge ne se fait pas en une seule fois. D’abord parce que j’ai constaté que dès qu’on abordait les patients sur l’obésité, si ce n’est pas eux qui consultait pour ça, si l’obésité n’était pas le motif de consultation, on avait beaucoup de mal à aborder cette obésité. Donc je l’aborde souvent à cause des conséquences de l’obésité : les problèmes dermatologiques, l’HTA, les troubles métaboliques, essentiellement le diabète, et puis j’ai constaté aussi que beaucoup d’obèses morbides étaient traités par des neuroleptiques donc ce sont des patients difficilement abordables car souffrant de cette obésité et donc le côté psychiatrique et le traitement font que... voilà. L’obésité est quelque chose en médecine générale qui est difficile à aborder. Ça je peux vous dire que c’est difficile. Et avec les internes souvent, on en discute. Par contre je pense que ça fait partie, en ce qui me concerne, d’un souci que j’ai pris en charge dans le suivi. Très souvent ce n’est pas un souci lors de la première consultation, c’est quand je suis le patient que petit à petit je les amène à aborder leur poids et que je les amène à prendre conscience qu’il est très important de prendre en charge leur obésité. C’est comme ça si vous voulez que j’amène le patient à prendre en charge l’obésité. Alors si c’est lui qui demande, si c’est un motif de consultation, là c’est simple mais ce n’est quand même pas souvent, surtout dans les obésités morbides. C’est nous qui abordons le problème petit à petit lors d’autres motifs de consultations notamment avec l’insomnie. Je suis contente car j’ai réussi à faire maigrir 3 patientes qui étaient en obésité morbide pendant la grossesse. Donc si vous voulez, l’infécondité permet d’aborder l’obésité. J’ai profité de la grossesse pour aborder et traiter cette obésité. Alors, par maladresse, au début, je mettais le doigt sur l’obésité alors que le patient ne venait pas pour ça... c’est un patient que je n’ai pas revu par la suite. Avec l’expérience je me suis dit qu’il fallait amener les choses de façon indirectes. »

Question n°2 : De quelle façon identifiez-vous les personnes obèses parmi vos patients ?

« L’aspect, la pesée qui n’est pas toujours évidente et en faisant l’IMC. Je le fais souvent surtout chez les patients chroniques et d’ailleurs, les patients ont l’habitude maintenant, ils le font de façon automatiques. Ce sont des mesures simples. Globalement, je n’ai pas beaucoup d’obésité morbide, moins de 10, j’ai beaucoup d’obésité mais pas d’obésité morbide et avec celle-là on se bat.

Mais la principale chose est l’aspect de la personne. »

Question n°3 : Quelles ressources utilisez-vous lors de la prise en charge d'un patient obèse. Ces ressources sont-elles différentes de celles utilisées pour les patients atteints d'obésité morbide ?

« Oui, ça c'est sûr.

L'obésité je m'en occupe d'abord chez l'enfant. C'est une obsession. Chez les enfants je m'appuie sur des documents fait par la sécurité sociale (activité physique, images, etc...). J'envoie les enfants tout de suite en consultation spécialisée au CHU, pas à la première consultation, j'essaie de voir d'abord comment ils vivent leur surpoids, comment ça se passe à l'école, est ce qu'on peut les aider. Je leur montre les courbes d'IMC. Après la 2^e voir 3^e consultation, je leur propose la consultation spécialisée.

