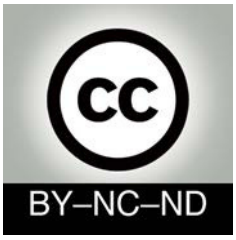
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Faculté de Médecine Lyon Est

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 N° 503

Difficultés de prise en charge de l'obésité au cabinet de médecine générale en région AURA : Étude quantitative sur leurs priorités de résolution au moyen d'une analyse par comparaison de paires

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le ***12/12/2023***
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

ROBIN Benjamin, né le 26/08/1991 à Saint-Priest

Sous la direction du Dr Sophie SUN

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Faculté de Médecine Lyon Est

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Faculté de Médecine Lyon Est
http://lyon-est.univ-lyon1.fr/ • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER

ROBIN, Benjamin

Difficultés de prise en charge de l'obésité au cabinet de médecine générale en région AURA : Étude quantitative sur leurs priorités de résolution au moyen d'une analyse par comparaison de paires

RESUME

En France, 17% de la population adulte est en situation d'obésité. Pour la prise en charge du patient obèse, le médecin généraliste est un interlocuteur de premier recours. Cette prise en charge est sources de difficultés pour le praticien.
L'objectif de notre travail était d'évaluer la priorité de résolution des freins rencontrés par le médecin généraliste au cabinet pour soigner le patient obèse.
241 médecins généralistes de la région AURA ont répondu à un questionnaire en ligne s'intégrant dans le cadre d'une analyse de comparaisons de paires.
Cette analyse a permis de dresser un classement hiérarchique des freins rencontrés par les médecins généralistes selon leur indice de priorité de résolution. Les difficultés à soutenir la motivation au changement, le manque d'efficacité et le manque de temps médical ont été classés comme les plus prioritaire.
L'importance de ces freins fait écho à un manque de compétences et de formations au sujet de l'entretien motivationnel ; à un exercice pluridisciplinaire entravé par une faible visibilité des réseaux de soin et à une rémunération inadaptée à l'approche centrée patient en matière d'obésité.
Plusieurs pistes d'amélioration se dessinent : recentrage de l'enseignement théorique et pratique sur l'entretien motivationnel, intensification de la communication réseau-médecin généraliste ou encore une refonte du système de rémunération au profit de la consultation dédiée et encouragement au soin spécialisé conventionné.

MOTS CLES

« obésité », « médecine générale », « difficultés », « priorité », « comparaison », « paires »

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

JURY

Président :	Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT
Membres :	Madame le Professeur Sybil CHARRIERE
	Monsieur le Professeur Alain MOREAU
	Madame le Docteur Sophie SUN

DATE DE SOUTENANCE : 12/12/2023

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER

Université Claude Bernard Lyon 1

Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAULT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités

Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AURORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AURORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACOIN REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénéréologie

Maîtres de conférences

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences
Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINE	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Table des matières

I. INTRODUCTION 25

A. Définitions 25
1. IMC 25
2. Tour de taille et tour de hanche 25
3. Syndrome métabolique 27

B. Bases historiques et épidémiologie actuelle 28
1. L'obésité à travers les époques 28
2. Épidémiologie 28

C. Complications de la surcharge pondérale 30
1. Mortalité 30
2. Cardiovasculaires 31
3. Néoplasiques 31
4. Gastro-intestinales 31
5. Pulmonaires 31
6. Obstétricales 32
7. Musculosquelettiques 32

D. Causes 32
1. Alimentation hypercalorique et déséquilibrée 32
2. Sédentarité 32
3. Médicaments 33
4. Pathologies 33
5. Hérédité 33
6. Sommeil et qualité de vie 34
7. Microbiote intestinal 34
8. Contexte psychosocial et environnemental 34

E. Prise en charge 35
1. Axes de soin 35
2. Réseau de soin 39

F. La surcharge pondérale en médecine générale 42
1. La place du médecin généraliste 42
2. Limites et difficultés 42

II. MATERIEL ET METHODE 44

A. Profil et objectif de l'étude 44

B. Population et recrutement 44
1. Population source 44
2. Recrutement 44

C. Revue de la littérature 46
1. Bases de données 46
2. Méthode de recherche 46
3. Sélection des articles 47
4. Résultats 48

D. Méthode par comparaison par paires 55
1. Bases scientifiques 55
2. Choix et application 56
3. Modèle 56

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

E. Questionnaire 56
1. Prérequis techniques 56
2. Déroulement 57

III. RESULTATS 58

A. Participation et données brutes 58
1. Répartitions 58

B. Description de la population 58
1. Généralités 58
2. Éléments facilitateurs pour la prise en charge de l'obésité 61

C. Résultat principal : hiérarchie des priorités 62

D. Résultats secondaires 63
1. Fréquences et fréquences normalisées 63
2. Tests du χ^2 64
3. Données qualitatives 65

IV. DISCUSSION 71

A. Forces et faiblesses de l'étude 71
1. Forces 71
2. Limites 72

B. Hiérarchie 74
1. Motivation au changement et résultats 74
2. Manque de temps 77
3. Situation socioculturelle et économique du patient 79
4. Outils et réseau 80
5. Formations, connaissances, compétences 83
6. Freins moins prioritaires 84

C. Perspectives 85
1. Pistes d'améliorations 85
2. Travaux complémentaires 87

V. CONCLUSION 88

BIBLIOGRAPHIE 89

ANNEXES 96

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Remerciements

A mon jury de thèse

Pr Anne-Marie SCHOTT. Merci de me faire l'honneur de présider mon travail de thèse. Veuillez recevoir l'expression de mes sentiments les plus sincères.

Pr Sybil CHARRIERE. Merci d'avoir accepté de composer mon jury de thèse et d'avoir apporté votre attention à mon travail. Veuillez accepter ma plus grande reconnaissance.

Pr Alain MOREAU. Merci d'avoir accepté de juger mon travail et pour l'intérêt que vous y avez porté. Veuillez être assuré de ma sincère gratitude.

Dr Sophie SUN. Merci de m'avoir accompagné dans ce long travail et de m'avoir distillé de précieux conseils qui, je le sais, me seront utiles pour mon exercice futur.

A l'URPS, pour avoir accepté de diffuser mon questionnaire de thèse.

A Mathilde, pour cette précieuse aide statistique et tes conseils avisés.

A Maxime, pour ton aide informatique dont je n'aurais pu me passer.

A ma famille.

A mes parents. Merci de m'avoir appris à être heureux.

Maman, merci pour ton amour inconditionnel depuis mes premiers instants.
Merci pour cet instinct de maman pied-noir-poule-louve-protectrice qui a été ma petite bénédiction. Merci pour cette sensibilité bien à toi que tu as sue me transmettre, et qui aujourd'hui me fait voir la beauté du monde. Être ton fils est une fierté, te rendre fière est un accomplissement. Je t'aime.

Papa, merci pour ta présence indéfectible depuis toujours.
Ton œil si vif (le droit évidemment, parce que le gauche…), ta lucidité, ton sens du travail et tes sacrifices ont été et restent une source d'inspiration infinie pour moi. Merci d'avoir cru en moi et forgé avec justesse, intelligence et douceur l'homme que je suis aujourd'hui. Je t'aime.

A mes frères

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Anthony. Merci pour notre enfance.
Merci pour notre relation qui, une fois déshabillée des artifices de la compétition fraternelle, est en fait si simple et belle. C'est avec un Arbalète et Catapulte surpuissant sur un parquet, devant ISS, PES et smashbros, au ping-pong en pyjama le dimanche matin, en se fouettant avec des frites autour de la piscine, en squattant le panier de basket (qui amortissait trop mes lay-up de gaucher je dois l'avouer aujourd'hui) que j'ai appris, à tes côtés, que le jeu est la plus belle façon d'apprendre la vie.

Nico. Merci d'être mon grand frère.
Merci pour l'intérêt sincère que tu as toujours porté à ma construction.
Même si un petit paquet d'années nous séparent, je suis fier du lien que nous partageons.
Merci d'avoir fait toutes les con****** possibles avant moi pour que j'emprunte le bon chemin.

A mamie Francine,

Merci pour ton amour et ta générosité.
Merci de m'avoir montré que le travail paie toujours.

A mes neveux et nièce

Jo. Merci de m'avoir assis sur le siège de tonton, même si ne pas me faire appeler Uncle Ben demeurera un échec amer.

Arthuro. Merci pour spontanéité, pour tes cris de Nazgul assourdissants, pour tes saltos bien trop hauts et ratés pour ton âge dans la piscine.

Rafifouloulou. Merci pour ton sourire éclatant, ta joie de vivre déjà rayonnante et pour les O-BAR-GIIIINES. J'ai hâte de vivre ces années qu'on pourra partager, à défaut de la nourriture.

A mes cousins

Rémi. Merci cousin pour ces jeunes années insouciantes à taper les ballons sur les terrains et les crever sur Mario kart. Merci pour

Clara. Merci pour cette enfance que nous avons partagée et croquée à pleines dents. Pour ces après-midis entières à lire Tom-tom et Nana dans le lit superposé et ces heures passées à élever des Furbiz.

A mon oncle Erick. Merci d'être l'oncle que tout le monde voudrait avoir.
Merci d'avoir courbé le dos et enfilé une fausse barbe qui gratte tout droit sortie de la cave tous les 24 Décembre. Merci de m'avoir aidé à entretenir cette relation à distance avec Pepita.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

A ma tante Catherine. Merci pour ta bienveillance, ta façon si simple de vivre la vie à fond et ces repas de Noël bien trop arrosés.

A mes belles-sœurs

Merci de supporter les affreux jojos qui me servent de frangins quotidiennement. Un jour, vos efforts seront récompensés.

A mes amis.

Aux Chaliens

Ali. Merci pour ta bonté, ton intelligence et ton esprit d'une ouverture infinie. Pour ta sociabilité démentielle, ton déhanché sans complexe et ton ptosis légendaire.

Antoine. Merci pour ta bienveillance infinie. Pour ta capacité à grommeler aussi développée que ton souci du bonheur des autres. Pour ta culture débordante et ta curiosité sans pareille.

Arnaud, Juju et Louise. Merci à vous les Schlemolière, pour les tartes, pour les viossa, pour cette petite puce qu'il me tarde de rencontrer.

Aurélie. A cette amitié si pure. Pour ton sourire, ta joie de vivre et cette constance inspirante dans tous les domaines que tu abordes.

Colleen. Merci pour notre amitié. Pour la richesse et l'authenticité de nos interactions, pour feeder nos heads all night long.

Guigui. Merci pour ta bêtise sans limite. Pour ta capacité folle à rendre tout délirant et démesuré. Ton rire et ton auto-dérision ont illuminé beaucoup de moments dont je me souviendrai.

Lena. A cette amitié aussi simple que véridique. Pour toutes les sacrées situations que tu as résolues, pour ces moments insoupçonnés mais si appréciables.

Léo. Merci pour ta Woodstockitude. Pour tes sms incompréhensibles et tes enchaînements de voyelles presque illégaux. Merci pour ta joie si facile et communicative.
Fred et Loulou. Merci pour ces petits moments simples et joyeux. Plein d'amour.

Madeleine. Merci. Un Haiku vaut parfois mieux que de longues phrases : L'amitié, ce bourgeon de sourires. L'amarante rougit de bonheur. Le pollen rit.

Raph. Pour ta folie de la nuit, tes flemmes et tes chauffes improbables, pour notre tac-au-tac de stupidités sans égal. Pour everything.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Thomas. Merci pour nos rires incessants, ton humour si percutant, pour nos délires débiles. Le CHAL, c'était quand même une sacrée bonne boum.

Victor. Merci pour ta douceur et ta bonhommie qui donnent la banane même quand on perd d'un point contre l'Afrique du Sud.

Yannis. Merci pour ton entrain infaillible, quelle que soit l'heure, le lieu et les participants. Finalement, après toutes soirées improbables, je retiendrai que tout est plus simple avec un peu de savonnette.

A Éric. Merci pour ces années intenses, pour le grolem, tes courses robotiques, pour ma force physique miraculeusement retrouvée un soir de Barberousse, pour notre passion pour le wokisme.

A Jérémy. Merci pour cette amitié d'une rare fusion. Pour ces chauffes à pousser 450kg d'un seul bras le samedi matin, pour ces parties de tennis improvisées, pour les « seïïï !!!!! », pour ce voyage au japon bien trop brutal d'immersion pour nos cerveaux d'européens.

A Amélie et Mathilde. Merci pour votre présence certes parfois sporadique, mais vous revoir reste toujours un plaisir que je ne saurais bouder.

A Yohann et Thomas. A cet externat aussi délirant que studieux. Je n'oublierai jamais ces douces routes parfaitement goudronnées de l'Indonésie, le délicieux goût des « biscuiiiits ! » et le caractère solennel des cérémonies sous-terraines.

A Ayoub. Merci pour ta folie et ta bonté. Merci de m'avoir appris que la vie est toujours plus belle avec des p'tites bougies, une lumière tamisée et un CD d'Usher.

A Doriane. Merci pour toutes ces années, ces pertes de vue et ces retrouvailles poignantes. Il est loin le temps des cartables et des trousses... J'espère que maintenant nous resteront proches comme nous l'étions.

A David. Merci pour ces étapes de la vie que nous avons partagées et lors desquelles ta présence a été d'un grand enseignement. Merci pour ta gentillesse, ton sens du travail et ton imagination débordante.

A Corentin. Merci pour ces années d'insouciance, cette coupie toujours pas rendu, pour ce nombre 23 qui hante encore mes nuits...

A Wilky. Merci pour cette amitié si vraie, sans détour ni sinuosité. Merci pour ces moments de choix en Bosnie, à regarder 3 poissons tout moches pendant des heures dans le Sud, à apprendre des techniques de combat pour être le meilleur disciple de Kungfu Pandu.

A ma belle famille

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

A mes beaux-parents. Merci de m'avoir accueilli si chaleureusement dans vos foyers et merci pour celle que vous avez mise sur ma route.

A Manon. Merci de soutenir mon immaturité avec si peu de jugement. Merci aussi d'avoir rendu l'attente aux attractions Disney bien plus supportable. A ta patience le ventre vide et ta capacité à voir l'univers dans un tapis de fientes. Et n'oublie pas, le MAGGI ! Sauce royale !

A Lydia. Merci pour ces délires répétitifs mais toujours aussi drôles. Pour avoir adopté dans ta vie notre petit bout et toutes nos bêtises. Sans nul doute, nos petites tribus vogueront ensemble dans un wagon tout confort.

A Paul. Merci ta douceur et tes enseignements de l'esthète que tu es. Par contre pas merci pour l'épicurien.

A Choupilix (Pokedex : évolution de Minilix) : Merci pour tes sourires craquants et ta bouille plus chou qu'un vrai chou. Gros bisous de tonton Ben.

A Judith. Merci pour tes petites attentions dignes d'une maman et tes commentaires de stylistes savamment distillés.

A mes proches de famille

A Jacques. Merci d'avoir amorcé mon parcours scolaire avec toute la justesse et la douceur qu'on vous a toujours connues.

To Alison. Thank you so much for your eternal kindness. I enjoyed every single time we spent together. I hope to keep you around for the upcoming years. Take care.

A ma nouvelle famille.

A mon petit Marceau. Mon micropout, mon dragon-cochon, ma tortue.
Merci pour tes enjaillements in utero, pour tes sourires radieux si précoces, pour « héyeu », pour tes molécules… t'entends ça ?
Ton père est déjà si fier de toi, mon bébé parfait.
Je t'aime.

Et évidemment à toi. Mon amour.
Tu as fait éclore en moi ce que j'ai de meilleur et jamais je n'oublierai ce merveilleux cadeau. Merci de rendre ma vie si belle et vibrante, merci pour ton intelligence, ta bienveillance et ton empathie qui ne cesseront de me fasciner. Vivre au jour le jour les aventures des Grum's à tes côtés, est un cadeau pour lequel je ne cesserai de dire merci.
Je t'aime.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Liste des abréviations

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS : Agence régionale de santé

AURA : Auvergne Rhône-Alpes

CIO : Centre intégré obésité

CHU : Centre hospitalier universitaire

CSO : Centre spécialisé obésité

DIU : Diplôme inter-universitaire

DPC : Développement professionnel continu

DU : Diplôme d'université

DROM-COM : départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer

EM : Entretien motivationnel

ETP : Education thérapeutique du patient

FMC : Formation médicale continue

HAS : Haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNNS : Programme national nutrition santé

URPS : Union régionale des professionnels de santé

SAS : Syndrome d'apnée du sommeil

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TG : Triglycérides

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

TH : Tour de hanche

TT : Tour de taille

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

I. Introduction

A. Définitions

L'obésité et le surpoids représentent un enjeu de santé publique qui relève indéniablement du domaine de l'actuel. Face à l'explosion démographique de cette problématique, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) circonscrit en 1997 la notion de surpoids et d'obésité dans une définition commune : « Le surpoids et l'obésité désignent une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé » (1).

Il s'agit d'une condition médicale chronique mais réversible, observable à tout âge et sexe.

Dans un souci de clarté du discours, nous rassemblerons les concepts d'obésité et de surpoids sous le terme générique de surcharge pondérale.

1. IMC

L'OMS établit une classification (1) sur la base de la valeur de l'Indice de Masse Corporelle, obtenu par la division du poids par le carré de la taille :

Entre 18,5 et 25	Valeur de référence
Entre 25 et 30	Surpoids
Entre 30 et 35	Obésité modérée
Entre 35 et 40	Obésité sévère
Au-delà de 40	Obésité massive

Figure 1 – Classification des IMC selon l'OMS

L'IMC est un indicateur rapide du statut pondéral du patient, ne requérant qu'une toise et une balance.

S'il présente certaines limites (cas du sportif à haute masse musculaire, de certaines minorités ethniques, patients amputés...) (2), il est un indicateur assez rapide et fidèle du statut pondéral de la personne, sans pour autant présumer du ratio masse grasse/masse maigre.

2. Tour de taille et tour de hanche

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

En complément de l'IMC, deux autres paramètres ont été étudiés et adoptés par la Haute Autorité de Santé (HAS), à savoir la mesure du tour de taille et du tour de hanche. (3)

a) Tour de taille (TT)

On mesure la circonférence abdominale chez le patient debout, à l'aide d'un mètre ruban à l'horizontale, en fin d'expiration, avec comme points de repères latéraux entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque (4).

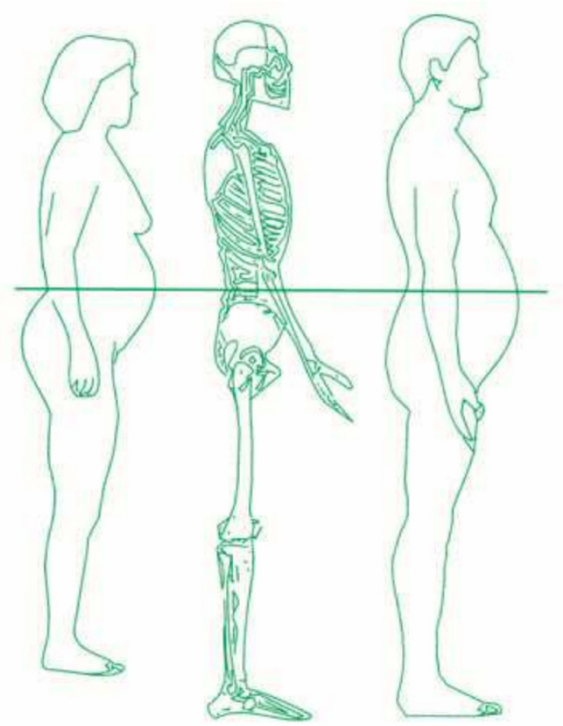


Figure 2 - Mesure du tour de taille

La valeur du tour de taille normale (bas) est indiquée dans la Figure 3.