Par contre, chez les adultes, je vois comment ils abordent le message. J'utilise les disques en leur disant qu'ils sont obèses en leur demandant si ça les gêne. On regarde ensemble si ça leur pose des problèmes médicaux. Là je rapporte s'il y a du diabète, des troubles métaboliques, de l'HTA, de l'hypercholestérolémie, si c'est pris en charge. On en parle et je leur dit, vous voyez, tous les problèmes que vous avez peuvent être dus à cette obésité. Ensuite on parle avec eux : est ce qu'ils veulent le prendre en charge parce que sinon, là je peux vous dire, c'est fini, je ne m'investis plus parce que on évalue vous savez. Si les gens ils veulent, on choisit ensemble : soit on travaille ensemble, soit j'envoie à un nutritionniste. Alors je leur parle du spécialiste mais je leur donne également quelques conseils comme l'activité physique et je leur dit d'aller avec une enquête alimentaire chez le nutritionniste pour gagner du temps. Moi je fais des enquêtes alimentaires pour les patients que je suis mais c'est plus du surpoids que de l'obésité morbide. Là je consacre une consultation. J'adresse également au CMP, dans des groupes de paroles car la prise en charge psychiatrique est importante.

Vous savez, c'est complexe la prise en charge. Il n'y en a pas un qui a trouvé la bonne recette. Il faut trouver son bon interlocuteur.

Donc moi je prends en charge par document papier, l'enquête alimentaire puis le spécialiste. »

Question n°4 : Selon vous, quels sont les obstacles à la perte de poids chez un patient obèse ?

« Souvent là où on se mord la queue c'est qu'ils ne peuvent pas bouger parce qu'ils sont trop gros, donc comme ils ne bougent pas, il n'y a pas de perte de poids et comme les apports alimentaires ont été trop importants à un moment, même s'ils diminuent, il y a de grosses difficultés.

Le problème social : souvent c'est une culture. C'est un problème social et culturel. Quand on fait une enquête alimentaire, on voit qu'ils se nourrissent avec des saucisses de Strasbourg, il faut leur apprendre à gérer le volume de leur alimentation. L'interrogatoire c'est difficile. Et puis, lors des enquêtes alimentaires on se rend compte que certains mentent et d'autres qui sont honnêtes disent se lever la nuit et on se rend compte qu'ils souffrent de boulimie et là ce n'est plus un problème alimentaire mais psychiatrique. Ce n'est pas que de la « mal bouffe ». Il y a ceux qui mangent mal et là c'est un problème souvent culturel et il faut les éduquer (consommation de soda, de plat cuisiné) donc ce n'est pas un problème de coût mais de culture. Les gens ne savent pas et c'est là qu'on peut agir chez les enfants. On est également dans une société où il faut aller vite donc on ne prend pas le temps de cuisiner et bizarrement c'est celui qui est au chômage qui ne prend pas le temps de cuisiner alors que celui qui finit tard de travailler prendra le temps de cuisiner. C'est donc bien un problème de culture. »

Question n°5 : Connaissez-vous les différents types de prise en charge dans l'obésité morbide ?

« Par les nutritionnistes dans les centres. A un moment au CHU il y avait une consultation pour les gens en surpoids surtout diabétique. La prise en charge au CMP où certains se sont spécialisées dans l'obésité... et c'est gratuit, je l'utilise beaucoup. Quand certains ont entendu parler de la chirurgie et qu'ils m'en parlent je les envoie voir le professeur FAURE, car après eux, ils les voient et les mettent dans le circuit. »

« C'est vous qui parlez de chirurgie où ce sont les patients ? »

« Je crois qu'à chaque fois ce sont les patients qui m'ont demandé d'aller voir le chirurgien. J'ai dû le proposer une fois et la dame à retirer l'anneau. C'était une des 3 femmes qui a perdu du poids suite à la grossesse. J'en suis très fière.

C'est souvent les patients qui m'en parlent. Mais je n'ai pas beaucoup de patient en obésité morbide. Je dois en avoir 5 qui ont été opérés, 2 chez qui l'anneau a été retiré car ça leur faisait mal. »

Question n°1 : Pouvez – vous me décrire vos expériences de consultation avec des patients obèses et/ou ayant une obésité morbide ?