Tour de taille (cm)		
IMC (kg/m^2)	**Bas** Hommes < 94 Femmes < 80	**Elevé** Hommes ≧ 94 Femmes ≧ 80

Figure 3 - Valeurs de tour de taille

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

L'augmentation du TT décrit cliniquement une surcharge adipeuse abdominale, appelée obésité androïde.

b) Tour de hanche (TH)

La mesure est reproduite dans les mêmes conditions, à la hauteur où les hanches se font les plus larges, la plupart du temps en regard des grands trochanters.

L'augmentation isolée ou préférentielle du TH traduit quant à elle une obésité gynoïde.

c) Ratio TT/TH

A partir de ces deux valeurs, on peut aussi calculer le ratio TT/TH.
Un ratio > 0,95 chez l'homme et > 0,80 chez la femme est aussi un indicateur pertinent dans la répartition de la masse graisseuse d'un individu puisqu'il présume par définition d'une répartition graisseuse plutôt androïde.

3. Syndrome métabolique

La mesure du TT permet d'affiner l'analyse sur l'adiposité abdominale, qui rentre dans la définition globale du syndrome métabolique (ou syndrome X). Ce dernier traduit une situation d'insulinorésistance.

Il fait directement suite à la surcharge pondérale lorsque celle-ci est importante et/ou prolongée. Il nait du croisement de plusieurs faisceaux cliniques et biologiques, selon la définition de la Fédération Internationale du Diabète (5).
Cette définition comprend la présence d'une obésité androïde (ou abdominale) avec au moins 2 facteurs parmi :

- Augmentation des triglycérides sanguins : TG > 1,7 mmol/L (150 mg/dL)

- Faible taux de cholestérol HDL : HDL < 1,03 mmol/L (40 mg/dL) chez l'homme <1,29 mmol/L (50 mg/dL) chez la femme.

- Hypertension artérielle : tension artérielle systolique > 130 mmHg et tension artérielle diastolique > 85 mmHg

- Glycémie à jeun > 5,6 mmol/L

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

B. Bases historiques et épidémiologie actuelle

1. L'obésité à travers les époques

La médecine occidentale porte déjà un regard attentif sur le surpoids dès le XVIème siècle (6) lors duquel apparaît le mot obésité.
L'impact épidémiologique de cette problématique se révèle et progresse à partir la deuxième moitié du XXIe siècle à l'échelle nationale et internationale (7).

On admet aujourd'hui que l'industrialisation massive des productions alimentaires dans les pays développés a été le berceau de l'hyperconsommation, favorisant l'explosion du surpoids à grande échelle (8).
Même si l'utilisation des perturbateurs endocriniens et autres composants chimiques alimentaires a un impact certain sur la santé, ce dernier demeure hypothétique sur le plan de la surcharge pondérale à ce jour (9).

L'introduction importante de carbohydrates et de graisses mono-insaturées dans l'alimentation générale (dispensée entre autres par la grande distribution) demeure une cause du surpoids à grande échelle (10).

2. Épidémiologie

a) A l'échelle mondiale

A l'occasion de la journée mondiale de l'obésité en date du 4 mars 2022, l'OMS recense environ 1,9 milliard de personnes en surcharge pondérale, soit environ 39% de la population.
Un peu plus d'un milliard de personnes sont obèses à l'échelle mondiale, soit près de 13% de la population (11).

Parmi cette population, 650 millions d'adultes, 340 millions d'adolescents et 39 millions d'enfants.

L'OMS estime à 167 millions de personnes qui souffriront d'une complication directement reliée à l'obésité d'ici 2025.

L'obésité progresse depuis de nombreuses années à l'échelle planétaire. La prévalence d'adultes obèses a quasiment triplé de 1975 à 2014, passant de 3,2% chez l'homme et 6,4% chez la femme à 10,8% et 14,9% respectivement (12).
Les prédictions à l'échelle mondiale de la World Obesity Federation par le biais de son Atlas 2022 sont tout autant préoccupantes avec une estimation de 16,1% et 17,5% d'adultes obèses respectivement en 2025 et 2030 (13).

On observe une modification de la distribution de l'obésité : sa prévalence croît fortement dans les pays du moyen orient (14) ou encore d'Amérique centrale (15).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

La prépondérance de l'obésité infantile est en grande progression à l'échelle mondiale (16), corroborant les prévisions en faveur d'une accentuation démographique de la surcharge pondérale dans les années à venir.

b) A l'échelle Française

L'étude Obepi-Roche (17) pilotée depuis 1997, partage les chiffres de la surcharge pondérale en France métropolitaine, avec l'IMC comme critère de mesure.

En 2020, ça n'est pas moins de 31,7 millions de personnes soit 47 % de la population que l'on identifie comme en surpoids, et 17 % de personnes en obésité.

A l'instar des chiffres mondiaux, les graphiques de cette étude dépeignent une augmentation notable de l'obésité à l'échelle française sur les 20 dernières années.

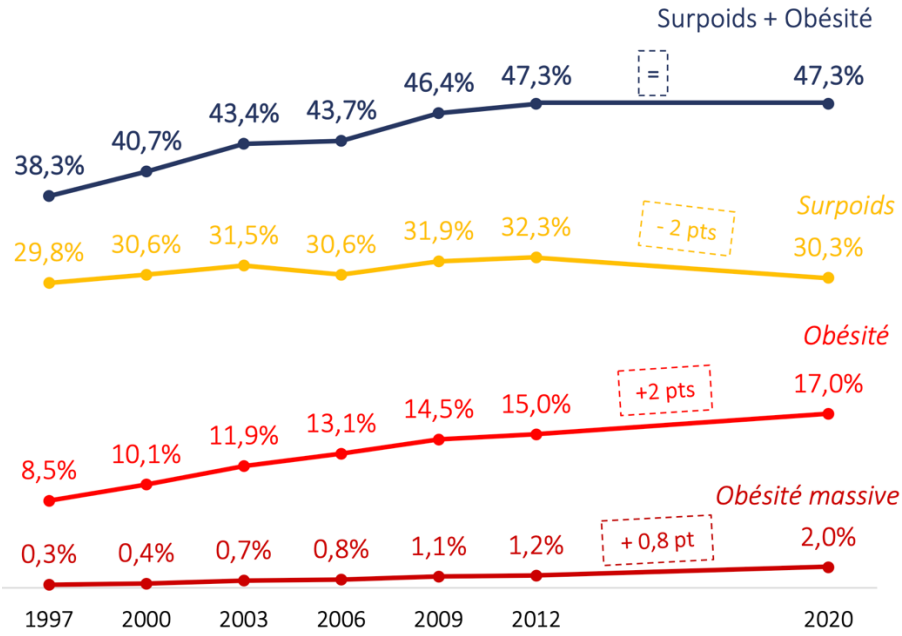


Figure 4 – Prévalence de l'obésité en France

Toujours selon les résultats de l'étude Obepi-Roche, il semble exister un gradient croissant Sud-Nord en termes d'obésité, comme le suggère la carte ci-dessous.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

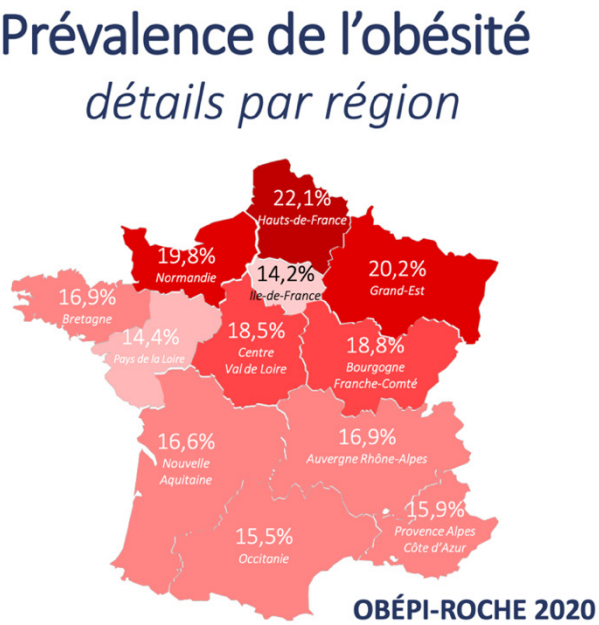


Figure 5 - Prévalence de l'obésité par région

Les différences d'habitudes alimentaires entre les régions du Sud (régime méditerranéen hypo/normocalorique) et du Nord (plus grande utilisation de graisses d'origines animales) expliquent probablement en partie cette répartition inégale.

c) En région Auvergne Rhône-Alpes (AURA)

On note que 16,9% des habitants de la région sont en situation d'obésité, ce qui est donc proche la moyenne nationale (17%).
Cet enjeu de santé est donc tout aussi important à l'échelle de cette région.

C. Complications de la surcharge pondérale

1. Mortalité

Il est maintenant admis que l'obésité augmente nettement la mortalité. En effet une méta-analyse américaine (18) donne une moyenne inter-études du risque relatif sur la mortalité de **2,46** chez le patient obèse par rapport au patient avec un IMC < 25.
Cette surmortalité n'a pas été observée en cas de surpoids.

Il apparait que cette augmentation de risque relatif est d'autant plus importante que le grade OMS d'obésité est grand (19).

De son côté, l'étude de cohorte Framingham (20) a mis en évidence une perte d'espérance de vie d'environ **6 à 7 ans**, à partir de l'âge de 40 ans chez les individus obèses non-fumeurs.

Certains travaux ont évoqué a contrario un effet positif de l'obésité sur la survie (appelé « obesity paradox ») mais ce dernier reste très controversé et sujet à de nombreux biais d'étude (21) (22).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

2. Cardiovasculaires

La surcharge pondérale expose à une augmentation du risque de complications cardiovasculaires ultérieures, de pronostic plus ou moins sérieux.
Le syndrome métabolique représente le facteur le plus précipitant dans la survenue ultérieure d'évènements cardiovasculaires (23) (24).

Parmi ces événements, on retrouve :

- Diabète de type II (25)
- Accidents cardiovasculaires (Syndrome coronarien aigu, Accident vasculaire cérébral) (26)
- Hypertension artérielle (27)
- Dyslipidémie (28)
- Stéatose hépatique non alcoolique (NASH)
- Varices

Au-delà de ce cadre nosologique de syndrome métabolique, certaines études démontrent que l'obésité constitue à elle seule un facteur de risque cardiovasculaire indépendant (29) quel que soit le profil de répartition adipeuse.

3. Néoplasiques

Par modification du profil hormonal de l'individu, la surcharge pondérale est responsable d'une augmentation du risque de développement de cancers hormonodépendants tels que le cancer du sein (30), de l'endomètre, du col de l'utérus et de la prostate.

D'autres cancers ont été associés à l'excès adipocytaire comme le cancer colorectal (risque relatif de 1,5 à 2,0 chez l'homme), le cancer du rein et du pancréas (31).

Dans la majorité des cancers solides, l'hypothèse d'une augmentation de l'inflammation systémique due à la surcharge pondérale a été mise en avant (32).

4. Gastro-intestinales

La surcharge pondérale peut être pourvoyeuse de pathologies gastro-intestinales comme le reflux gastro-oesophagien (33) et les cholécystopathies obstructives (34).

5. Pulmonaires

Sur le plan mécanique, on observe une prépondérance au développement d'un syndrome restrictif ou d'un syndrome d'apnée du sommeil. (14)
L'inflammation systémique semble augmenter le risque de développer une BPCO, indépendamment de toute consommation tabagique. (35)

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

6. Obstétricales

La surcharge pondérale et plus précisément l'obésité augmentent le risque relatif de certaines situations pathologiques :

- Diabète gestationnel
- Hypertension gravidique et prééclampsie
- Macrosomie et accouchements par césarienne

7. Musculosquelettiques

On observe une favorisation de la gonarthrose chez le patient âgé en situation d'obésité par contraintes mécaniques.

Il semble qu'il existe aussi un rapport causal entre le surpoids et la prévalence de crises de gouttes, en raison d'une hyperuricémie chronique. (36)

D. Causes

La surcharge pondérale trouve différentes causes qui s'avèrent très souvent interdépendantes.

1. Alimentation hypercalorique et déséquilibrée

Les besoins caloriques journaliers chez l'être humain sont sujet à discussion car de nombreuses variables pouvant les influencer rentrent en ligne de compte (sexe, âge, taille, poids initial, activité sportive, métabolisme de base).

Pourtant, il est admis que l''alimentation hypercalorique est un facteur majeur dans le développement de la surcharge pondérale (1) Par ailleurs, un déséquilibre dans la répartition des macronutriments, indépendamment de l'apport calorique journalier, semble favoriser la prise de poids (37).

L'étude INCA 3 publiée par l'ANSES observait en 2017, dans la consommation des français, une tendance à l'augmentation des produits transformés au détriment des aliments riches en fibres (38). En réponse à problématique de grande échelle, l'état français érige en 2017 un classement des aliments de grande distribution : le Nutri-score (39).
Celui-ci indique sur l'étiquette, par une échelle visuelle simple allant de A à E et du vert au rouge, le profil nutritionnel de l'aliment concerné. Il rassemble les notions de répartition des macronutriments, de teneur en sel et en sucres dit rapides, en graisses saturées, et aide le consommateur à améliorer la qualité nutritionnelle des aliments qu'il achète.

2. Sédentarité

L'équilibre calorique journalier est la balance entre les entrées (absorption de calories par l'alimentation) et les sorties, représentée par la dépense énergétique (40).

Cette dépense énergétique est d'abord fonction du métabolisme basal.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Ce dernier est propre à chaque individu et varie selon le sexe, l'âge, l'ethnie, la masse musculaire ou encore des facteurs génétiques. Il comprend :

- La dépense énergétique de repos, qui désigne la quantité d'énergie nécessaire au fonctionnement des organes et tissus du corps dans son entièreté.
- La thermogenèse, activité de maintien de la température corporelle autour d'une valeur constante.

La dépense énergétique journalière est aussi composée de la dépense énergétique par l'activité physique. La sédentarité limitant cette source de déperdition calorique, elle modifie donc la balance entrées/sorties en faveur de la prise de poids (41).

A l'heure de la sédentarisation progressive (dépendance aux transports motorisés, automatisation et robotisation des tâches de la vie quotidienne, multiplication et allongement des temps d'écran...), la sédentarité représente un enjeu majeur dans la question de la surcharge pondérale. Le Programme national nutrition santé (PNNS) « mangerbouger » lancé par le gouvernement français en 2001, ajoute d'ailleurs en 2019 des notions sur la sédentarité à sa base d'information.

La sédentarité en surcharge pondérale, et d'autant plus en situation d'obésité, est une problématique épineuse : l'excès pondéral est pourvoyeur de traumatismes ostéoarticulaires. Lors de la reprise d'une activité physique, il peut ainsi compromettre la pratique sportive à cause des blessures qu'il peut engendrer.
Par ailleurs la crainte du regard des autres est tout autant un frein à l'exercice physique, notamment en collectivité comme les clubs sportifs ou les salles de sport.

3. Médicaments

Des médicaments peuvent aussi favoriser la prise de poids, soit par retardement de la sensation de satiété, soit par augmentation du stockage graisseux.

Parmi eux, des neuroleptiques, certains antidépresseurs et antiépileptiques, la corticothérapie, l'insuline ou encore quelques pilules contraceptives.

4. Pathologies

La plupart du temps d'origine endocrinienne ou métabolique, il existe des pathologies pouvant conduire à une prise de poids comme l'hypothyroïdie, le syndrome des ovaires polykystiques ou encore la maladie de Cushing.

5. Hérédité

Elle semble jouer un rôle précipitant pour l'obésité sans pour autant représenter une cause suffisante quand elle est un facteur isolé.

A alimentation hypercalorique égale, la prédisposition à la surcharge pondérale est corrélée au profil génétique de l'individu (42) (43).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Les travaux scientifiques actuels traitant de la prédisposition génétique à la surcharge pondérale ont apporté beaucoup de réponses ces dernières années :
Certains gènes sont directement reliés à une variabilité de la dépense énergétique de repos (métabolisme basal), de la régulation de l'appétit et de la satiété, et de l'importance de la lipogenèse pour un apport calorique donné (44) (45).

6. Sommeil et qualité de vie

On constate aujourd'hui que la quantité et la qualité du sommeil, lorsqu'elles sont altérées, peuvent concourir à une prise de poids importante (46) (47).
Cette altération du sommeil entrainerait des modifications métaboliques :

- Augmentation de sécrétion du cortisol, hormone favorisant la lipogenèse.

- Diminution de sécrétion de leptine (hormone anorexigène), au profit de la ghréline (hormone orexigène) (48).

Il en résulte très fréquemment une augmentation des envies alimentaires et donc de l'apport calorique journalier.

Ainsi, le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) s'avère être un facteur favorisant le développement de la surcharge pondérale.
Cette dernière est elle-même un élément aggravant du SAS par augmentation des contraintes mécaniques respiratoires au repos.

De plus, la littérature semble aussi montrer que le stress prolongé et répété est un facteur prédisposant à l'obésité (49). On observe une fois de plus une intrication des facteurs précipitants : le stress est à l'origine d'une augmentation de la sécrétion de cortisol, possède un effet délétère sur la qualité du sommeil et favorise aussi la prise alimentaire.

7. Microbiote intestinal

L'étude du microbiote intestinal et de sa responsabilité dans la prise de poids est un sujet relativement récent et contient encore beaucoup de zones d'ombre. Actuellement, certains travaux suggèrent que ce microbiote est un élément facilitateur ou freinateur de la prise de poids selon son profil bactérien (50), ce qui ouvre ici une nouvelle piste de réflexion en terme de thérapeutique pour les années à venir.

8. Contexte psychosocial et environnemental

Il est maintenant établi que la surcharge pondérale, et a fortiori l'obésité, sont intimement corrélées à des problématiques psychologiques (troubles du comportement alimentaire, syndrome dépressif, anxiété...) (51,52).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

L'HAS estime qu'en France, 9 à 15% des femmes consultant pour une problématique de surpoids seraient concernées par une hyperphagie boulimique (53).

Par ailleurs, le statut socioéconomique est aussi une variable d'importance : Les Français sont d'autant plus concernés par la surcharge pondérale que leur profil socioéconomique est modeste (54). Toujours selon cette étude, les résultats dépendent de la localisation géographique : on observe une association entre ces deux facteurs d'autant plus importante qu'on s'approche des centres-villes.

E. Prise en charge

1. Axes de soin

La prise en charge de la surcharge pondérale réside aujourd'hui dans la perte de poids.
A titre indicatif, un objectif d'abaissement du poids de 5 à 15% du poids initial est considéré comme raisonnable et bénéfique (55).