« Avec notre logiciel, quand un nouveau patient arrive, on a le poids et la taille. On leur donne un dossier que l'on remplit avec eux. On rentre leurs antécédents familiaux et les personnels. Donc on a globalement les facteurs de comorbidités associés. Quand il y a surpoids et obésité et qu'il y a demande et motivation, moi je gère généralement toute seule. Par exemple, vous avez les tranches de 25-35 et 40 ans, ce sont généralement des femmes, ce que je fais, je leur demande sur 8 jours – 15 jours de me noter ce qu'elles mangent. Elles sont motivées en général. On a de sacrées surprises. C'est une enquête que l'on peut avoir comme quand on retrouve une glycémie pathologique. On se rend compte que le matin ce n'est pas du pain c'est 3 brioches et du sucre ou du tout et n'importe quoi. Elles ne boivent jamais de flotte mais de la limonade...des trucs énormes. Après, moi j'aime bien insister sur l'hygiène de vie et l'activité physique. Alors je ne leur demande pas d'aller courir mais au moins de marcher. Là aussi on a de sacrées surprises parce que pour elles, faire 2 km c'est marcher. En médecine générale, ce qui est surpoids simple, avec l'alimentation et l'hygiène de vie, on obtient déjà des trucs assez satisfaisants. Après, l'obésité morbide, je m'y colle mais je suis assez déçue parce que je trouve qu'il y a souvent autre chose que des erreurs alimentaires. C'est souvent des personnes un peu plus âgées et c'est souvent des gens qui ont essayé tout et n'importe quoi comme le régime Dukan là, ils sont fous de ça et c'est une catastrophe et après elles ont eu toutes leur période médiateur. Et ces personnes ne viennent pas me voir directement. Celles qui viennent me voir, j'ai mon protocole : filière classique avec la diététicienne quand je me sens démunie. Le problème c'est que ce n'est pas remboursé mais elle a une approche très très bien et les gens ça ne les dérange pas de payer. L'autre filière, pour l'obésité morbide, c'est avec Mme Fieuzal au CHU de Poitiers, endocrinologue, elle y fait des vacations. Je pense à une patiente hypertendue où elle a été prise en charge au niveau psychologique, elle a vu les Docteur PIGUEL et FAURE puis elle a eu son BY-PASS. Elle m'a montré également une autre filière chez les gens qui n'ont pas encore de complication de l'obésité, c'est à dire les gens qui ont des antécédents familiaux d'obésité à st Maixent l'Ecole. C'est comme une maison de repos mais pour hygiène de vie. Ils donnent des régimes. Ils ont ouvert il y a un an. Avant j'envoyais à Pouligny Notre Dame : centre pour accompagner les pertes de poids. Ils apprennent à rééquilibrer leur repas et insistent également sur l'activité physique. Je ne donne pas de coupe faim ! »

Question n°2 : De quelle façon identifiez-vous les personnes obèses parmi vos patients ?

« L'IMC. La mesure du périmètre abdominal mais je ne le fais pas. On a fait une étude il y a quelques années mais on ne le fait pas. Après il y a tous les facteurs associés, les complications.

Après, les obèses, ça a un côté déprimant. Avant, je faisais des visites à domicile et quand j'arrivais au repas de midi, on pouvait voir la purée avec tout un tas de graisse dedans... »

Question n°3 : Quelles ressources utilisez-vous lors de la prise en charge d'un patient obèse. Ces ressources sont-elles différentes de celles utilisées pour les patients atteints d'obésité morbide ?

« Le surpoids simple, je gère. » Réponse question 1.

Question n°4 : Selon vous, quels sont les obstacles à la perte de poids chez un patient obèse ?

« Le niveau socio-économique et le côté éducatif. Manger des légumes et manger des fruits ça coûte cher. Manger gras avec des repas longs, jusqu'à 17-18h, quand on a l'habitude dans la famille, c'est difficile de changer les habitudes. J'ai l'exemple d'un gamin qui ne s'assoit jamais à table, il mange des sandwiches jambon-beurre toute la journée, c'est le petit dernier d'une famille des gens du voyage et la mère ne dit rien.

Je pense qu'il y en a qui sont sincères en disant qu'il mange peu mais quand on les interroge on se rend compte que l'entrée c'est de la charcuterie, du pâté puis du porc avec des pommes de terre et du beurre puis fromage avec du beurre, ce qui est culturel chez nous. Et puis il y a le côté convivial chez nous. Il n'est pas rare quand on fait les visites l'après-midi que les gens nous offre du café avec des gâteaux. »

Question n°5 : Connaissez-vous les différents types de prise en charge dans l'obésité morbide ?

« La chirurgie. On passe la main. Ce n'est pas nous qui décodons de ce qui est fait ou pas ça. Il faut quand même que les personnes soient bien « cortiquées », leur faire comprendre que ce n'est pas fini.

Je n'adresse jamais directement au chirurgien. On passe toujours par un intermédiaire. Toutes les candidates sont passées avant par Mme Fieuzal avant : elle reprend tous les antécédents puis l'adresse à Mr FAURE. Ensuite moi je reçois les lettres mais je suis spectatrice. Je ne gère que les comorbidités. Elle a vu également le Docteur Levy, psychiatre.

Ça leur change la vie quand même à ces gens là. »

Question n°1 : Pouvez – vous me décrire vos expériences de consultation avec des patients obèses et/ou ayant une obésité morbide ?

« Pour moi il n’y a pas de consultation standard pour des patients obèses. On a des patients obèses, on a rarement des consultations pour la PEC de l’obésité, c’est jamais la demande. On a parfois des demandes disons plus cosmétiques chez la jeune femme en été qui veut perdre quelques kilos, par contre je n’ai jamais eu une demande de prise en charge d’amaigrissement dans le cadre d’une obésité importante. En général, c’est des patients que l’on voit dans le cadre de pathologie comme le diabète, des arthroses, HTA effectivement chez lesquels on constate une obésité et c’est en général moi qui essaie d’approcher le problème et quelle prise en charge on peut faire et en général, les gens acceptent. Mais c’est rarement un motif de consultation en soi, dans le cadre de l’obésité morbide. Après, ce qu’on voit de temps en temps, c’est la gamine de 15 ans qui ne ressemble pas aux modèles des magazines. Que ce soit l’obésité ou l’obésité morbide, ce n’est jamais un motif de consultation isolé. Mais, en aparté, quand on fouille un peu les choses, on se rend compte que les gens ont déjà vu des charlatans, fait de nombreux régimes et ils ont souvent un lourd passé de consultations avec des gens qui s’occupent d’amaigrissement de façon non médicale. C’est une tendance générale. »

Question n°2 : De quelle façon identifiez-vous les personnes obèses parmi vos patients ?

« Le coup d’œil démaquillant (rire), puis je les pèse, je les mesure. Je fais l’IMC. L’IMC c’est quand même sévère. Il y a des gens qui selon l’IMC sont obèses mais au coup d’œil je les aurais catégorisés comme costaud ou en surpoids mais sûrement pas obèse. Je ne sais pas si l’IMC est un critère très pertinent. On voit par exemple des gens qui font du rugby qui sont costaud, musclé qui sont côté en obésité alors que leur masse grasse n’est pas forcément importante. Mais je me contente de la mesure de la toise et de la balance. Je le fais systématiquement chez un nouveau patient. Après le poids je le fais assez souvent, ça fait partie de l’examen clinique comme la prise de la tension. »

Question n°3 : Quelles ressources utilisez-vous lors de la prise en charge d'un patient obèse. Ces ressources sont-elles différentes de celles utilisées pour les patients atteints d'obésité morbide ?

« C'est plutôt une question de gradation dans le temps. C'est-à-dire que la première question est de savoir si le patient est motivé ou pas pour faire une démarche. S'il paraît motivé, en général, je l'oriente soit vers une collègue diététicienne et je leur dis de faire une enquête alimentaire. Je vois quand même moi avant si je vois des erreurs et je leur donne les conseils de base (alimentaire, sport, etc...), ça se fait sur plusieurs consultations. Ensuite je les envoie vers la diététicienne ou le réseau REPCO. Après, la chirurgie c'est par le réseau.