Cette perte de poids peut être abordée par le soignant via différents angles de réflexion.

a) Rééquilibrage alimentaire

Il est identifié comme l'élément clé cette prise en charge (56).

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail établit un besoin calorique journalier moyen (35):

Environ 2600 kcal/j chez l'homme.
Environ 2100 kcal/j chez la femme.

Au-delà de la charge calorique journalière, la mauvaise répartition des macronutriments et leur profil énergétique sont autant de facteurs prédictifs d'une prise de poids pouvant conduire à l'obésité.

Les recommandations indiquent au moins 400g de fruits et légumes par jour, moins de 10% de sucres libres et moins de 30% de matières grasses dans l'apport énergétique total (57).

Au sujet des lipides, il faudrait préférer les graisses insaturées (huiles d'olive, colza, tournesol, poissons gras, avocat) aux graisses saturées (viande grasse, beurre, saindoux…).

L'apport glucidique devrait provenir préférentiellement de sucres complexes (riz complet, haricots secs, oléagineux, quinoa...), au détriment de sucres très biodisponibles (sucre raffiné, pâtes, riz blanc).

L'organisme belge Food in Action, dont le discours au sujet de la nutrition s'adresse aux professionnels de santé, résume ces données en 2020 dans une pyramide alimentaire.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

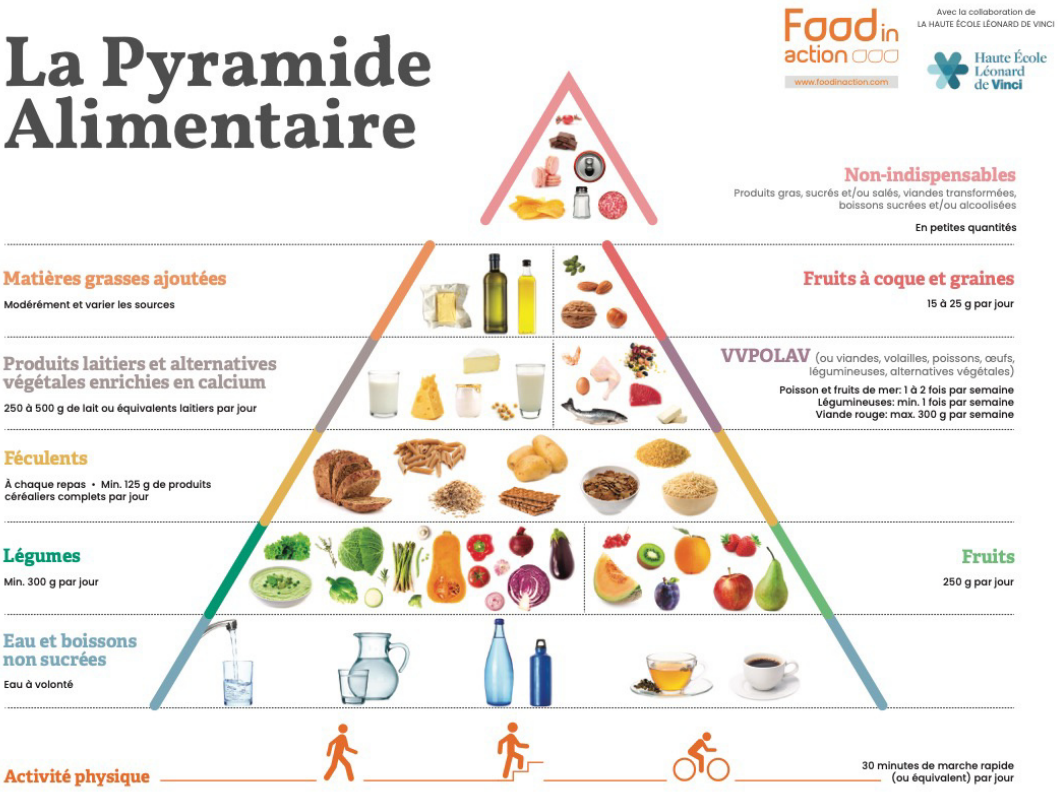


Figure 6 - Pyramide Alimentaire

Enfin, la littérature scientifique suggère aujourd'hui que la répartition temporelle des prises alimentaires au cours de la journée joue un rôle dans l'homéostasie pondérale (57).

b) Lutte contre la sédentarité

La lutte contre la sédentarité et la reprise d'une activité sportive forme un levier primordial dans la prise en charge du patient en surcharge pondérale. L'OMS recommande ainsi une activité sportive d'intensité modérée d'au moins 150 minutes par semaine (ou 75 minutes d'activité à intensité élevée) (58).

En 2016, on estimait à respectivement 47% et 30% les pourcentages de françaises et français de plus de 18 ans n'atteignant pas ces objectifs (59).

Plus récemment, le cadre médical autour de l'activité sportive en France a été établi par l'HAS : elle met ainsi à disposition des médecins un guide de consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte (60).

c) Soutien psychologique

Dans le cadre d'une approche médicale globale, la prise en charge de la surcharge pondérale doit comporter une composante psychologique.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Par ailleurs, les données actuelles soulignent que le soutien psychologique, quand il est nécessaire et/ou souhaité par le patient, et la thérapie cognitivo-comportementale aboutissent à des résultats très encourageants à moyen et long terme.

Un article de la revue médicale suisse dressait d'ailleurs en 2015 un tableau décisionnel intéressant (61). Ce dernier évoque successivement les options thérapeutiques d'ordre psycho-comportemental selon les troubles mentaux connexes à l'obésité que le patient semble présenter.

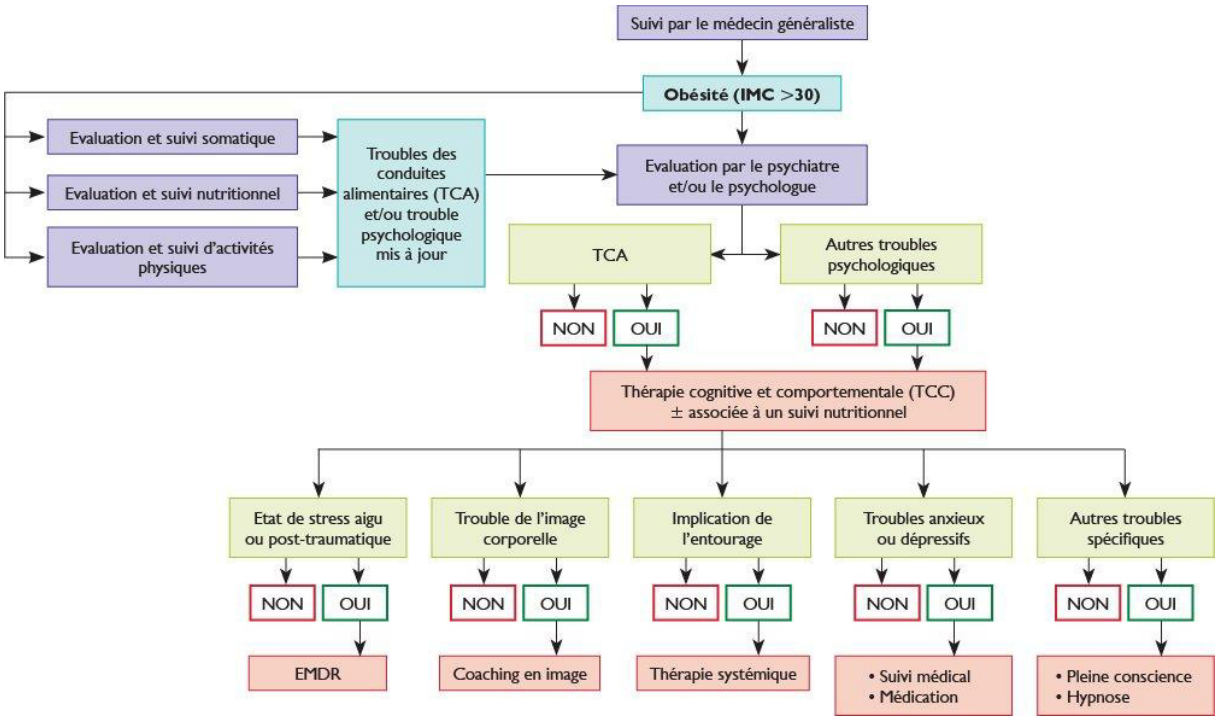


Figure 7 - Algorithme décisionnel de prise en charge psychologique

d) Éducation thérapeutique (ETP)

L'ETP représente une composante incontournable de la prise en charge de l'obésité. Une méta-analyse de 2021, réunissant 598 études, en a démontré l'efficacité dans la prise en charge de l'obésité, comme pour les maladies chroniques en général (62).

Elle permet au patient une appropriation des connaissances en matière de nutrition, de comprendre les déterminants du déséquilibre alimentaire et d'acquérir des compétences d'auto-soin (3).

Le patient ayant bénéficié d'une ETP en obésité en tire plusieurs bénéfices :

- Il appréhende mieux les erreurs alimentaires.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

- Il apprend à identifier les circonstances qui conduisent à l'alimentation compulsive.
- Il devient acteur de sa propre santé et se responsabilise dans la prise en charge (63).

e) Entretien motivationnel (EM)

L'EM a été développé dans les années 1980 par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick, dans le domaine de l'addictologie.

L'HAS considère cet outil comme très utile dans les problématiques de santé dépendantes du changement (64).

Il a pour but premier de favoriser la motivation au changement, par l'utilisation de stratégies coopératives visant à mettre en lumière l'« ambivalence » du patient.
Cette dernière décrit, dans le cadre de la problématique de santé étudiée, la divergence entre le comportement du patient et les objectifs et références qu'il s'est établis.

Prochaska et Diclemente ont identifié 5 « stades du changement » :

- La précontemplation
- La contemplation
- La préparation
- L'action
- La maintenance.

Ce processus peut mener au **dégagement**, désignant le fait que le comportement sain devient une habitude. L'application du nouveau comportement peut perdurer dans le temps, ou bien s'interrompre lors d'une **rechute** (Figure 8).

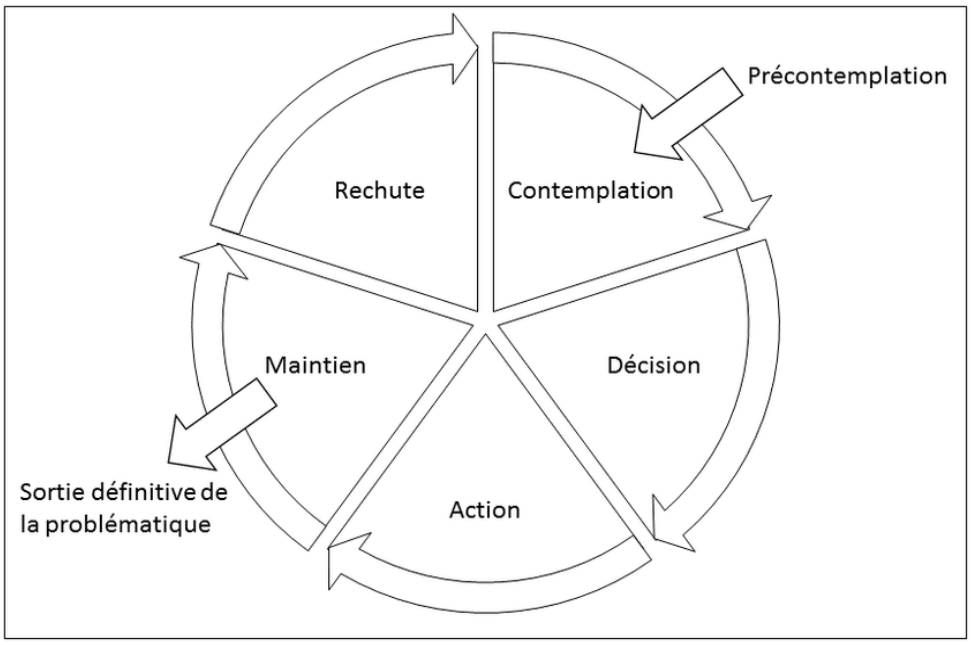


Figure 8 - Cercle de Prochaska et Diclemente

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Le praticien en EM adapte son approche en fonction du stade de changement dans lequel il pense identifier le patient, afin de maximiser l'efficacité de son discours.

f) Chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique désigne l'ensemble des techniques opératoires visant à modifier durablement la structure ou la fonctionnalité du tube digestif, dans un but d'amaigrissement.
Elle trouve généralement son indication dans le cas d'une obésité morbide ou d'une obésité sévère accompagnée de comorbidités (65).

L'intervention chirurgicale a pour objectif d'engendrer une restriction gastrique ou une malabsorption intestinale.

Bien que très souvent efficace, elle amène à d'éventuelles complications (carences, fissurations).

g) Orlistat

Ce médicament est à associer à un régime hypocalorique. Il a pour but d'inhiber la lipase intestinale afin qu'une partie des graisses ingérées ne soient pas digérées donc assimilées. Son efficacité est source de controverses et il expose à de possibles complications notamment hépatiques (66).

2. Réseau de soin

La prise en charge de la surcharge pondérale est une illustration de la prise en charge centrée patient pluridisciplinaire.
De nombreux professionnels de santé s'investissent autour d'une problématique commune, à des temps et des degrés différents.

a) Acteurs de santé

(1) Le médecin généraliste

Dans une démarche d'amaigrissement volontaire, la personne en surcharge pondérale est parfois amenée à consulter un professionnel de santé comme le médecin généraliste.
Celui-ci peut offrir de nombreuses perspectives de prise en charge au patient en surcharge pondérale.

Le MG joue un rôle important dans le dépistage de la surcharge pondérale chez l'adulte identifiant les patients chez lesquels il détecte une prise de poids non contrôlée. Son action s'étend aussi à l'enfant, par le biais de la tenue du carnet du santé et du suivi des courbes de croissance staturopondérale (3).

Il remplit par ailleurs une mission de prévention en prodiguant des conseils nutritionnels, en sensibilisant la population aux risques de la sédentarité et en promouvant l'activité physique.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Aussi, il occupe une place clé dans la détection et la prise en charge des comorbidités secondaires à la surcharge pondérale (explorations des anomalies lipidiques, prises de tension artérielle au cabinet et recherche d'apnée du sommeil par exemple).

Le MG est un acteur majeur en matière de prise en charge psychologique : la relation privilégiée MG-patient, la prise en charge centrée-patient et la possibilité d'un suivi rapproché et prolongé font de lui un interlocuteur de première importance.

(2) Le médecin nutritionniste

Avant tout, il est habituellement médecin Endocrinologue-Diabétologue et oriente sa pratique vers la problématique de l'obésité et du surpoids, en réalisant en sus de son cursus un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires de Nutrition.

Il a pour objectif de prendre en charge médicalement les patients en difficulté sur le plan nutritionnel (obésité, anorexie, dénutrition...) avec un certain degré d'expertise.
Il est à même d'évaluer les causes de la surcharge pondérale, de prendre en charge les complications médicales éventuelles, d'organiser un rééquilibrage alimentaire et d'adapter les traitements en cours ou à venir. Enfin, il joue un grand rôle dans la décision d'orientation finale du patient, à savoir envisager ou non une prise en charge chirurgicale dans le cas de l'obésité.

Les données actuelles sur la répartition territoriale des médecins nutritionnistes restent floues, mais leur nombre est évalué entre 300 et 400 praticiens en métropole. Ils représentent donc une ressource de soin relativement restreinte.

(3) Diététicien(ne)

Le diététicien(ne) est un professionnel paramédical spécialisé dans la prise en charge nutritionnelle.
Il dispense des conseils nutritionnels et élabore une éducation du patient sur le plan alimentaire.

(4) Les centres de soin spécialisés

Dans le cadre de l'obésité, l'état français coordonne aujourd'hui 37 Centres Spécialisés Obésité (CSO) par le biais du Groupement de Coordination et de Concertation des CSO.
Ces centres sont au nombre de 34 en métropole et 3 dans les DROM-COM.

Ces centres prennent en charge les personnes en obésité morbide (IMC>40) et/ou atteints de comorbidités et proposent une offre de soin globale et pluridisciplinaire au patient obèse, sous la forme de séminaires prolongés en collectivité restreinte et de consultations de suivi.

Parmi eux figurent les Centres Intégrés de l'Obésité (CIO). Ces derniers sont hébergés dans les centres hospitaliers universitaires et réunissent plusieurs professionnels autour de la personne obèse : Endocrinologues-Diabétologues, Kinésithérapeutes, Diététiciens, Infirmier(e)s, Psychologues, Enseignants en Activité physique Adaptée... Au nombre de 5 centres répartis sur

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Paris, Lyon, Lille et Toulouse, ils étendent leurs actions au diagnostic et traitement de maladies rares ou génétiques. Il participent à la recherche scientifique et intègrent le cadre de l'enseignement universitaire (67).

(5) Réseau ASALEE

Le dispositif ASALEE est un réseau articulé autour d'IDE spécifiquement formés à l'ETP et menant une action de prévention et de prise en charge auprès des patients atteints de maladie chronique (68).

Ce dispositif a montré son efficacité dans le diabète, et ce sans surcoût (69).

Les IDE ASALEE exercent la plupart du temps au même lieu que le MG ou le médecin spécialiste et appuient les conseils médicaux lors d'entretiens d'environ 45 minutes. Ces entrevues sont régulières afin d'assurer un suivi et d'évaluer dans le temps l'appropriation des connaissances en santé par le patient.

Ce réseau propose par ailleurs des formations auprès des MG afin d'informer sur leur champ d'action et sur les modalités de collaboration.

b) État des lieux en région AURA

La région AURA est densément pourvue en matière de réseaux de soin spécialisé. Elle abrite :
1 CIO intégré Hôpital Lyon Sud à Pierre-Bénite.
3 CSO (Clinique de la Sauvegarde, CHU de Clermont, CHU de Grenoble Arc Alpin)

Pôles obésité dans la région : au nombre de 38 et en constante augmentation, ils travaillent de manière uni ou pluridisciplinaire autour du patient obèse, de la prévention à la prise en charge médicale ou chirurgicale.

La région AURA bénéficie du concours de nombreux diététiciens : en excluant les praticiens hospitaliers, le DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) recensait en 2021, 1 diététicien pour 839 patients obèses en région AURA contre 1 diététicien pour 1139 patients obèses à l'échelle nationale (70).

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte plus d'un tiers des infirmier(e)s Asalée présent(e)s au niveau national (67 équipes réunissant 223 médecins et 75 IDE) (68). Néanmoins les départements du Cantal, de la Haute-Loire et de la Haute-Savoie en sont encore dépourvus.

Cette région jouit donc d'un maillage de soin important en matière de soin spécialisé de l'obésité, mais celui-ci souffre d'une importante hétérogénéité.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

F. La surcharge pondérale en médecine générale

1. La place du médecin généraliste

Le MG assure la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du patient obèse. C'est d'ailleurs le MG qui a été la cible privilégiée de diffusion des recommandations par l'HAS « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours » en 2011.