S'ils ne sont pas motivés je leur donne les conseils diététiques et physiques sur plusieurs consultations et essaie de les motiver à aller voir une diététicienne en sachant que ce n'est pas remboursé et ça c'est un gros problème ou aller au REPCO sachant que ça c'est à Angoulême donc à 45 minutes d'ici.

Mais le problème initial c'est de connaître la motivation des gens. »

Question n°4 : Selon vous, quels sont les obstacles à la perte de poids chez un patient obèse ?

« Le premier c'est quand même que c'est quelque chose de très ingrat. Souvent les gens ont une obésité ancienne et on fait le régime yo-yo. Donc le premier obstacle c'est la différence entre le souhait du patient qui veut un résultat spectaculaire et sans effort et la réalité que ça demande des efforts et que le résultat n'est pas très spectaculaire. Souvent les gens ont fait tous les régimes et ont repris du poids donc ils sont découragés. Ensuite, il y a l'obstacle financier, sachant que les diététiciennes ne sont pas prises en charge. Et il faut bien dire que le fait de manger des choses saines et corrects, ça coûte plus cher que manger des choses, une alimentation de mauvaise qualité.

La motivation du patient : certains patients ne veulent pas changer de mode de vie parce qu'ils s'acceptent comme ça.

D'autre part, je n'ai jamais utilisé le terme d'obésité morbide. Je ne sais pas ce que cela veut dire. Honnêtement, je n'ai jamais fait de différence entre l'obésité morbide ou pas morbide. Ce qui va probablement jouer, c'est le retentissement sur la santé : un diabète déséquilibré, s'ils font un IDM, s'ils ont une arthrose importante. La difficulté d'équilibrer un diabète peut amener à prendre en charge l'obésité mais je ne fais pas la différence entre obésité et obésité morbide. »

Question n°5 : Connaissez-vous les différents types de prise en charge dans l'obésité morbide ?

« La chirurgie. Dans mon expérience, c'est souvent des obésités morbides avec polypathologies.

Les différents types de chirurgie : l'anneau.

On évoque la chirurgie chez des gens qui sont dans un réseau donc ce n'est pas moi qui évoque la chirurgie. Mais il y a des gens qui viennent me voir en me disant : « je connais quelqu'un qui a perdu 20 kilos grâce à la chirurgie est-ce que je peux moi aussi ? » et donc là on doit leur expliquer qu'il y a des critères et que la prise en charge peut être longue. »

Entretien n°8 :

Question n°1 : Pouvez – vous me décrire vos expériences de consultation avec des patients obèses et/ou ayant une obésité morbide ?

« Le cas d'un ado qui est en obésité morbide : poids, taille, erreurs d'alimentation, a-t-il envie qu'on parle de son poids, s'il veut faire une démarche par rapport à ça ou s'ils en a déjà fait une. Il était suivi également par une IDE scolaire et a fini par prendre conscience de son poids. Il est revenu me voir et m'a demandé s'il existait des centres pour perdre du poids. Je l'ai donc envoyé à Niort où ça a duré plusieurs semaines. Quand il est revenu, il n'a pas respecté les conseils et donc ça a été un échec. Là c'était un enfant qui n'avait pas assez de volonté. Seul il ne pouvait pas y arriver mais accompagné dans un centre ça fonctionnait. Il n'avait pas forcément envie finalement.

Ensuite, pour les adultes, c'est la même chose, soit c'est eux qui parlent spontanément de leur régime et ils me demandent une aide. Soit une aide pour aller voir quelqu'un ou alors je peux les aider ou bien c'est moi qui leur demande si leur poids leur pose problème et s'ils désirent faire une démarche par rapport à ça. S'ils viennent pour un problème comme une douleur de genou ou du cholestérol et bien ça peut m'aider à aborder le problème de l'obésité, qu'elle soit morbide ou pas. Et dans ces cas-là, je les envoie soit vers la diététicienne, soit vers le REPCO à Soyaux car la prise en charge est globale et régulière. Les gens ne sont pas seuls et le nutritionniste va aborder le comportement alimentaire et pas forcément parler de régime. Après pour les obésités non morbides, je leur dis que c'est à eux de se prendre en charge et j'utilise la complication de l'obésité comme la douleur du genou, en disant, qu'on ne vous opérera pas tant que vous n'aurez pas perdu un peu de poids. Mon insistance et ma motivation, préférence à moi n'est pas forcément la préférence du patient. Pour l'obésité morbide, j'ai l'exemple d'un patient où ça s'est amélioré au niveau de son diabète mais pas au

niveau du poids et c'est déjà beaucoup pour lui, je ne peux pas lui en demander plus.
Dans mon expérience à moi, j'ai un sentiment d'échec. Je n'ai pas beaucoup de réussite. »

Question n°2 : De quelle façon identifiez-vous les personnes obèses parmi vos patients ?

« Poids, taille et IMC, l'apparence. L'apparence est importante car en fonction de celle-ci je ne vais pas aborder le problème du poids de la même façon. »

Question n°3 : Quelles ressources utilisez-vous lors de la prise en charge d'un patient obèse. Ces ressources sont-elles différentes de celles utilisées pour les patients atteints d'obésité morbide ?

« C'est rare que je les prenne en charge seule en fait. C'est une prise en charge dans le temps. Il faudrait revoir les patients. Le problème c'est qu'il faudrait les revoir régulièrement pour ne parler que de régime. Dans l'idéal serait de les revoir plus régulièrement comme on fait pour le tabac. Mais c'est vrai : je ne m'occupe pas assez des obèses, peut-être à cause de mon sentiment d'échec jusqu'à présent, peut-être aussi parce que je banalise. Peut être effectivement que pour l'obésité morbide je vais avoir tendance à insister plus. Je ne vais pas forcément les revoir pour ça mais les revoir par rapport à leur complication, du coup on accentue plus la prise en charge du poids.

Que l'obésité soit morbide ou pas, j'utilise les mêmes moyens : diététicienne ou REPCO selon leurs envies et une diététicienne qui vient à domicile car je trouve ça plus facile à aborder, ils ont moins de difficulté à prendre en charge leur problème de poids quand ils n'ont pas à aller au cabinet. Une autre difficulté c'est le prix de la diététicienne qui n'est pas remboursée donc des fois ça les heurte et donc c'est un frein, du coup c'est moi qui les gère avec mes deux régimes types : le régime diabétique et le régime à 1200 calories. Je leur dis de manger équilibré mais qui ne sera pas forcément adapté à leur pratique alimentaire parce que je pense qu'il faut traiter leur comportement alimentaire qu'il soit compulsif, que ce soit le grignotage, que ce soit sur les quantités. J'avais fait un séminaire sur l'obésité de l'enfant où il disait, un message par consultation ou du moins pas trop de message par consultation. On détecte les erreurs et on en choisit une en lui demandant de la corriger. Mais je pense oui, que je manque de compétences. « Pourquoi tu manques de compétences ? » (Réflexion de la part du médecin) Parce que je ne sais pas comment les motiver. Quand j'ai fait mes études on n'avait pas de cours sur l'obésité. Le principe du rebond à 6 ans, c'est récent, le plan national nutrition santé également. Je m'en sers beaucoup, à chaque âge. J'ai vraiment été chercher les outils par moi-même, j'ai même ma petite roulette pour calculer l'IMC. J'ai fait ce séminaire

mais c'est vrai que malgré tout, je suis assez limité et je me rends compte que ça ne suffit pas à les prendre en charge. J'ai l'impression qu'il manque quelque chose en fait. J'ai, l'impression de ne pas arriver à les motiver, de leur faire prendre conscience que c'est grave ou alors je leur dis peut être pas bien. Quand je vais dépister, j'ai l'impression que c'est trop tard. Il aurait fallu prévenir. C'est ça en fait, je n'arrive pas à prévenir. Donc voilà, je les prends pas bien en charge car j'ai sûrement pas bien appris et après je me dis souvent que j'ai baissé les bras car c'est trop tard. Je suis sûrement trop défaitiste. On devrait nous apprendre davantage sur la prévention, faire des campagnes générales. Chez l'enfant, on essaie d'en parler quand même. »

Question n°4 : Selon vous, quels sont les obstacles à la perte de poids chez un patient obèse ?