Qui plus est, les patients en surcharge pondérale identifient le MG comme un acteur majeur si ce n'est l'aidant principal dont ils peuvent bénéficier dans leur prise en charge, comme le suggèrent certains travaux (71). En miroir, nous observons chez le médecin généraliste la même conception de son importance (72) (73) (74) : il s'identifie en professionnel de premier recours dans l'accompagnement et l'aide nutritionnelle au patient.

Le MG est donc l'interlocuteur de référence en soins primaires pour la personne en surcharge pondérale souhaitant une aide.

2. Limites et difficultés

Malgré des rôles bien définis, des recommandations officielles riches, des partenaires de soin et des options thérapeutiques multiples, la lutte contre la surcharge pondérale en médecine générale est source de difficultés pour le MG en France :

- Les patients en médecine générale témoignent d'une grande difficulté à participer conjointement avec le MG à cette prise en charge (75) (71).
- De leur côté, les MG décrivent cette prise en charge comme complexe, parfois frustrante voire décourageante (76) (77) (78).

Ce ressenti bilatéral est le fruit de l'addition de freins rencontrés à la fois chez le patient comme le MG.

a) Sphère du patient

Le patient est confronté à de multiples éléments qui entravent sa perte de poids volontaire.
On peut distinguer plusieurs problématiques et notamment citer :

- Un niveau socioéconomique modeste : les aliments de bonne qualité nutritionnelle sont généralement plus chers, et les services des professionnels de l'alimentation ou les programmes d'amaigrissement encadré restent onéreux.

- La pénibilité de la restriction alimentaire, parfois source de frustrations.

- Un métier contraignant et chronophage orientant le travailleur sur des solutions d'alimentation rapide au détriment du repas bien établi, comme les fast-food ou les produits ultra-transformés en grande surface.

- Les troubles alimentaires compulsifs.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

b) Point de vue du médecin

Le médecin lui aussi est entravé par de multiples freins dans la prise en charge nutritionnelle du patient en surcharge pondérale (80) (81).

En effet, le médecin généraliste libéral rencontre au cabinet des difficultés propres à sa personne, son métier et sa place dans le réseau de soin autour du patient.

Nous focaliserons notre travail sur ces freins, intrinsèques au MG et à sa pratique.

c) Pourquoi cette thèse ?

Si la prévalence des freins que le MG rencontrent au cabinet a déjà été plus ou moins explorée, peu de données scientifiques évaluent leur caractère impactant et prioritaire sur la prise en charge de la surcharge pondérale, dans une optique de résolution.

Il nous a semblé pertinent d'évaluer ces différences de priorité afin d'esquisser des axes de formation qui pourraient être proposés aux MG, et peut être guider ces derniers dans leur auto-formation.

Notre travail tentera donc de répondre à la question de recherche suivante :

Parmi les freins rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge du patient en surcharge pondérale ; lesquels sont, selon eux, à lever prioritairement pour faciliter et optimiser cette prise en charge ?

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

II. Matériel et méthode

A. Profil et objectif de l'étude

Évaluer ce critère de priorité chez les MG nous a conduit à élaborer une **étude transversale observationnelle auprès des MG par le biais d'un questionnaire quantitatif**, dont les données seront analysées par le biais d'une méthode comparative qui sera détaillée plus loin.

La méthodologie quantitative a été choisie car nous souhaitions à la fois :

- Vérifier l'hypothèse de départ qu'il existe une hiérarchie dans la priorité de résolution des freins.
- Établir cette hiérarchie, sur la base de données objectives.
- Travailler sur un sujet à l'échelle régionale, donc sur un grand échantillon, tout en demeurant représentatif.

B. Population et recrutement

1. Population source

Nous avons choisi de mener notre étude dans la région AURA. Ce choix s'explique par trois constats :

- La région AURA est la 3^{e} plus grande des 13 régions françaises, permettant ainsi un recrutement important.
- Cette région est hétérogène sur le plan de l'urbanisation, au niveau culturel ou encore démographique, elle semblait susceptible de nous offrir des données variées.
- Elle fournit des statistiques au sujet de l'obésité relativement similaires à celles qu'offre la métropole dans son ensemble.

2. Recrutement

Les MG ont été contactés par le biais de plusieurs réseaux. Les réponses à notre questionnaire ont été collectées entre le 05/09/2023 et le 26/10/2023 inclus. Nous avons interrompu l'enregistrement des réponses pour des raisons d'agenda.

a) URPS (Union régionale des professionnels de santé)

Nous avons sollicité le réseau URPS car celui-ci s'extrait du domaine hospitalier et cible ainsi les médecins libéraux.

Notre questionnaire a été accepté puis sélectionné pour la diffusion auprès des MG libéraux de la région.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

b) CPTS

Parmi les 118 CPTS actuellement implantées en région AURA, nous sommes parvenus à en contacter 90 par email. Nous les avons sollicitées pour diffuser notre questionnaire parmi les médecins qui les composaient. Un email a été transféré aux médecins des CPTS ayant accepté notre demande :

Cher(e) confrère, Chère consoeur,

Je suis médecin généraliste remplaçant dans le département Rhône-Alpes.

Je réalise une étude quantitative, dans le cadre de ma thèse, au sujet des difficultés éprouvées par les médecins généralistes en région AURA pour prendre en charge l'obésité au cabinet. Pour ce faire, je diffuse un questionnaire qui compare, par succession de paires, ces difficultés en termes de priorité de résolution.

Ce questionnaire dure environ 3 minutes.

Les données renseignées (informations personnelles et réponses aux questions) resteront strictement anonymes.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Bien confraternellement,

Benjamin ROBIN
Médecin généraliste remplaçant
0647519733

c) Réseaux sociaux

Plusieurs groupes réunissant des médecins généralistes de la région, sur le réseau social Facebook, nous ont été utiles pour la diffusion de notre questionnaire :

- Remplacement médecine générale Lyon/Rhône-Alpes (environ 3600 membres)
- Propositions de remplacements en Rhône-Alpes pour jeunes généralistes (environ 3500 membres)
- La FMC du divan des médecins (environ 5100 membres)

d) Annuaire

Nous avons utilisé les Pages Jaunes et sélectionné les MG de la région AURA.
Parmi eux, nous en avons contacté téléphoniquement un certain nombre et leur avons proposé notre questionnaire par email.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

e) Connaissances et recommandations

Nous avons enfin sollicité les médecins généralistes de notre entourage et avons bénéficié de leurs recommandations auprès de leurs confrères pour agrandir la taille de notre échantillon.

C. Revue de la littérature

La première étape fondamentale de notre travail a été de réunir l'ensemble des freins sur lesquels les MG de notre étude allaient être interrogés par le biais de notre questionnaire. Pour cela, une revue de littérature narrative a été réalisée, à partir du 11/11/2022 et actualisée jusqu'au 13/03/2023. La méthode narrative a été préférée pour deux raisons :

- Notre problématique est vaste et englobante (composantes médicales, sociales, psychologiques, financières et administratives...).
- L'identification préférentielle des freins les plus impactants et donc les plus représentés dans la littérature nous soustrait à la recherche absolue de l'exhaustivité bibliographique.

1. Bases de données

Cette revue de littérature a été réalisée en utilisant plusieurs bases de données :

- Medline via le site Pubmed
- La littérature Scientifique en Santé (LiSSA)
- Le catalogue Sudoc
- Cismef

Le choix de mêler littérature française et littérature anglophone internationale vient de la volonté de ne pas méconnaitre les publications françaises en langue anglaise. Toute forme de publication pouvait être incluse dans notre base de données : article scientifique, recommandations officielles, thèses d'exercice...

Nous avons décidé d'inclure uniquement les articles postérieurs à l'année 2000, au vu de la richesse des données et dans un souci d'actualité.

2. Méthode de recherche

a) Termes

Les termes des équations de recherche ont été déterminés en combinant plusieurs procédés :

- Utilisation du site https://www.hetop.eu/hetop/fr/
- Etude des termes utilisés dans les revues de littérature au sujet de l'obésité
- Collecte des termes identifiés dans les sources en bibliographie dans nos articles finaux.

Les mots-clefs tronqués obes*, médecin* et général* ont été utilisés afin de ne pas écarter les adjectifs et leurs substantifs.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Le mot clé « soin primaire » ou « primary care » a été finalement abandonné : il n'a pas eu d'impact positif sur la quantité de publications pertinentes à sélectionner.

b) Équations de recherche

- Pour la sélection d'articles en langue anglaise, la recherche bibliographique a été réalisée à partir de l'équation de recherche ci-dessous :

((obes*) OR (overweight) OR (weight)) AND (((general practic*) OR (GP) OR (physician*) OR (family doctor)) OR ((manag*) OR (knowledge) OR (attitude)))

- Pour les bases de données francophones, l'équation de recherche a été la suivante :

(obes*) OR (Surpoids) OR (Surcharge pondérale) AND (médecin*) OR (général*)

Pour les plateformes d'indexation réunissant plusieurs bases de données, et lorsque le formulaire de recherche avancée le permettait, nous avons inactivé les bases de données déjà explorées (SUDOC via la recherche CISMEF, ou Pubmed via la recherche Cochrane...) afin de ne pas multiplier les doublons.

3. Sélection des articles

La sélection des articles a suivi un processus par étapes, standardisé, expliqué visuellement dans le diagramme de flux (Annexe 1).

a) Titre

Les publications dont le titre faisait explicitement référence à la fois à la surcharge pondérale et la médecine générale ont été d'office sélectionnés (Etape 1).

Ont été exclus les articles présentant un ou plusieurs critères parmi les suivants, sur la base de la lecture de leur Titre et/ou Abstract (Etape 2) :

- Étude réalisée en pédiatrie
- Données exclusivement étrangères
- Exploration exclusive du point de vue des patients
- Analyse auprès de praticiens spécialistes ou paramédicaux
- Analyse auprès des praticiens exclusivement hospitaliers ou en cours d'études médicales
- Étude dont l'objet de recherche principal est uniquement pharmacologique (essai clinique par exemple)

Les articles apparus en doublon dans la liste de résultats ont été écartés (Etape 3).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

b) Contenu

Pour chaque article retenu, nous avons tenté d'obtenir son contenu intégral afin d'en prendre connaissance.

Parmi les publications rassemblées, nous avons directement sélectionné ceux dont le texte intégral était disponible en ligne.

Pour ceux dont le texte intégral n'était pas fourni, nous avons tenté de contacter les auteurs afin de leur demander éventuellement l'article complet.
Les articles dont nous n'avons pas pu obtenir le contenu intégral ont été écartés (Etape 4).

Les articles dont le contenu ne traitaient finalement pas des difficultés des MG dans leur prise en charge de la surcharge pondérale ont été retirés (Etape 5).

Parmi les articles restants, nous avons éliminés ceux dont les freins cités provenaient uniquement de citations d'autres travaux (Etape 6).

A cela se sont ajoutées les sources bibliographiques que nous avons rencontrées à la lecture des sélectionnées et qui se sont révélées pertinentes (Etape 7). Elles ont ensuite été soumises aux mêmes étapes de sélection (Etapes 4 à 6).

4. Résultats

(1) Réunion des articles

Nous avons réuni les articles de toutes les plateformes (PUBMED, Lissa, Sudoc, Cismef) et écarté les doublons.

Au total, cette revue de littérature nous a permis de collecter **41 articles.**

(2) Freins relevés

A la lecture des 41 articles sélectionnés, nous avons dressé une liste de 29 freins différents. Le Tableau 1 liste les freins et leur justification depuis les 41 articles sélectionnés.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

1	Manque d'intérêt personnel chez le médecin pour l'obésité et sa prise en charge « Peu ou pas d'intérêt du praticien pour la pathologie obésité. » (80) « Quelques médecins admettent ne pas être très investis quand il s'agit de surpoids et d'obésité. » (81) « Un praticien évoque comme limite l'absence de sensibilité au surpoids et à l'obésité » (79)
2	Difficultés pour le médecin d'aborder le sujet « Il existe une appréhension dans l'annonce du diagnostic d'obésité » (82) « Il y a des patients, on ne sait jamais trop comment l'aborder, comment ça va être pris » (83) « S'ils n'estimaient pas avoir de frein à l'évocation du diagnostic, les médecins interrogés relevaient cependant de la part des patients une crainte que la mention du poids soit mal perçue, voire une culpabilité à l'évocation du diagnostic. » (83) « La difficulté à aborder le sujet était un frein dans la prise en charge pour six MG, notamment par la crainte de vexer les patients. » (84)
3	Rémunération insuffisante et inadaptée de la consultation dédiée « Une dernière limite évoquée est la limite financière, en termes de rémunération du praticien pour ce type de consultations souvent longues [...] » (79) « une autre partie (29,8%, n=31) rapporte un manque de valorisation de l'acte » (85) « (...) et de valorisation financière (21,8%) » (86) « je me suis formée en éducation thérapeutique, mais aujourd'hui la consultation à l'acte de médecine générale me permet pas de le mettre en pratique » (74)
4	Difficultés pour le médecin d'établir un suivi « Par ailleurs, le suivi de l'obésité semble être difficile pour les médecins généralistes puisque la grande majorité, 82,3%, précise que leurs patients ne reviennent que parfois les consulter suite à l'évocation de leur obésité lors d'une première entrevue. » (87) « le problème c'est que souvent quand on fait ça, les patients se dissolvent et on les revoit plus jamais » (88)

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

	« Un autre écueil à la prise en charge semble être le nomadisme médical, favorisé par l'émergence des maisons médicales. » (81)
5	Manque de compétences pour l'accompagnement du patient dans l'Activité physique « Cela peut entrainer des difficultés supplémentaires pour le praticien : « amener les patients à l'activité physique c'est pas du tout évident » (74) « Le manque de connaissances au sujet de l'AP est également le principal frein à l'information des patients obèses » (89)
6	Manque de confiance pour se lancer dans la prise en charge « Un manque de confiance dans 23,9% des cas. » (86)
7	Méconnaissance par le patient de la place du MG dans la prise en charge « Le médecin généraliste peut être court-circuité » (82) « Quelques médecins constatent que le discours d'un spécialiste a plus de poids que celui d'un généraliste » (90) « Pour un autre répondant, l'absence de reconnaissance des compétences du MG en termes d'encadrement de l'obèse est une difficulté à cette prise en charge »(80)
8	Sentiment chez le médecin d'inefficacité de la prise en charge proposée « 57,5 % des MG se sentaient peu ou pas efficaces lors de la prise en charge des problèmes de poids (...) » (72) « Les médecins généralistes se sentent généralement insuffisamment efficaces pour prendre en charge correctement l'obésité » (83) « 6,8% (N=4) des médecins répondants mettaient en cause leur efficacité dans les difficultés rencontrées lors de la prise en charge » (91)
9	Sentiment chez le médecin qu'il n'existe que peu de possibilités thérapeutiques efficaces « Le manque de solutions efficaces peut pousser le médecin à ne pas aborder le sujet. » (88) « En effet, leur marge de manœuvre est limitée : « on a que l'éducation et les conseils, on va pas aller l'opérer nous. » (74)

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

10	Faibles connaissances des patients sur le plan diététique « Le manque de connaissance de leurs patients dans le domaine nutritionnel. » (74) « Bien que parfois ce soit lié également à une méconnaissance des données alimentaires. » (92)
11	Le médecin ne considère pas l'obésité comme du ressort de la médecine générale « Certains ne se préoccupaient pas de l'obésité : je n'avais pas identifié l'obésité comme une problématique de santé. » (78) « 20,5% considèrent qu'il n'est pas de leur ressort de prendre en charge l'obésité de leur patient. » (87)
12	Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse « Le médecin doit être exemplaire, ou le médecin est crédible s'il applique lui-même les conseils qu'il donne. » (82) "J'ai parfois à titre personnel, du mal à comprendre qu'on puisse être gourmand et que manger est quelque chose de... de très... plaisant de se remplir est très plaisant et si aussi j'ai des difficultés à parler de poids au patient c'est quand on me renvoie en me disant « oui fin ça vous va bien de parler du poids. » (92)
13	Matériel médical inadapté au patient obèse « Manque d'équipement du cabinet médical » (80) « Enfin, pour le côté pratique, de nombreux praticiens ont insistés sur la discrimination engendrée par un matériel médical non adapté au patient, que ce soit des chaises, la table d'examen, le pèse- personne...» (92)
14	Manque de temps médical dédié à la prise en charge « Les médecins manquent de temps » (82) « La problématique principale rencontrée était le manque de temps pour 54 % d'entre eux. » (93)

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

	« A l'exception d'un médecin, tous évoquent le manque de temps comme une problématique récurrente à leur prise en charge. » (74) « Le manque de temps au cours des consultations se faisait ressentir, avec une conséquence directe sur la qualité des soins » (83)
15	Environnement socioculturel défavorable du patient « Trois praticiens discutent de la limite de prise en charge liée aux origines culturelles du patient. L'une des problématiques rencontrées est souvent celle de la reconnaissance du problème de poids due à la culture du patient, notamment la différence de conception du poids normal, et les habitudes alimentaires faisant partie intégrante de la culture. » (79) « Certaines difficultés à la prise en charge émanaient de différences socioculturelles qu'il convenait de prendre en compte. » (83)
16	Difficultés de coordination avec les autres professionnels « Mais un certain nombre d'entre eux soulignent les difficultés de communication et de coordination des soins entre médecin généraliste et médecin spécialiste. » (94) « Manque de coordination des professionnels de santé. » (80) « Manque de coordination pluridisciplinaire. » (86)
17	Manque de connaissances théoriques sur la nutrition « La plupart des praticiens reconnaissaient ne pas avoir eu de formation spécifique ou bien une formation insuffisante. Ils semblaient d'ailleurs déplorer cette situation. » (74) « La principale lacune relevée par les généralistes était le manque de connaissance théoriques diététiques. » (83) « Quelques médecins avouent ne pas se sentir suffisamment formés sur le plan diététique pour prendre en charge les patients obèses. » (95)
18	Méconnaissance des outils existants pour le rééquilibrage alimentaire « Les onze médecins interrogés ont déclaré ne pas connaitre les outils de la HAS. » (82) « Seule une petite majorité d'entre eux estime avoir les outils nécessaires pour dispenser une information de qualité. » (94) « Manque d'iconographie » (96)

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

19	Difficultés pour soutenir la motivation et le changement chez le patient « La première difficulté soulevée était celle de motiver les patients obèses au changement de leurs habitudes. » (97) « La majorité des médecins constatent qu'il est très difficile de faire changer les habitudes des patients. » (90)
20	Manque de compétences en matière d'accompagnement au changement « Le ressenti de manque de compétence des généralistes, dans le [...] de l'entretien de la motivation. » (83) « Les médecins évoquent également leur manque de formation sur le sujet, et ne se sentent donc pas compétent pour gérer seuls ces situations. » (98)
21	Limites financières pour le patient « Les problèmes financiers sont considérés par les médecins généralistes, comme un frein à la prise en charge. » (82) « Une troisième limite de prise en charge, avancée par deux praticiens, est la limite financière au niveau de la capacité d'achat de produits alimentaires, ou encore afin d'avoir accès à certaine prise en charge. » (79) « Certains ont également perçus les patients présentant un niveau socio-économique assez bas comme étant plus difficiles à prendre en charge. » (81)
22	Préjugé(s) négatif(s) chez le médecin sur la personne obèse « Environ 30 % des MG interrogés ont émis une opinion négative sur les personnes obèses. » (72) « Certains généralistes avaient des difficultés à dissimuler une forme d'exaspération face à leurs patients obèses. » (83)
23	Sentiment de découragement chez le médecin « L'obésité nécessitant une prise en charge de longue haleine, la situation risquait un épuisement du généraliste néfaste pour la prise en charge. » (83) « Deux MG parlaient de leur découragement dans cette prise en charge. » (84)
24	Manque de visibilité du réseau de soins à proximité pour le médecin