« C'est habitudes alimentaires, a-t-il envie de les changer, en est-il capable ? Je pense qu'il y a des gens qui par facilité ou par rapport à leurs horaires de repas, par rapport aux temps qu'ils ont pour préparer leur repas, par rapport à leurs moyens financiers pour préparer leur repas. Tout cela, fait qu'effectivement, ce n'est pas forcément des bonnes raisons, mais dans la réalité, on se heurte à ça.

Après, l'enquête alimentaire, je ne sais pas en faire. Il faudrait rectifier leurs erreurs ou leur donner une solution pour corriger ces erreurs là. En tant que médecin généraliste, je n'ai pas le temps non plus. Après mon séminaire, j'ai demandé à une maman de me faire une enquête alimentaire pour son fils sur une semaine, et en fait je pense que je ne savais pas l'analyser. Pour moi il n'y avait pas de grosses erreurs. Mais est-ce que les gens jouent le jeu aussi ? L'obstacle aussi c'est que c'est difficile à aborder. C'est un peu comme l'alcool. Ça fait partie des choses difficiles à aborder. Je pense que j'ai plus de mal à aborder l'obésité que le tabac. Donc, les freins du patient, les freins du médecin. Si ce n'est pas morbide, je pense que je me donne du temps. Je dis, bon on en reparlera la prochaine fois, ou on en a parlé donc on a donné un message mais la fois d'après si je n'ai pas le temps et bien on n'en parle pas. Il faudrait que le motif de consultation soit le régime et ce n'est jamais le cas donc on en parle en plus mais pas suffisamment en temps.

L'obstacle par rapport à la formation du médecin

Quand envoyer à la diététicienne ou au REPCO ? Le problème financier entre en compte puisque la diététicienne ce n'est pas remboursé donc j'envoie au REPCO. Mais après comment surveiller ? Comment être sûr de ne pas perdre de vue les gens ?

Le patient : son temps à lui, l'aspect financier, sa motivation

Le médecin : mon temps à moi, ma motivation »

Question n°5 : Connaissez-vous les différents types de prise en charge dans l'obésité morbide ?

« Le centre à St Yrieix, le REPCO, les plasties de l'estomac. J'ai un exemple horrible d'une patiente qui a grossi exprès pour entrer dans les critères d'opération. La chirurgie en générale. »

RESUME

Introduction: L'obésité et l'obésité morbide sont un véritable problème de santé publique aujourd'hui puisqu'en 15 ans et malgré des recommandations établies par l'OMS, le nombre de personnes obèses en France ne cesse de croître. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les obstacles à la prise en charge de l'obésité du point de vue des médecins généralistes uniquement, en évaluant leur pratique dans la région Poitou-Charentes. L'objectif secondaire est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur la chirurgie bariatrique.

Méthodes : Cette enquête observationnelle, qualitative, transversale, a été menée en Poitou-Charentes du 1er octobre 2013 au 5 novembre 2014 auprès des médecins généralistes de la région. L'étude a débuté par des entretiens individuels, enregistrés, auprès de 8 médecins généralistes qui ont répondu à des questions ouvertes. Leurs réponses ont permis d'établir un questionnaire, mis en ligne et diffusé à l'ensemble des médecins généralistes de la région du 5 septembre 2014 au 5 novembre 2014.