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

	« Les médecins généralistes n'ont pas tous connaissance de ces pôles ou même du fonctionnement. » (82) « Plusieurs généralistes interrogés n'avaient pas connaissance des réseaux de soins liés à l'obésité dans la région. » (83)
25	Complexité de la logistique autour de la personne obèse « Le déplacement peut être une difficulté majeure pour les patients résidant en campagne. » (82) « Un des médecins évoque la difficulté de transport des patients en obésité morbide notamment dans le département de la Charente. » (95)
26	Complexification de la prise en charge par les comorbidités autour de l'obésité « Le patient obèse est souvent poly-pathologique, d'où la difficulté de prise en charge. » (82) « Dans le cas de problèmes compliqués, de cas difficiles (problème particulier avec pathologies associées nécessitant un régime avec des exclusions, anorexie...). » (90)
27	Gestion difficile des attentes irréalistes des patients « Les attentes des patients, impatients à perdre du poids rapidement tout en limitant l'investissement, étaient un frein à la prise en charge de leur obésité. » (83) « Parfois l'objectif paraït irréaliste : une patiente déclare ainsi vouloir perdre beaucoup de poids en très peu de temps et les conseils prodigués par le médecin ne permettent pas de perdre du poids si rapidement. » (99)
28	Difficultés d'accessibilité aux autres professionnels « Les délais de consultation par le spécialiste qui sont parfois long. » (77) « Les généralistes notaient également une difficulté d'accès au réseau de soins, notamment en zone rurale, et peu de flexibilité horaire. » (83) « Quand on adresse à des centres hospitaliers y a souvent 6 mois ou un an de délai de rendez-vous et quand il y a une consultation qui est faite, il y a un bilan très complet et le prochain rendez-vous il est donné au bout d'un an. Les gens, ils se perdent. » (100)

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

29	Accepter que le patient soit dans une posture de déni ou de refus de prise en charge est difficile « D'autres patients, bien que conscients des risques, sont dans le déni et refusent toute prise en charge. » (101) « Une seconde limite est l'absence de reconnaissance du problème de poids, lorsque les patients se sentent bien dans leurs corps et qu'ils ne comprennent pas pourquoi ils devraient changer leurs habitudes de vie. » (79)

Tableau 1 – Liste des freins identifiés et justification

(3) Organisation thématique des freins

Dans une optique d'analyse, nous avons tenté d'identifier des thématiques de regroupement.

Plusieurs thématiques se sont dégagées à la lecture des articles de la revue de littérature :

- Problématique d'efficacité et d'accès au changement
- Difficultés temporelles
- Précarité socioculturelle du patient
- Ressources humaines et informationnelles
- Alliance thérapeutique et représentations mentales
- Savoir, compétences
- Spécificités du patient obèse
- Place et reconnaissance du MG
- L'obésité et sa place en médecine générale

D. Méthode par comparaison par paires

1. Bases scientifiques

La méthode de comparaison par paires découle directement des travaux du psychologue américain Louis L. Thurstone. Ce dernier établit au début du XXe siècle un modèle d'analyse psychométrique dit de « loi du jugement comparatif (102).

Il y décrit comment une personne compare 2 items au sujet d'une caractéristique commune, (Lequel de ces deux gris est le plus sombre ? laquelle de ces deux droites est la plus grande ?).

Elle amène ainsi à regrouper des items d'une même liste par paires puis de demander à l'individu interrogé d'établir, pour un certain nombre de paires, quel item parmi les deux exprime le plus le caractère étudié.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

En multipliant les jugements pour une même paire, on établit ainsi une comparaison moyenne entre chaque item un à un. Les résultats sont alors intégrés dans une matrice, dont les données permettent d'aboutir à une hiérarchie. Cette dernière classe chaque item dans un ordre d'importance, au sujet de la caractéristique étudiée.

2. Choix et application

Dans notre cas, la méthode de comparaison par paires nous a semblé pertinente, puisqu'elle permet d'évaluer des items très distincts au sujet d'une caractéristique commune.

Un exercice de hiérarchisation exhaustive des 29 freins aurait été difficile pour un seul et même répondant. De plus, le nombre de 29 freins que nous avons réunis reste compatible avec cette méthode puisque qu'il amène à 406 paires comparatives, ce qui reste cohérent avec nos capacités de recrutement.

3. Modèle

La méthode de comparaison par paires a historiquement été appliquée par le biais de différents modèles (Bradley-Terry, Thurstone-Mosteller, modèles dérivés...)(103).

Nous avons décidé d'utiliser le modèle de Bradley-Terry pour plusieurs raisons :

- Il répond directement à la question de la hiérarchie des items étudiés.
- Il est adapté à notre domaine de recherche (médical, social et psychologique).
- Il reste compatible avec le grand nombre de freins que nous souhaitons étudier, avec une puissance de calcul nécessaire raisonnable.

E. Questionnaire

Les MG participants ont tous été amenés à compléter un questionnaire en ligne.
Ce dernier a été modélisé pour être le plus court, lisible et simple possible.

1. Prérequis techniques

a) Développement

Le questionnaire a été codé via le logiciel VSCode v1.84, dans le langage informatique Typescript. Les données ont été hébergées sur un serveur européen de Firebase et le site déployé via l'hébergeur Render.

b) Tirage

Le questionnaire a été conçu pour qu'un participant ne puisse répondre qu'une seule fois au questionnaire et qu'il ne rencontre jamais la même paire plusieurs fois.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Les questions comparatives ont confronté les 29 freins que nous avons pu lister depuis notre revue de littérature, pour un total de 406 questions comparatives possibles.
Pour une même session, le questionnaire a généré aléatoirement 10 questions comparatives successives parmi ces 406 possibilités.

Chaque item, quelle que soit la question, apparait aléatoirement en première ou deuxième position afin d'éviter tout biais de présentation.

Chaque paire ne pouvait être proposée qu'une fois par session, dans l'esprit d'un tirage sans remise.

c) Estimation du volume de données nécessaire

Pour estimer le nombre de répondants nécessaire afin d'espérer au moins une occurrence pour chaque paire, nous avons effectué un calcul d'espérance :

$$E = \sum_{n=1}^{406} \frac{406}{406-n+1}$$

Dans cette formule :

- E est l'espérance du nombre total de tirages nécessaires.
- n est le nombre de paires uniques que nous avons déjà obtenues.

L'espérance obtenue était de 2 670 comparaisons soit 267 réponses.

2. Déroulement

Le déroulement du questionnaire ainsi qu'une copie de ce dernier sont respectivement fournis en Annexes 2 et 3.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

III. Résultats

A. Participation et données brutes

A la fin de notre période de recrutement, 241 MG ont répondu à notre questionnaire dans son intégralité.

1. Répartitions

a) Répartition des freins

Nous avons souhaité étudier la fiabilité du programme informatique assurant le tirage aléatoire des 29 freins, qui doit suivre une loi normale.

Nous excluons le frein « Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse » dont l'occurrence a été conditionnée par l'IMC du répondant et donc artificiellement sous-estimée.

Le tirage des freins était bien aléatoire : il existe une répartition homogène, semblant respecter une loi normale. La moyenne du nombre d'occurrences par frein est de 175,5 pour un écart-type de 3,54.

b) Répartition des paires

Les 241 réponses ont donné lieu à 2 410 occurrences de paires, dont la répartition est décrite dans le Tableau 2.

Occurrences	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nombre de paires	19	30	21	43	58	56	62	39	38	20	4	7	2	2

Tableau 2 - Répartition des paires par le nombre d'occurrences

Chaque paire a été présentée 5,9 fois en moyenne. Cette répartition semble aussi suivre une loi normale, affirmant le caractère aléatoire du tirage des paires.

B. Description de la population

1. Généralités

a) Répartitions

(1) Âge et sexe

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Environ 2 tiers des répondants sont des femmes (68%), pour 1 tiers d'hommes (32%).
Les répondants appartiennent à toutes les catégories d'âge, avec des variations d'effectifs selon la tranche considérée (Figure 8).

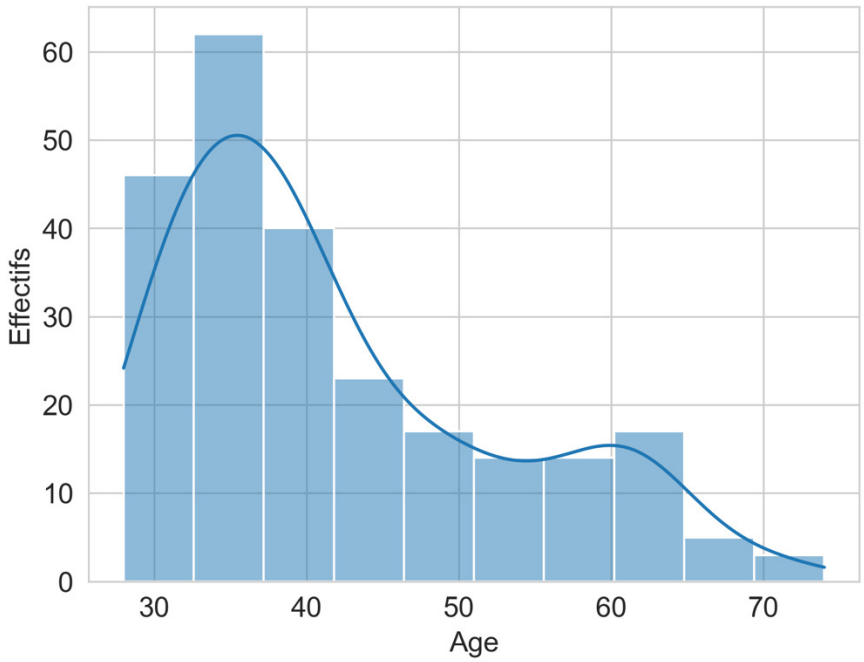


Figure 8 - Répartition selon l'âge

L'âge des répondants observe un minimum de 28 ans et un maximum de 74 ans, pour une moyenne de 42,0 ans. L'écart-type est de 24,7 ans.

(2) Activité

(a) Zone d'exercice

Les répondants ont été répartis en 3 catégories de zone d'exercice : urbaine, semi-urbaine et rurale (Figure 9).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

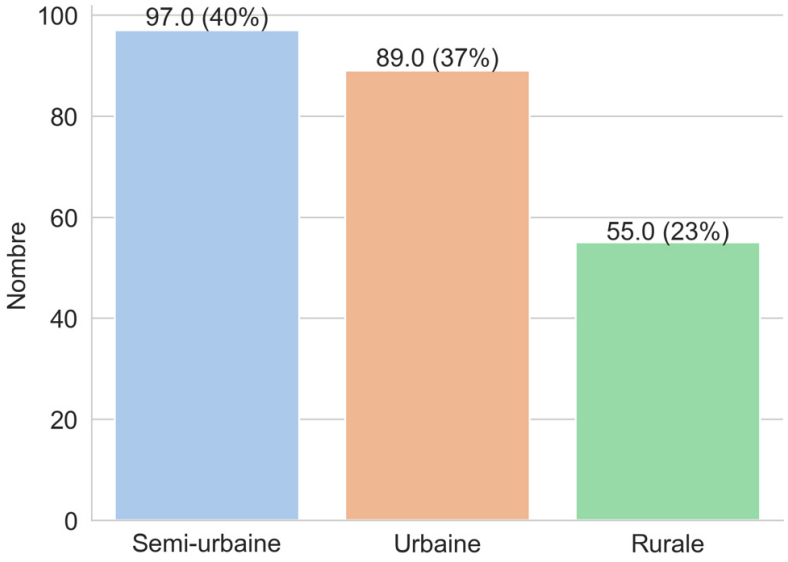


Figure 9 - Répartition selon la zone d'exercice

Les répondants ont majoritairement un exercice semi-urbain (40 %, n = 97) ou urbain (37 %, n = 89). Les médecins en zone rurale sont moins représentés avec 23% des effectifs.

(b) Densité d'activité

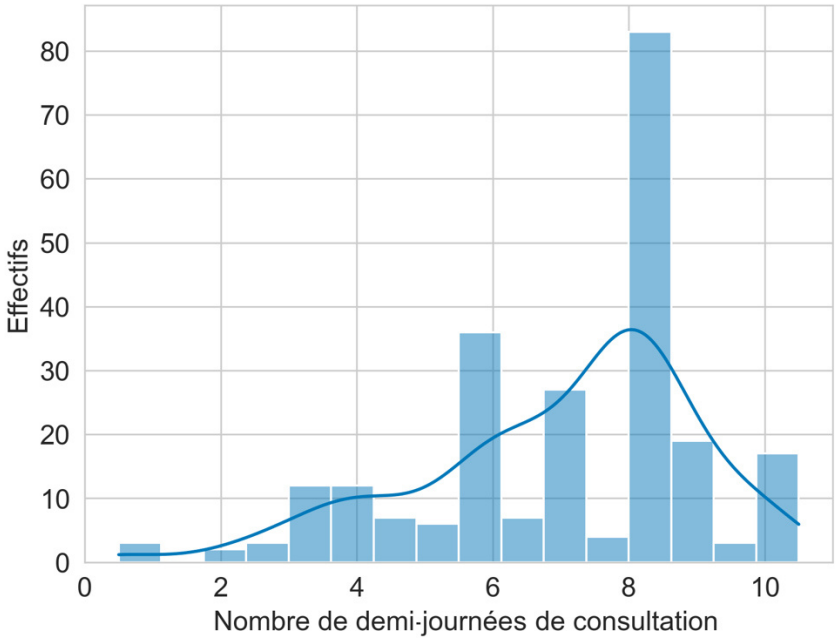


Figure 10 - Répartition selon le nombre de demi-journées de consultation par semaine

On observe que les répondants travaillent en moyenne 8,5 demi-journées par semaine, avec une forte proportion de répondants travaillant au rythme de 8 demi-journées.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

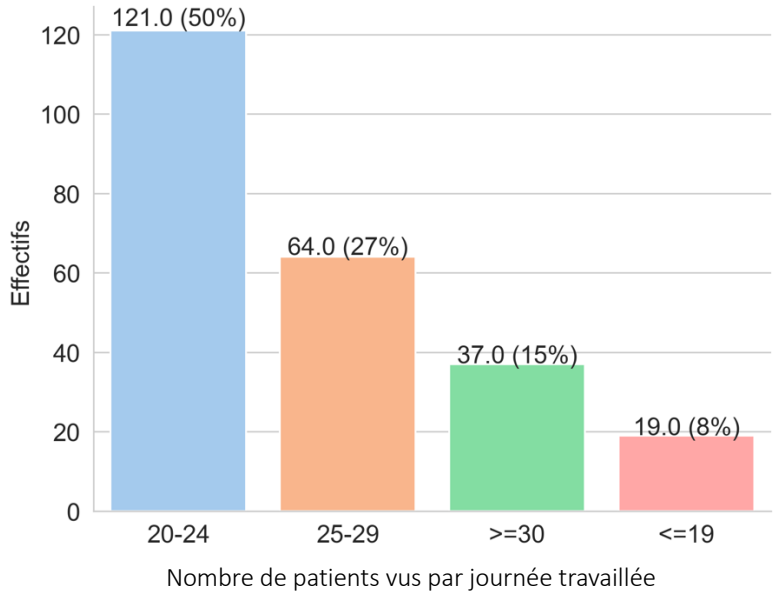


Figure 11 - Répartition selon le nombre de patients vus par journée travaillée

Une majorité des répondants (50 %) réalise environ 20 à 24 consultations par journée travaillée.
42 % des médecins interrogés soignent plus de 24 patients par jour.
Seuls 8 % reçoivent moins de 20 patients par jour.

2. Éléments facilitateurs pour la prise en charge de l'obésité

a) Collaboration avec un autre professionnel

112 médecins (46%) ont témoigné d'une collaboration avec un autre professionnel de santé.
Parmi eux :

- Les IDE Asalée (73,2%)
- Les Infirmier(e)s en Pratique Avancée (1,8%)
- Les Assistants médicaux (12,1%)
- Les Diététicien(ne)s (12,1%)
- Les Nutritionnistes (<1%)

Au sein des médecins travaillant avec un ou des collaborateurs, on observe une importante majorité de médecins bénéficiant du dispositif ASALEE (73,2% des collaborations). Les diététicien(ne)s et les assistant(e)s médicaux(ales) représentent chacun environ 12 % des collaborations. En revanche, les infirmier(e)s en pratique avancée et les nutritionnistes ne sont que très peu représentés (1,8 % et < 1 % respectivement).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

b) Formations complémentaires

61 médecins, soit environ 1 médecin sur 4, ont suivi une ou plusieurs formations au sujet de l'obésité, répartis comme suit :

- 8 ont bénéficié d'une formation à l'utilisation du réseau ASALEE (13 %)
- 41 ont effectué une formation RePPOP (67 %)
- 7 ont suivi une formation autre (11 %)
- 2 ont effectué un DIU obésité (3 %)
- 2 ont effectué un DU de nutrition (3 %)
- 2 ont suivi une formation en éducation thérapeutique ou au sujet de l'entretien motivationnel (3 %)

C. Résultat principal : hiérarchie des priorités

À l'aide de la méthode analytique décrite dans le paragraphe II.D.d, une **hiérarchie des freins** a été établie (Tableau 3).

N° frein	Intitulé	Parameters
1	Difficultés pour soutenir la motivation et le changement chez le patient	1.389329
2	Sentiment chez le médecin d'inefficacité de la prise en charge proposée	1.184861
3	Manque de temps médical dédié à la prise en charge	1.046508
4	Environnement socioculturel défavorable du patient	1.043960
5	Manque de visibilité du réseau de soins à proximité pour le médecin	0.831906
6	Méconnaissance des outils existants pour le rééquilibrage alimentaire	0.739160
7	Limites financières pour le patient	0.557513
8	Accepter que le patient soit dans une posture de déni ou de refus de prise en charge est difficile	0.394889
9	Difficultés d'accessibilité aux autres professionnels	0.381842
10	Manque de compétences en matière d'accompagnement au changement	0.377818
11	Rémunération insuffisante et inadaptée de la consultation dédiée	0.253284
12	Sentiment de découragement chez le médecin	0.229835
13	Difficultés pour le médecin d'établir un suivi	0.221735
14	Gestion difficile des attentes irréalistes des patients	0.185328
15	Difficultés de coordination avec les autres professionnels	0.184648
16	Manque de compétences pour l'accompagnement du patient dans l'activité physique	0.094251
17	Complexification de la prise en charge par les comorbidités autour de l'obésité	0.020145
18	Complexité de la logistique autour de la personne obèse	-0.001741
19	Sentiment chez le médecin qu'il n'existe que peu de possibilités thérapeutiques efficaces	-0.049425
20	Faibles connaissances des patients sur le plan diététique	-0.096070
21	Méconnaissance par le patient de la place du MG dans la prise en charge	-0.251941
22	Manque de connaissances théoriques sur la nutrition	-0.325733
23	Difficultés pour le médecin d'aborder le sujet	-0.555298
24	Manque de confiance pour se lancer dans la prise en charge	-0.589469
25	Préjugé négatif chez le médecin sur la personne obèse	-1.091669
26	Matériel médical inadapté au patient obèse	-1.242316
27	Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse	-1.520391
28	Manque d'intérêt personnel chez le médecin pour l'obésité et sa prise en charge	-1.595925
29	Le médecin ne considère pas l'obésité comme du ressort de la médecine générale	-1.817032

Tableau 3 - Hiérarchie des freins

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

On observe qu'il existe des différences significatives entre les freins au sujet de leurs priorités de résolution respectives.

Ceci valide notre hypothèse qui était qu'il existe un indice de priorité différent selon le frein considéré.

Nous avons basé la numérotation des freins sur celle obtenue après classement (Tableau 3).

D. Résultats secondaires

1. Fréquences et fréquences normalisées

Nous avons d'abord classé les freins par le nombre de fois où ils ont été sélectionnés, quelle que soit la paire étudiée (Figure 12)

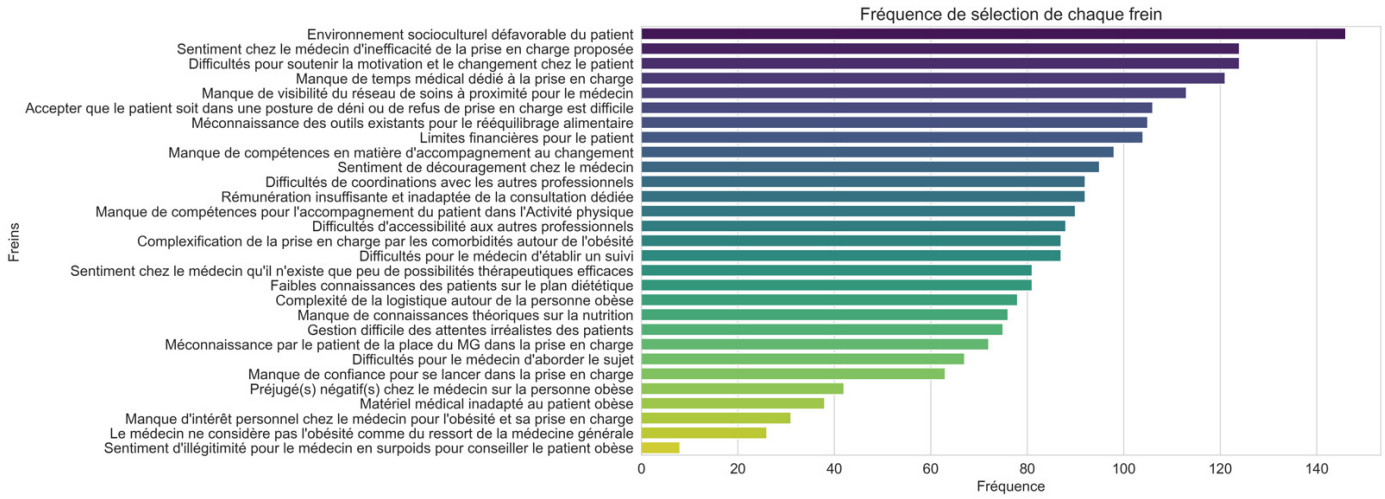


Figure 12 - fréquence de sélection par frein

Afin de s'assurer que ces fréquences de sélection n'étaient pas influencées par le nombre d'occurrences de chaque frein, nous avons calculé les fréquences normalisées de sélection de chaque frein. Celle-ci résulte du quotient du nombre de fois que le frein a été sélectionné par le nombre d'occurrences de celui-ci.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

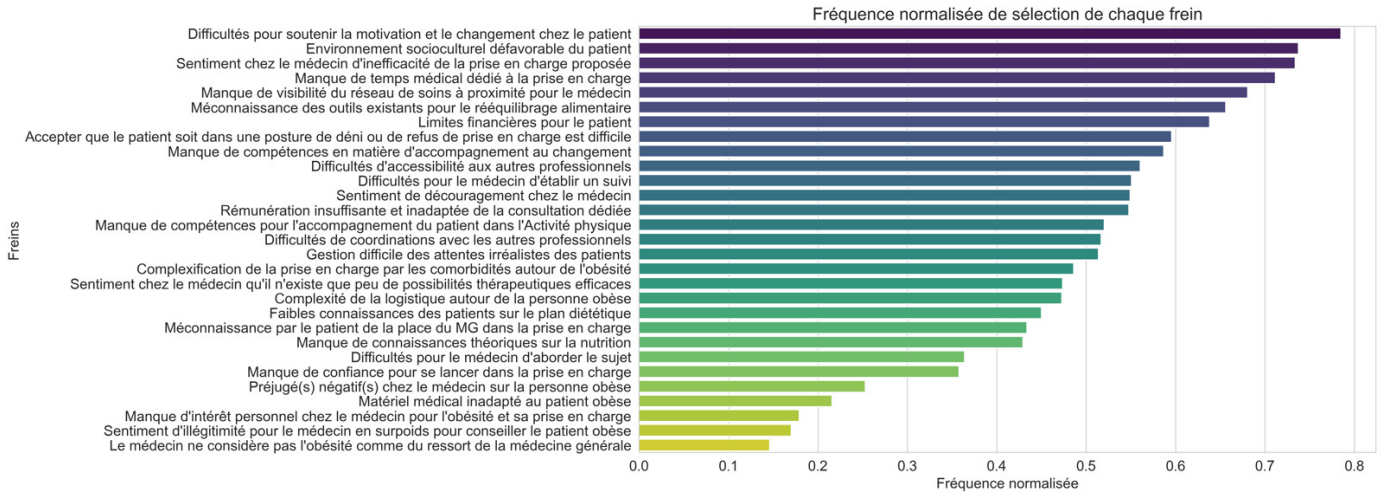


Figure 13 - fréquence normalisée de sélection par frein

On observe de nombreuses variations dans le classement puisque la quasi-totalité des freins s'est vue reclassée.

2. Tests du χ^2

Ces fréquences normalisées ont fait l'objet d'un test du χ^2, afin de rechercher une éventuelle association avec chaque caractéristique : sexe, âge, IMC, collaborations, formations, zone d'exercice. Les résultats de ces tests sont fournis dans les Annexes 5 à 10.
Lorsque cela était nécessaire, des tests de Fisher ont été réalisé pour explorer les possibles associations.

Les tests montrant une significativité ($p<0,05$) ont été surlignés en orange.

Quelques associations ont été identifiées :

- Les MG femmes présentent plus de difficultés à aborder le sujet de l'obésité que les MG hommes ($p = 0,003$). Les MG exerçant en zone urbaine rencontrent le même phénomène, par rapport aux MG semi-urbains ou ruraux ($p = 0,031$).

- Les MG hommes sont moins enclins à montrer un intérêt vis-à-vis de l'obésité que les MG femmes ($p = 0,012$).

- Plus l'âge du MG est élevé, plus il décrit un manque de temps ($p = 0,025$).

- Le sentiment de découragement augmente avec l'âge du MG ($p = 0,009$).

- Les MG ruraux semblent plus impactés par le manque de connaissances théoriques en nutrition ($p = 0,022$).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

- Les MG ayant suivi une/des formation(s) sur l'obésité se plaignent plus d'un manque de compétences en accompagnement dans l'activité physique adaptée (p = 0,008).

- Les MG bénéficiant d'une collaboration ont une plus grande tendance à juger l'accès aux autres professionnels comme difficile (p = 0,021).

- Les MG avec un IMC >25 décrivent moins de difficultés à mener l'accompagnement du patient au changement (p = 0,031).

3. Données qualitatives

35 médecins ont profité de la possibilité de formuler une réponse libre pour donner leur ressenti sur le questionnaire et son déroulé.

Le sujet a été perçu comme intéressant même si un médecin, satisfait de sa prise en charge, ne s'est pas senti réellement concerné par la problématique de notre étude : « Je n'ai pas énormément de freins à la prise en charge de l'obésité. Il pourrait y avoir une question au départ : pensez-vous avoir un frein dans la prise en charge de l'obésité ou êtes-vous plutôt confiant dans votre prise en charge ? »

a) Forme et méthode

Notre questionnaire semble avoir été globalement positivement reçu pour différentes raisons :

- Originalité de la méthode

« La forme du questionnaire est originale. »

« Méthodo originale et assez intéressante. »

- Temps de réponse court et facilité d'utilisation et remplissage

« Très bonne présentation. Facile à répondre. Phrases bien choisies. »

« C'est bien et rapide. »

« Ton questionnaire est très bien car il est concis et simple. »

« Il fonctionne bien sur smartphone. »

b) Réponses complémentaires

A travers les réponses libres, certains médecins ont expliqué certains points de vue au sujet de la prise en charge de l'obésité.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Nous avons regroupé les différentes réponses selon le frein auquel elles faisaient écho dans le Tableau 4. Les idées se démarquant de ce regroupement ont été classées à part.

N° frein	Intitulé du frein	Commentaire(s) libre(s)
2	Sentiment chez le médecin d'inefficacité de la prise en charge proposée	« L'obésité est comme beaucoup de maladie paliative (sens premier qui ne se guerrit pas) on sait maintenant que les consequences cerebrale (appetit, reprise de graisse...). Ce qui rends la prise en charge moins "sexy" que d'autres sujet où les prises en charges sont plus curatives. » « Problème complexe, surtout quand l'obésité est installée / on part souvent de très loin concernant les habitudes alimentaires des patient.es / j'ai déjà adressé des enfants en centre experts avec prise en charge optimale que ce soit au niveau personnel et familial, et malgré cette prise en charge adaptée et prolongée aucun résultat, enfants prépubères déjà en obésité morbide... Donc important investissement, peu rémunéré et peu efficace. » « J'essaie dans ma pratique de repérer, alerter, donner qques conseils puis accompagner avec bienveillance, mais sans espérer trop d'amélioration. »
8	Accepter que le patient soit dans une posture de déni ou de refus de prise en charge est difficile	« C'est souvent le patient qui est réticent quand on lui parle d'obésité, de mon expérience, ceux qui sont enclins à perdre du poids sont ceux qui réalisent les comorbidités possibles, plus facile si le patient est diabétique car es chiffres biologiques lui parlent plus que le poids et l'IMC. » « Beaucoup de sujets/ patients en situation d'obésité (norme mésurée) se sentent en bonne santé. » « Beaucoup de patients obèses ne. voient déjà pas où est le problème! ils ne se sentent pas gros et n'en voient pas de conséquence négative. »
12	Sentiment de découragement chez le médecin	« Je suis parfois découragée, il y a de plus en plus de problèmes de poids allant du simple surpoids à l'obésité morbide. » « On baisse un peu les bras. » « Après avoir été très investi au début de ma carrière dans la lute contre l'obésité, je ressent un découragement total depuis de nombreuses années. »

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

6	Méconnaissance des outils existants pour le rééquilibrage alimentaire	« Très peu d'outils pour aider les patients. »
5	Manque de visibilité du réseau de soins à proximité pour le médecin	« Peu de structures d'accueil multidisciplinaire » « [...] et ensuite le manque de visibilité des réseaux de PEC spécialisée de l'obésité. » « Pour l'adulte je trouve un manque de connaissance des réseaux (je ne connais que le service endocrinologique de l'hopital de villefranche mais ne sait même pas quelles indications sont éligibles...). »
7	Limites financières pour le patient	« Les difficultés du patient pour payer les consultations pour voir un(e) diététicien(ne) sont réelles. Pour avoir travaillé avec une IDE Asalee puis sans: beaucoup de patients étaient volontaires dès qu'on leur proposait un suivi par l'IDE (gratuité"", proximité, plus de temps pour prendre soin d'eux, les accompagner dans leurs changements d'habitude de vie...). Après le départ de l'IDE de la MSP, je me sentais bien démunie face au problème de l'obésité. » « Par ailleurs, la non prise en charge des consultations auprès des diététiciens par la CPAM limite énormément leur accès Malgré ma formation REPPOP, cette prise charge est difficile. Exerçant dans une zone défavorisée, exclusivement en pédiatrie, les problèmes socio économiques sont très lourds dans l'équation. »
4	Environnement socioculturel défavorable du patient	« Écrans, mal bouffe, fast food, mauvaises RHD. » « Pour moi, le problème de l'obésité est plutôt un problème politique et sociétal, avec énormément de facteurs autres que médicaux a gérer/régler avant une prise en charge purement médicale. » « Le problème de l'obésité n'est pas un problème médical mais un problème sociétal et la prise en charge par les médecins quelle que soit leur spécialité n'aura qu'un effet minime tant des actions fortes ne seront pas mise en place au niveau sociétal. »

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

22	Manque de connaissances théoriques sur la nutrition	« Manque cruel de connaissances théoriques sur la nutrition »
10	Manque de compétences en matière d'accompagnement au changement	« Manque [...] des techniques de l'entretien motivationnel pour entraîner un changement… »
11	Rémunération insuffisante et inadaptée de la consultation dédiée	« Très complexe comme consultation, qui n'est en plus pas rémunérée correctement. »
3	Manque de temps médical dédié à la prise en charge	« Malgré les recommandations que nous formulons, les patients ne prévoient JAMAIS de consultations dédiées pour les problèmes de poids ; donc pas de temps suffisant. » « L'activité en cabinet des MG est trop chargée pour qu'ils puissent consacrer du temps à une problématique de santé qui leur semble moins importante que d'autres. » « En premier frein je dirais le manque du temps du médecin mais effectivement on ne peut rien y faire. »
25	Préjugé négatif chez le médecin sur la personne obèse	« Le monde médical est malheureusement très grossophobe. Bcp de fausses idées circulent autour des personnes en situation d'obésité ou de surpoids La formation reppop est très bien pour se former sur la question et pouvoir accompagner des enfants et ado. »
19	Sentiment chez le médecin qu'il n'existe que peu de possibilités thérapeutiques efficaces	« Que peu de solutions à notre niveau.. »
28	Manque d'intérêt personnel chez le médecin pour	« Les principaux freins sont pour moi le manque d'intérêt pour la problématique de la part des MG. »

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

	l'obésité et sa prise en charge	
	autre	« L'obésité est-elle une maladie (représentations sociales, médicales, individuelles) ? Qui la définit comme telle dans un cadre nosologique ? Quelle légitimité aux injonctions à la santé. Place réelle de la prévention primaire en soins primaire face aux attentes des patients ? Question du niveau de preuve en santé publique de la prévention et de la prise en charge de l'obésité ? » « Notre discours a peu de poids face aux pubs, aux rayons immenses de malbouffe ds les magasins » « Je pense qu'il est difficile pour moi d'aborder le sujet. J'ai une personne de mon entourage proche en situation d'obésité. Toutes les démarches entreprises pour régler le problème depuis l'enfance ont été des échecs jusqu'à une décision de chirurgie bariatrique. Lors de la prise en charge au bloc opératoire un trocart de coelioscopie a "embroché" une artère entraînant une hémorragie interne majeure avec nécessité de prise en charge en réanimation avec transfusion... La personne n'a jamais voulu se faire opérer de nouveau et est toujours en situation d'obésité. J'avoue que cette histoire personnelle est un frein à ma prise en charge adaptée de l'obésité. » « Par ailleurs, sentiment de porte à faux entre le monde médical qui dit aux patients de perdre absolument du poids, et mouvement sur les réseaux sociaux qui disent que cette attitude est délétère pour les patients car elle ne s'intéresse pas à leurs autres maladies. » « Dommage que l'accompagnement proposé par la CPAM ne soit pas en prévention mais quand l'obésité est déjà caractérisée. » « Dommage que l'accompagnement proposé par la CPAM [...] ne se centre que sur les aspects diétético-sportifs, alors que le contexte psychologique et environnemental est essentiel. »

Tableau 4 – Commentaires libres

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

c) Difficultés face au questionnaire

(1) Non-exhaustivité d'une session

6 médecins ont avancé un ou plusieurs freins importants à leurs yeux mais qu'ils n'ont pas rencontrés au fil des questions :

« Aucune évocation du coût (activité physique, diététicienne) qui est un frein majeur à mon sens »

« Un des freins, en plus du financier, est le manque de temps pour les patients.es »

« J'aurais rajouté un frein sur la peur d'altérer la relation de confiance en parlant du poids (parfois ça peut braquer les gens). »

« La difficulté qui me semble la plus importante dans la prise en charge, est l'absence de partenaire nutritionniste, diététicien avec lequel on puisse travailler et qui soit pris en charge au moins partiellement par la CPAM. »

« Votre questionnaire néglige le coût financier de l'obésité. »

« Rôle des facteurs environnementaux complètement occultés (car alors il faudrait remettre en question toute notre société pétro chimico dépendante... comme en cancérologie : le nombre de cas explose et pourtant on ne s'occupe que du versant curatif). »

(2) Difficultés liées à la méthode

Si la méthode a parfois été jugée intéressante, elle a pu dérouter quelques répondants.

Un médecin a expliqué avoir rencontré des difficultés à hiérarchiser les différents freins, car selon lui/elle, tous sont importants : « Questionnaire difficile à remplir, la hiérarchisation des items me semble trop subjective, puisque tout est important ! »

Certaines comparaisons ont aussi mis des médecins en difficulté :

« J'ai du mal à comprendre le choix dichotomique de priorisation entre par exemple frein financier du patient et le champ d'action de la médecine générale... »

« En tous cas j'ai été mis mal à l'aise par certaines comparaisons qui relevaient de ressorts du praticien vs ressort du patient. »

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

IV. Discussion

Par le biais de l'étude comparative par paires, nous avons pu établir une hiérarchie des freins rencontrés par les MG en termes de priorité ressentie de résolution.

Comme nous l'avions pressenti, il existe des différences de priorité entre les différents freins que nous avons étudiés.

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces

a) Sujet

(1) Intérêt et apports nouveaux

L'obésité et sa prise en charge est une problématique de santé omniprésente et actuelle, impactant les tous les bassins de population (17).

Ceci nous a probablement permis de bénéficier d'un intéressement appréciable de la part des médecins généralistes sollicités.

La hiérarchie des freins rencontrés face à l'obésité, en termes de priorité de résolution, est une donnée plutôt nouvelle dans la littérature médicale française. Elle permet d'explorer la discordance entre les besoins ressentis par les MG et les outils facilitateurs déjà en place sur le territoire.

(2) Exhaustivité et homogénéité du tirage

Notre recrutement de 241 réponses approche le résultat du calcul d'espérance de 267 réponses.

Ce d'autant que 79,7% des sessions étaient menées par répondant avec un IMC inférieur à 25. De ce fait, de nombreuses paires comprenant le frein n°27 n'ont pas pu être proposées dans les mêmes proportions et ont donc pu laisser leur place à d'autres paires.