Résultats : Cent cinquante six médecins sur les 2486 (6,3%) ont répondu au questionnaire en ligne. Quarante trois (53,9%) ne se sont pas formés à la prise en charge nutritionnelle et 65,8% (n = 102) ne se sont pas formés à la prise en charge de l'obésité. Trente deux (20,5%) considèrent qu'il n'est pas de leur ressort de prendre en charge l'obésité. Cent cinquante et un (91,6%) disent ne pas avoir assez de temps lors d'une consultation standard pour mener à bien leur consultation d'obésité. Les facteurs constituant un obstacle à la perte de poids sont le fait d'être issu d'une famille d'obèses (97,4% des répondants), l'absence de motivation du patient (99,4%) et le suivi du patient (82,3%). En revanche, le temps de travail et le coût des aliments, ne semblent pas être un obstacle (respectivement 85,9% et 66,5% des répondants). Concernant les moyens diagnostiques de l'obésité et son dépistage, 97,4% des médecins calculent l'IMC. Le tour de taille est souvent évoqué mais seulement 33,8% le mesure.

Conclusion : La prise en charge de l'obésité en médecine générale reste difficile en Poitou-Charentes. Les principaux obstacles pour les médecins généralistes sont le manque de temps de la part du médecin, le manque de motivation du patient, le manque de suivi et le fait d'être issu d'une famille d'obèse. Concernant l'obésité morbide, la majorité des médecins a des notions et sait orienter son patient vers les bons intervenants. La prise en charge est aisée car ce sont les patients qui demandent spontanément une prise en charge à leur médecin.

MOTS CLES

Obésité – obésité morbide – médecine générale – poids – obstacles – motivation – temps – suivi

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 !



RESUME

Introduction: L'obésité et l'obésité morbide sont un véritable problème de santé publique aujourd'hui puisqu'en 15 ans et malgré des recommandations établies par l'OMS, le nombre de personnes obèses en France ne cesse de croître. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les obstacles à la prise en charge de l'obésité du point de vue des médecins généralistes uniquement, en évaluant leur pratique dans la région Poitou-Charentes. L'objectif secondaire est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur la chirurgie bariatrique.

Méthodes : Cette enquête observationnelle, qualitative, transversale, a été menée en Poitou-Charentes du 1er octobre 2013 au 5 novembre 2014 auprès des médecins généralistes de la région. L'étude a débuté par des entretiens individuels, enregistrés, auprès de 8 médecins généralistes qui ont répondu à des questions ouvertes. Leurs réponses ont permis d'établir un questionnaire, mis en ligne et diffusé à l'ensemble des médecins généralistes de la région du 5 septembre 2014 au 5 novembre 2014.

Résultats : Cent cinquante six médecins sur les 2486 (6,3%) ont répondu au questionnaire en ligne. Quarante trois (53,9%) ne se sont pas formés à la prise en charge nutritionnelle et 65,8% (n = 102) ne se sont pas formés à la prise en charge de l'obésité. Trente deux (20,5%) considèrent qu'il n'est pas de leur ressort de prendre en charge l'obésité. Cent cinquante et un (91,6%) disent ne pas avoir assez de temps lors d'une consultation standard pour mener à bien leur consultation d'obésité. Les facteurs constituant un obstacle à la perte de poids sont le fait d'être issu d'une famille d'obèses (97,4% des répondants), l'absence de motivation du patient (99,4%) et le suivi du patient (82,3%). En revanche, le temps de travail et le coût des aliments, ne semblent pas être un obstacle (respectivement 85,9% et 66,5% des répondants). Concernant les moyens diagnostiques de l'obésité et son dépistage, 97,4% des médecins calculent l'IMC. Le tour de taille est souvent évoqué mais seulement 33,8% le mesure.

Conclusion : La prise en charge de l'obésité en médecine générale reste difficile en Poitou-Charentes. Les principaux obstacles pour les médecins généralistes sont le manque de temps de la part du médecin, le manque de motivation du patient, le manque de suivi et le fait d'être issu d'une famille d'obèse. Concernant l'obésité morbide, la majorité des médecins a des notions et sait orienter son patient vers les bons intervenants. La prise en charge est aisée car ce sont les patients qui demandent spontanément une prise en charge à leur médecin.

MOTS CLES

Obésité – obésité morbide – médecine générale – poids – obstacles – motivation – temps – suivi