Toutes les paires ont pu être explorées. L'analyse statistique s'est donc réalisée depuis une base de données satisfaisante en termes de volume.

b) Méthode

(1) Revue de littérature

A la lecture des réponses libres, certains répondants ont déploré de ne pas trouver un frein qu'ils identifiaient comme important dans leur session de questionnaire (cf paragraphe III.D.3.c.2).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Pour autant, les freins jugés manquants sont sans exception présents dans notre base de 29 freins, ce qui témoigne de l'exhaustivité de notre revue de littérature.

Nous aurions par contre pu informer les répondant en amont sur le fait qu'ils n'allaient rencontrer que quelques freins parmi la liste complète.

(2) Comparaison de paires

La méthode de comparaison par paires présente plusieurs avantages qui ont été profitables pour notre travail :

- Elle est pertinente pour répondre à la question de recherche
- Son utilisation est adaptée au nombre de freins identifiés
- Sa relative originalité a suscité la curiosité des médecins contactés, permettant d'optimiser le recrutement

c) Questionnaire

Le questionnaire que nous avons proposé a globalement été positivement reçu.
Sa courte durée et sa facilité de remplissage ont été appréciées.
Ces deux notions ont été travaillées pour faciliter le taux de participation et le soin apporté par le répondant à terminer le questionnaire.

« C'est bien et rapide »

« Ton questionnaire est très bien car il est concis et simple, il fonctionne bien sur smartphone. »

2. Limites

a) Représentativité de l'échantillon

Pour évaluer la représentativité de notre échantillon, nous avons comparé les caractéristiques générales des 241 MG répondants avec celles des MG de la région AURA.

Pour ce faire, nous avons récolté et réuni les données démographiques annuelles de 2022 et 2023 auprès des services :

- « Direction de la Stratégie et des Parcours/Service statistiques et études » de l'ARS en région AURA. Ces données concernent 7178 MG libéraux exerçant dans la région.

- « Direction de la Stratégie et des Parcours/Service statistiques et études » de l'Ordre National des Médecins.

Notre échantillon et les données qui nous ont été fournies ont montré des différences (Tableau 5).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

	Échantillon	Données officielles
Âge moyen (ans)	42,0	49,4
Sexe		
Hommes	32,0% (n=77)	50,1% (n= 3596)
Femmes	68,0% (n=164)	49,9% (n=3582)
Zone d'exercice		
Rurale	22,8% (n=55)	20%
Semi-urbaine	40,2% (n=97)	37%
Urbaine	36,9% (n=89)	43%
Nb Années d'expérience moyen (ans)	13,7	24,2
Collaboration(s)		
Oui	46,1% (n=111)	33,9%
Non	53,9% (n=130)	65,7%

Tableau 5 – Données démographiques de l'échantillon et de la population source

Nous avons mis l'accent sur la voie informatique dans notre démarchage, ce qui a potentiellement pu privilégier les MG jeunes, plus familiers avec l'informatique et les réseaux sociaux.

On note aussi une différence en termes de répartition des sexes.
Le sexe ratio observé dans les données régionales est de 1,00 alors que celui de notre échantillon est de 0,47.

Ceci s'explique probablement une nouvelle fois par la relative jeunesse de nos répondants : toujours selon les données régionales, on observe une féminisation croissante de la profession chez les praticiens de 55 ans et moins. Notre échantillon plutôt jeune est donc naturellement composé d'un plus grand nombre de MG femmes.

Il existe donc un biais de sélection plus ou moins important dans notre étude.

b) Volume de recrutement

Il a été difficile de dégager un grand nombre de données significatives au sujet des associations explorées par les tests du χ^2 (Annexes 5-10). En effet, sur 174 tests effectués, seuls 9 d'entre eux ont atteint le seuil de significativité ($p<0,05$).

Si certaines associations semblent se dégager, elles sont à interpréter avec prudence au vu du grand nombre de test du χ^2que nous avons réalisés.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

A ce titre, certaines prétendues associations sont assez difficilement explicables :

- Les MG ayant suivi une/des formation(s) sur l'obésité se plaignent plus d'un manque de compétences en accompagnement dans l'activité physique adaptée (p = 0,008).

- Les MG bénéficiant d'une collaboration ont une plus grande tendance à juger l'accès aux autres professionnels comme difficile (p = 0,021).

Un recrutement plus important aurait probablement permis de gagner en pertinence statistique.

c) Choix du bassin de population

Au regard des résultats et de l'exploration de la littérature, il existe d'importantes différences démographiques, sociales et médicales entre les anciennes régions Rhône-Alpes et Auvergne.

L'analyse conjointe des deux régions a pu lisser certains résultats et méconnaître une éventuelle hétérogénéité au sujet des difficultés rencontrés par les MG face à l'obésité.

B. Résultat principal : hiérarchie des freins

Nous interpréterons cette hiérarchie en confrontant nos résultats à la littérature et aux ressources dont dispose le MG dans la prise en charge de l'obésité.

De par la nature logarithmique des scores « parameters », nous ne pouvons interpréter l'importance des différences entre les freins en comparant les deltas entre les scores.

Le **sentiment d'inefficacité** (frein n°2) et les **difficultés à faire accéder le patient au changement** (frein n° 1) ont été jugés comme les plus prioritaires.
Le manque de temps (frein n°3) a aussi été jugé très prioritaire.

Ce classement va dans le sens de celui obtenu dans l'étude du Dr FAYEMENDY qui explore les difficultés des MG de Haute-Vienne à prendre en charge l'obésité au cabinet. L'étude analyse à la fois la prévalence du frein parmi les répondants mais aussi le degré de difficulté à lui associer, codé de 1 (peu difficile) à 4 (très difficile). L'auteur observe que ces deux variables sont intimement corrélées dans ses résultats, ce qui suggère que plus un frein est cité plus il est jugé problématique (80).

En partant de ce postulat, on identifie dans cette étude la même importance accordée à ces 3 freins, au même titre que d'autres études portant sur notre sujet (77) (87).

1. Motivation au changement et résultats

Les freins n°1 et n°2 semblent confirmer que les MG considèrent que le critère principal de réussite de prise en charge, à savoir la perte de poids, nécessite un **changement des comportements** du patient.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

C'est d'ailleurs ce que préconise l'HAS, qui montre que la prise en charge nutritionnelle seule a montré ses limites (3).

Le manque de possibilités thérapeutiques efficaces a été jugé bien plus faiblement prioritaire (frein n°19).

Il existerait donc chez le MG un panel thérapeutique qu'il sait un minimum efficient.
Les axes principaux lui sont connus, mais l'application et les résultats sont jugés restreints.

a) Soutien motivationnel et éducation thérapeutique

Les médecins déplorent régulièrement le décalage entre les conseils qu'ils donnent au patient et ce qui est réellement appliqué en dehors du cabinet (74).
Cet écart entre les moyens investis par le MG et les changements optés par le patient est à confronter directement avec la motivation au changement chez le patient.

En pratique clinique, l'outil thérapeutique de premier choix dans le soutien motivationnel est l'EM (104). Il est employé dans de nombreuses maladies chroniques, notamment en addictologie, et a montré son efficacité dans l'obésité (105).
Il cohabite avec l'ETP qui, en procédant à un transfert des connaissances, soutient la motivation du patient et lui promet une appropriation des compétences, nécessaire au changement (106).

Les données actuelles donnent une place centrale à l'EM et à l'ETP dans la prise en charge de l'obésité à court, moyen et long terme (107).
Cette conception est d'ailleurs partagée par les MG français (74).

Le classement en première position du frein au soutien motivationnel fait écho à une très faible utilisation de l'EM en MG pour prendre en charge le patient obèse (99) (77).

Cette sous-utilisation répond entre autres à un manque de compétences en la matière, jugé relativement prioritaire (10^{e} place) dans notre hiérarchie.
À ce titre, dans notre étude, seulement 3% des formations suivies par les MG étaient centrées sur l'EM et l'ETP.
Les répondants, en accord avec la littérature (83), pointaient du doigt une absence préjudiciable de ces enseignements dans les études médicales et en formation continue, au profit d'enseignements beaucoup plus théoriques en nutrition et peu applicables en pratique clinique : « Manque de formation concrète sur l'obésité pendant l'internat (souvent les cours sont ciblés sur des syndromes rarissimes qu'on ne verra jamais au lieu de cibler sur un entretien motivationnel et des notions simples de nutrition ».

Basé sur la discussion bilatérale et coopérative, prenant en compte les nombreuses spécificités de la personne obèse, l'EM explore en profondeur le rapport du patient à son obésité. Ce processus demande du temps et de la répétition. Ce besoin temporel conséquent rentre en conflit avec les difficultés chez les MG à trouver un temps suffisant pour leurs patients obèses (108).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Un patient en stade de pré-contemplation ou de contemplation n'est classiquement pas prêt au changement, car encore en proie à son **ambivalence.** Par manque de connaissances et d'expérience vis-à-vis de l'EM, les médecins confondent cette ambivalence avec une éventuelle **résistance** (79). L'écart entre les conseils prodigués et les changements opérés est plutôt perçu comme un manque de motivation ou un réflexe d'opposition de la part du patient, là où il fait en réalité écho à une distorsion de la perception de la problématique par celui-ci.
L'étude du Dr FAYEMENDY avance d'ailleurs comme premiers freins des problématiques imputables au patient sous le drapeau de « mauvais suivi des conseils », « manque de motivation » (80). On pourrait naturellement penser que ces intitulés renvoient a fortiori au frein n°1 et au frein n°8.

Concernant l'ETP, elle est majoritairement dispensée par l'IDE ASALEE dont le travail est précieux (68).
Malheureusement, elle reste encore confidentielle pour les MG en libéral, peu au fait de sa mise en place dans les CSO (72).
De plus, tout comme l'EM, elle souffre de la même problématique temporelle (97).

Cependant, la littérature montre que pour une même information, l'impact sur le patient est plus important lorsque celle-ci est dispensée par le médecin (109). Un partage de l'information en ETP entre le médecin et l'IDE pourrait avoir un impact positif.

b) Sentiment d'inefficacité

Le sentiment d'inefficacité est intensément décrit dans la littérature, et concerne très souvent une grande proportion de médecins au sein des échantillons étudiés (93) (110). À ce titre, plus de la moitié des MG se disent insatisfaits de leur prise en charge (72). L'obésité est en effet une problématique difficile, source d'échecs et de rechutes.

Ce sentiment d'inefficacité est d'une importance majeure, puisqu'il conduit tôt ou tard à un évitement de la discipline par le praticien.

En parallèle, il existe aussi la composante perceptive du manque d'efficacité du MG.
Celle-ci relève de plusieurs pistes explicatives :

- Le praticien a comme seul critère de jugement la perte de poids, au détriment d'autres variables comme la qualité et l'hygiène de vie, la prévention d'une reprise de poids, la transmission de savoir, l'estime de soi... (79,111)

- Il existe aussi une discordance entre les attentes et les résultats chez les praticiens. Ces derniers ont des objectifs trop élevés et proposent donc des solutions souvent trop restrictives (72,112). Cette discordance est source de frustrations chez le médecin qui est fréquemment confronté à des résultats inférieurs à ceux qu'il attendait. Ce phénomène est d'autant plus important que l'IMC du patient était haut (72) et trouve sa cause dans le **réflexe correcteur** chez le praticien. De plus, ces objectifs trop restrictifs sont aussi pourvoyeurs d'une **restriction cognitive** chez le patient, pouvant alimenter des troubles du comportement alimentaire chez celui-ci (79,113).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

- Le regain de poids après un amaigrissement est l'évolution la plus habituelle en obésité (114). Pourtant, Cette idée est difficile à admettre par les patients comme par les médecins (82). Cette reprise de poids est ainsi souvent vécue par le praticien comme un échec. Dans l'approche comportementale, le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente considère la rechute comme faisant partie du processus de changement du comportement sans constituer un retour en arrière total (82) (115).

Cette problématique d'efficacité, soutenue dans le temps, est source d'un sentiment de découragement (frein n°12).
Nos données issues des tests du χ^2 suggèrent logiquement que plus un médecin a longuement exercé plus il se décourage, signe que le heurt répété à un échec entraîne ce sentiment.

Même s'il est régulièrement cité dans la littérature, le sentiment de découragement arrive en 12^{e} position probablement en raison de son caractère tardif dans la chronologie. Les répondants ont donc vraisemblablement identifié comme plus importantes les difficultés qui le précèdent.

2. Manque de temps

Le manque de temps a été classé comme **très prioritaire** (frein n°3).
La littérature l'a même parfois mis complètement en avant, en intéressant près plus de 2/3 des médecins interrogés (93) (110) (112).
Nos données qualitatives le soulignent aussi chez 3 des médecins n'ayant pas rencontré ce frein dans leur session.

En revanche, le frein à établir un suivi du patient ne figure qu'en 13ème position.

Nos données issues de tests du χ^2 suggèrent que les médecins hommes, ou encore les médecins les plus jeunes ou les plus âgés se heurtent plus à ce problème.
On pourrait expliquer ceci par le fait que les jeunes médecins, souvent remplaçants et/ou femmes, ont des emplois du temps moins complet donc moins de temps.
Les praticiens plus âgés ont souvent un plus grand volume de patientèle et souvent plus âgée, ce qui réduit leur marge de manœuvre sur le plan temporel.
Ces données secondaires correspondent à celles retrouvées dans l'étude du Dr FAYEMENDY (80).

Le manque de temps écourte les pratiques (74) et dissuade de nombreux MG à se lancer dans une prise en charge (116), peu motivés à entreprendre une prise en charge incomplète. C'est vraisemblablement cette deuxième conséquence qui donne au manque de temps un caractère de priorité important.

Son effet délétère sur les pratiques médicales outrepasse les médecins dans leur pratique en dépit de compétences et de connaissances en obésité : l'étude du Dr HOESER montrait en 2013 que si 92% des médecins de l'étude connaissaient des conseils pratiques à fournir au patient, seulement 41% les dispensaient en consultation par manque de temps (112).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Le manque de temps chez les médecins est en réalité absolu et relatif :

- La consultation moyenne chez un MG est de 16 minutes, ce qui constitue un temps relativement court en comparaison des consultations chez les professionnels spécialisés : 30 à 45 minutes chez le nutritionniste et chez le diététicien (117), ou environ 50 minutes chez avec l'IDE ASALEE (118).

- Cette durée restreinte de 16 minutes (à laquelle il faut retrancher les temps d'installation, de création de la feuille de soin, de facturation etc) entre en conflit avec l'enquête alimentaire, l'EM, l'ETP qui, en obésité, demandent un temps bien plus important (80). A titre indicatif, l'EM se décline en 3 niveaux d'information : le conseil bref ou conseil minimal (5 à 15 minutes), le conseil en changement de comportement (5 à 30 minutes) et l'entretien motivationnel (30 à 60 minutes) à proprement parler (115).

- La problématique de l'obésité souffre d'un manque de consultations dédiées (93). C'est donc un sujet qui souvent doit cohabiter avec d'autres motifs de consultations, ce qui raccourcit d'autant plus le temps que le MG peut y consacrer. On estime ainsi qu'il existe en moyenne 2,6 motifs de consultation par consultation, et l'obésité est rarement le motif principal (74). Le MG, s'il souhaite approcher une prise en charge plus complète, doit donc pouvoir proposer des consultations dédiées. Seulement, cette multiplication des entrevues participe à l'allongement des délais de consultation parfois déjà importants. Qui plus est, cet allongement peut augmenter le risque de perte de vue du patient.

Si ce manque de temps semble revêtir un caractère immuable, plusieurs éléments facilitateurs ont montré un impact positif sur cette difficulté :

- Les collaborations au cabinet du MG comme en dehors permettent de gagner du temps (119)

- L'utilisation d'outils (iconographie, régimes préétablis, applications smartphone de suivi etc) a montré son efficacité en matière de gain de temps (82). Eux aussi sont encore trop peu employés (90), comme le montre le frein n°6.

On observe aussi une interconnexion avec d'autres freins de notre revue de littérature : le sentiment d'inefficacité est un obstacle à la volonté de consacrer du temps à la prise en charge. Aussi, le manque de reconnaissance financière de la consultation dédiée, à l'heure où environ 43% des MG se disent insatisfaits de leur rémunération (72), n'incite pas les MG à allonger leurs consultations.

Le dégagement de temps médical pur, au regard de la démographie médicale déclinante et de l'augmentation de l'obésité en France, reste une problématique épineuse dont la solution n'a pas encore été trouvée à l'échelle nationale.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

3. Situation socioculturelle et économique du patient

La précarité socio-économique et culturelle du patient a été jugée **fortement prioritaire** par les répondants (frein n°4 et frein n°7).

Le lien entre l'obésité et un faible niveau socio-économique est aujourd'hui admis (100).Le statut économique modeste prédispose de diverses façons à l'obésité :

- L'alimentation saine coûte cher. On considère que les personnes vivant sous le seuil de pauvreté n'allouent que 2,5 à 3 euros par jour à leur alimentation, là où un minimum de 3,5 euros par jour semble requis pour respecter les apports nutritionnels conseillés (120).
- La consommation d'aliments transformés industriels est un vecteur d'intégration sociale, chez des populations ayant parfois un sentiment d'exclusion de la société (120).

- Les fast-food sont fortement implantés dans les zones urbaines aux populations économiquement modestes (100).

De plus, la prise en charge de l'obésité par les professionnels-ressources se confronte directement aux limites financières du patient : les consultations diététiques restent non remboursées. Elles avoisinent en moyenne 35 euros, là où le français moyen consacre 99 euros par mois à la santé en général (consultations non remboursées, médicaments, soins dentaires etc) (121). Cette difficulté freine considérablement les MG à s'appuyer sur les diététiciens pour leurs patients obèses ayant de faibles revenus (85).
D'autres études vont à l'encontre de cette idée en expliquant qu'environ 1 médecin sur 2 sollicite un diététicien dans sa pratique courante en obésité, mais n'explorent pas le maintien onéreux de cette prise en charge dans le temps (77).

De la même façon, certaines spécificités socioculturelles sont d'authentiques facteurs précipitants à l'obésité :

- Certaines cultures favorisent les comportements alimentaires hypercaloriques et déséquilibrés et réinterprètent l'obésité comme un critère d'opulence (74,83,87,92).
- Le caractère nourrissant et donc calorique est socialement plus valorisé que l'aspect sain dans les classes populaires (122).
- L'environnement familial peut parfois entrer en contradiction avec les recommandations alimentaires dispensées (100).

Dans notre étude, les **difficultés socioculturelles** prévalent sur les limites financières du patient.
Cet écart semble aller à l'encontre des données de la littérature qui, elles, mettent plus volontiers l'aspect financier en avant (100,110).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

On pourrait expliquer cette divergence par notre question de recherche : le caractère jugé inéluctable de la précarité financière, même si des adaptations en termes de pratique médicale sont envisageables, a possiblement fait baisser son indice de priorité.

Le statut socioculturel modeste est en revanche susceptible d'être une base de travail : le médecin peut adapter son discours aux spécificités culturelles du patient, travailler sur les représentations sociales de l'obésité, discuter les habitudes familiales...
De plus, l'item « Limites financières du patient » a possiblement été sous représenté par le tirage aléatoire, puisque 4 des 5 médecins ayant déploré en réponse qualitative le manque d'un frein ont cité cet item.

À l'inverse, les faibles connaissances du patient en diététique ont été mises en retrait par les répondants (frein n°20).
S'il est un déterminant notable de l'obésité (74,92) on peut aussi penser qu'il représente un obstacle facilement identifiable et solvable pour le médecin.
Le frein est donc vu comme peu prioritaire au regard de sa facilité de résolution.
Il reste tout de même suffisamment significatif car le MG attend un effet positif rapide de par sa résolution.

Ainsi, cet environnement influence négativement la capacité du patient à identifier sa problématique. De plus, le conseil médical bouscule parfois ses représentations alimentaires et l'oriente sur des solutions qu'il ne peut financièrement pas envisager.
Cette multiplicité des écueils est vraisemblablement à l'origine du haut niveau de priorité accordé au profil socioculturel du patient et à l'aspect financier.

4. Outils et réseau

L'utilisation de ressources **humaines** comme **techniques** a été fortement mise en avant par les répondants : le manque de visibilité du réseau de soin autour du MG et la faible connaissance des outils à sa disposition ont été respectivement placés en 5e et 6e position.

a) Utilisation du réseau de soin

Alors que la majeure partie des MG identifie clairement la nécessité de travailler de façon pluridisciplinaire (85), et que les données actuelles plébiscitent fortement ce mode d'exercice (56,82), l'utilisation du réseau de soin reste limité (93,112).

Comme expliqué en introduction, l'offre de soin spécialisée en région AURA est riche, même s'il existe des disparités entre les anciennes régions Rhône-Alpes et Auvergne.
De plus, de nombreux outils, pour la plupart informatiques, ont été développés ces dernières années pour faciliter la prise en charge de l'obésité par le MG.

La littérature met parfois en avant un manque d'offre de soin, ce que la région AURA ne semble pas connaitre (100) mais surtout un manque criant de **visibilité** (82) (74) (78).
Ce manque de visibilité concerne tous les types de correspondants (hospitaliers, uni ou pluridisciplinaires, privés ou publiques) et à tous les sujets : existence, fonctionnement, utilité, objectifs etc (79).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Deux réseaux semblent en revanche parvenir à entretenir une coopération étroite avec les MG libéraux :

- Le réseau ASALEE. En cours d'intensification, il est déjà très développé sur le territoire français puisqu'il compte près de 1400 IDE, en collaboration avec 3000 médecins (68).
-
- Le réseau RePPOP, réseau érigé en 2023 et dont l'action se concentre sur l'obésité infantile. Il permet d'organiser un parcours de soin coordonné autour de l'enfant et sa famille, s'articulant sur la pluridisciplinarité et proposant aux professionnels de santé des formations complémentaires et des outils centrés sur la prise en charge de l'obésité infantile.

Cette visibilité est aussi confirmée par nos résultats secondaires au sujet des formations complémentaires puisque 68,9% des formations suivies par les répondants sont dispensées par le réseau RePPOP (n=42), et 11,2% par le réseau ASALEE (n=7). De plus 74,1% des collaborateurs signalés par les répondants sont un(e) IDE ASALEE (n=83).

Nous avons pu nous entretenir téléphoniquement avec le Dr CALAGNE, médecin coordonnateur du réseau RePPOP-Lyrra (RePPOP dans le Rhône) qui a pu nous éclaircir les points pouvant expliquer cette coopération MG-réseau fructueuse :

- La stratégie de communication auprès des MG vise à multiplier les canaux d'information et les cibles au maximum : courriers envoyés chaque année aux nouveaux MG installés, formation annuelle auprès des internes de médecine générale via leur syndicat (Syrel-IMG), diffusion d'informations via l'URPS ou encore les relais proposés par la CPAM, participation aux projets municipaux sensibilisant à l'obésité infantile, tentative de communication auprès des médecins traitants de chaque patient intégrant le réseau sans l'avoir sollicité au préalable (initiative d'un spécialiste, de la famille etc)...

- Le réseau RePPOP tente tant que faire se peut de limiter le temps administratif à la charge du médecin traitant en assurant une coordination des soins en interne et en regroupant les communications interprofessionnelles au sein d'une seule messagerie sécurisée de santé. Le réseau soulage le MG notamment sur le plan temporel tout en s'efforçant de soigner l'inclusion de celui-ci dans la prise en charge pluridisciplinaire.

- Les formations proposées par le réseau sont aussi très visibles. Elles relèvent du DPC et bénéficient d'un financement rarement à la charge du MG. Elles sont régulières (8 par an environ) et pluriprofessionnelles afin d'encourager le partage des connaissances. L'entretien motivationnel occupe une grande place (environ 50% du contenu) dans le corpus thématique des formations proposées aux MG. Elles se destinent parfois à la population médicale réunie autour d'une CPTS, favorisant la participation par effet d'entraînement mutuel en groupe.

- Lors des formations, des outils spécifiquement pensés pour la pratique clinique quotidienne sont communiqués aux MG participants. Dans un esprit de centralisation des ressources, la plateforme Banco, soutenue par l'APPOP, a vu le jour en 2022. Elle

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

réunit les informations, ressources, outils et contacts à destination des professionnels de santé engagés dans la lutte contre l'obésité. Cette centralisation, déjà esquissée partiellement par le site www.obesiclic.com, répond directement aux difficultés qu'ont les MG à trouver facilement des outils en ligne.

Ces méthodes de travail répondent directement aux réticences des MG à l'utilisation des réseaux formels : charge administrative, coût de formation, crainte d'être shunté de la prise en charge... (84)
Cependant, les réseaux ASALEE et RePPOP concernent respectivement le patient obèse en situation de pré-diabète ou diabétique et l'enfant obèse. Ceci a notamment été déploré par un des répondants de notre étude : « il existe un réseau RePPOP pour les enfants mais malheureusement rien de similaire chez l'adulte. ». Même si certaines équipes ASALEE étendent ou comptent étendre leur champ d'action à l'obésité isolée (équipe ASALEE de Rouen par exemple), le patient adulte obèse sans comorbidités ne peut en bénéficier pleinement.

Ceci est tout de même à pondérer avec le fait que les réseaux ASALEE et RePPOP bénéficient d'un financement intégral par la CPAM et les ARS, là où certains organismes financent leurs projets sur la base d'un fond privé.

En revanche, ces deux réseaux partagent des schémas de communication qui semblent effectifs, et dont les réseaux de soin autour du patient obèse adulte sans comorbidité pourraient s'inspirer.

Le manque de visibilité des réseaux de soins s'additionne avec la difficulté pour le MG d'y faire accéder son patient (frein n°9).
Le manque de coordination entre le MG et ces réseaux a aussi été déploré (frein n°15) mais dans une moindre mesure. Ces écueils répondent à un manque de codification claire pour le MG quant aux conditions de participation à ces dispositifs et à une communication de la part de ces réseaux jugée insuffisante, notamment dans la filière bariatrique (123). Ces obstacles sont aussi amplifiés par l'éloignement géographique entre le patient et les réseaux à disposition. (124).

b) Outils

L'utilisation d'outils de prise en charge a montré son efficacité dans le traitement des maladies chroniques et de l'obésité (125)
On retrouve une documentation variée tant en termes de contenu que de support : carnet alimentaire, fiches-conseils, fiches d'auto-évaluation alimentaire, régimes pré-établis, applications smartphone, carnets d'adresse etc.

Malgré ce panel riche, les MG estiment ne pas avoir les outils nécessaires pour mener leur prise en charge (94,97). Si certains déplorent un réel manque, la plupart dit surtout ne pas connaître et ne pas savoir où trouver ces outils (74,81,93).

Certains outils sont actuellement disponibles pour le MG, notamment via les sites de www.obesiclic.com ou encore mangerbouger.fr. Ces ressources en ligne assurent un regroupement pertinent de sources d'information et d'outils à la prise en charge.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Cet obstacle à l'accessibilité aux outils de prise en charge peut trouver sa source dans plusieurs constats :

- Les outils dispensés sont souvent jugés comme d'utilisation longue et fastidieuse et donc délaissés (78). Les outils les plus simples et pratiques sont souvent demandés par les MG mais peu semblent se dégager. L'idée d'un outil interactif a été avancée : ce dernier pourrait permettre d'une part au MG de dispenser des informations et d'autre part au patient de renseigner certaines informations cruciales (journal alimentaire, temps de sédentarité/activité physique etc), le tout sur la même plateforme. Cette piste mériterait sans doute d'être développée (74).

- Les sources de distribution des outils sont peu connues par les MG, qui expriment une certaine méfiance vis-à-vis de recommandations dont ils questionnent la pertinence (83).

À titre indicatif, si l'accessibilité des outils de prise en charge est donc mise en avant, il semblerait que la praticité à l'utilisation de ces outils pose aussi question (78). La conséquence directe est la sous-utilisation : l'étude du Dr CANNELLE retrouvait qu'environ un MG sur trois utilisait un carnet alimentaire à remplir, ou encore que seuls 28% des MG interrogés utilisaient les guides PNNS alors que la grande majorité les connaissaient (94).

Nous n'avons pas exploré cette piste dans notre étude, ce qui aurait pu apporter des éclairages supplémentaires à la réponse à notre question de recherche.

5. Formations, connaissances, compétences

Le manque de compétences a été mis en avant, notamment au sujet de l'accompagnement motivationnel au changement (frein n°10).
Ce classement suppose que :

- Les MG répondants ont identifié une nouvelle fois le soutien motivationnel comme une approche de grande importance.
- Le manque de formation à l'EM est notable : même si les formations ASALEE et RePPOP abordent ce sujet, seuls 3% des formations suivies par les MG de notre échantillon étaient centrées sur l'EM. En considérant que les MG notre échantillon étaient, de fait, intéressés par la problématique de l'obésité en médecine générale, on peut imaginer que ce pourcentage est encore moindre dans la population source.

On observe dans la littérature que l'acquisition de compétences dans un domaine passe en effet par la connaissance théorique mais aussi par la capacité de mise en application (126). Cette capacité est directement fonction de l'habitude du praticien à employer la démarche de soin considérée. Les MG de la littérature décrivent effectivement un vrai manque d'habitude, intimement lié à un manque de temps pour mener un EM au cabinet.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Les données issues de nos tests du χ^2 décrivent que les répondants avec un IMC >25 éprouvaient moins de difficultés face au soutien motivationnel. L'étude du Dr ATTALIN avançait par ailleurs que les MG en surpoids/obèses incluaient plus l'approche psycho-comportementale que leurs homologues avec un IMC<25 (97). Ces données suggèrent que la connaissance des enjeux psycho-comportementaux en obésité par l'expérience personnelle est un élément facilitateur de l'utilisation de l'EM. Le MG, par habitude de le pratiquer, éprouve alors moins de difficultés à employer cette approche.

Le manque de compétence au soutien dans l'activité physique adaptée a été classé moyennement prioritaire (frein n°16).
Ceci peut s'expliquer par le fait que la majorité des MG identifient le rééquilibrage alimentaire comme plus important que la prise en charge de la sédentarité.

Le manque de connaissances théoriques, au sujet de la nutrition, a été classé en retrait (frein n°22). Ce classement semble aller à l'encontre de certaines données d'une étude de 2005, qui suggère que parmi les MG souhaitant des formations complémentaires en obésité, près de 50% d'entre eux citent la prescription diététique (Cannelle 21). Cette différence peut trouver son explication dans la relative ancienneté de cette étude, à l'époque où l'enseignement nutritionnel demeurait encore confidentiel.
On peut en revanche expliquer notre résultat par le fait que le rééquilibrage alimentaire renvoie à des notions relativement simples. De plus, les connaissances en nutrition sont probablement acquises dans l'enseignement du deuxième cycle des études médicales, puisqu'elles font l'objet d'un enseignement commun avec l'endocrinologie.

6. Freins moins prioritaires

Les difficultés en d'approche centrée patient ont été évaluées comme peu prioritaires (frein n°17, frein n°18, frein n°26). La gestion de la complexité médicale (intrication des pathologies connexes), logistique (transport et déplacements du patient obèse) et matérielle semble moins impacter les médecins.
L'approche de l'obésité au cabinet ne semble que peu freinée par l'aspect pluri-pathologique du patient obèse ; la littérature suggère même que les comorbidités sont un point d'entrée opportun dans l'abord du sujet par le médecin (101,127).
Les difficultés de transport mériteraient d'être étudiées en tenant compte des disparités de densité de soin entre les anciennes régions Rhône-Alpes et Auvergne, afin de chercher une corrélation.

Le manque de confiance en soi a été évalué comme secondaire (frein n°24). Les données de tests du χ^2 suggèrent que les MG en zone urbaine et les MG femmes sont plus impactés par cet obstacle. Ceci s'explique tout d'abord par une féminisation de la profession plus importante en zone urbaine (128), et par une remise en question de soi plus grande chez les médecins femmes que chez les médecins hommes (129).

La place du MG en matière d'obésité est univoque de son propre point de vue comme de celui du patient (71,72).
Le manque d'intérêt personnel (frein n°28) ou une impression d'illégitimité de l'obésité en médecine générale (frein n°29), ces phénomènes restent marginaux. Il faut néanmoins

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

tempérer ces classements avec un possible **biais de désirabilité sociale :** il est possible que certains répondants aient volontairement ou inconsciemment sous-évalué ces freins, afin de ne pas paraître comme « détaché(e) » ou « peu investi(e) ».

C. Perspectives

1. Pistes d'améliorations

a) Compétences en EM et en ETP en médecine générale

Au regard des résultats, il existe une grande priorité à démocratiser l'EM et l'ETP au cabinet du MG. Les médecins expriment d'ailleurs un manque de compétences à ce sujet et peu s'y aventurent. La mise en application de l'EM au cabinet devrait permettre d'améliorer de nombreux freins de manière simultanée :

- Le soutien de la motivation du patient se verrait renforcé.
- L'efficacité du MG devrait être impactée positivement, baissant ainsi le sentiment de découragement.
- L'exploration des stades de Prochaska et Diclemente par le MG devrait permettre à ce dernier de mieux appréhender la position de déni du patient.
- Le développement de la communication motivationnelle pourrait donner confiance au MG en sa capacité à entreprendre la prise en charge et sa position de légitimité pour aborder le sujet de l'obésité.

Le développement de l'ETP et de l'entretien motivationnel par le biais de formations dédiées pourrait être bénéfique aux MG, et ce dès le 3ème cycle des études médicales. Qui plus est, ces connaissances pourraient être réinvesties par le praticien pour toutes les maladies chroniques rencontrées au cabinet.

Ce transfert des connaissances du MG au patient participerait à la redéfinition de ce dernier comme acteur de sa propre santé, dans une optique globale d'*empowerment*.
Le patient aurait alors l'occasion réinvestir ces compétences dans le cercle des associations de patients ou groupes de parole.

b) Développement et redéfinition de l'exercice pluridisciplinaire

L'encouragement à l'exercice pluridisciplinaire est un enjeu majeur dans la prise en charge de l'obésité. Les professionnels-relais sont trop peu visibles aux yeux des MG.
Favoriser et démocratiser la pluridisciplinarité permettrait de :

- Obtenir un gain d'efficacité dans la prise en charge du patient obèse
- Dégager du temps médical pour le MG
- Encourager le transfert de connaissances et d'outils de la part des réseaux spécialisés à destination et favoriser les échanges de bonnes pratiques
- Délester les MG du sentiment d'échec individuel.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

L'accent doit être mis sur la communication entre ces professionnels et le MG, ainsi que dans la diffusion des outils d'aide à la prise en charge. Cet effort pourrait s'inspirer des méthodes de communications déjà employées par le réseau RePPOP, réseau centré sur l'enfant.

Une plateforme en ligne de référencement plus exhaustive des professionnels à proximité devrait aussi être envisagée.

Le développement de la téléconsultation chez les collaborateurs (IDE ASALEE, diététicien(ne)...) pourrait éventuellement pallier aux disparités de maillage de soin au sein de la région AURA.

c) Refonte du système de rémunération du soin en obésité

Sur le plan financier, des ajustements pourraient être entrepris sur la base de plusieurs objectifs :

- Gommer les inégalités sociales au sein de la population face à l'obésité.
- Valoriser le travail du MG et susciter un regain d'intérêt vis-à-vis de la prise en charge de l'obésité au cabinet.
- Permettre aux MG de consacrer un temps supplémentaire à la part obèse de leur patientèle, propice à l'usage de l'EM au cabinet.

Une cotation spécifique pour la consultation obésité ou encore une valorisation des résultats obtenus dans le volet des ROSP pourraient être des pistes à envisager (110). Cette cotation spécifique, dans l'esprit de l'échelle Hamilton pour l'évaluation de la dépression (cotation CCAM : ALQP006), pourrait aussi être le vecteur d'un outil d'évaluation réglementé (échelle, score etc).

Travailler en collaboration devrait aussi être encouragé financièrement sur la base d'une formalisation des échanges interprofessionnels via une messagerie sécurisée, comme cela est déjà le cas dans le cadre de la téléexpertise en médecine générale (cotations NGAP : TE2 et RQD).

Un financement par l'État des métiers complémentaires (80), notamment dans les MSP, encouragerait aussi une certaine pluridisciplinarité, dont nous avons déjà discuté l'importance capitale. L'accès aux soins spécialisés complémentaires serait impacté positivement pour le patient à faibles revenus, puisque le soin conventionné serait mis en avant. Il serait alors intéressant, à l'échelle gouvernementale, d'évaluer la balance entre les dépenses engagées dans ce dispositif et les économies réalisées par réduction des pathologies connexes (diabète, évènements cardiovasculaires...).

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

2. Travaux complémentaires

Différents axes de travail complémentaires à notre étude se dégagent.

a) Faisabilité

La nature même de nos données vient d'une base déclarative. Elles sont essentiellement basées sur un ressenti, une expérience.

Il pourrait donc être intéressant de confronter ces données avec celles issues d'une étude de faisabilité : Les solutions que nous avons proposées sont-elles économiquement, administrativement et socialement envisageables ? Il serait ainsi possible de réajuster la priorité des freins à certaines réalité du « terrain ».

b) Vision des patients

Notre étude s'est concentrée sur la vision de la prise en charge de l'obésité chez le MG. Comparer nos résultats avec ceux d'une étude similaire traitant des difficultés éprouvées par les patients obèses pourrait avoir un intérêt. L'indice de priorité de chaque frein pourrait ainsi être réindexé en prenant en compte les deux composantes (médecin et patient) et gagner en justesse.

De plus, l'éventuelle confrontation des ressentis bilatéraux au sujet d'un même frein pourrait être très informatif.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

V. Conclusion

L'obésité concerne 17 % des Français. Ses complications exposent à une augmentation de la mortalité.

Les médecins généralistes éprouvent de nombreuses difficultés pour prendre en charge l'obésité au cabinet. Chaque difficulté revêt un degré variable de priorité ressentie par le médecin en matière d'importance de résolution.

Nous avons réalisé une revue de la littérature narrative, qui nous a permis d'identifier 29 freins rencontrés par les médecins généralistes.

Nous avons mené une étude quantitative auprès de 241 médecins généralistes libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes, par la diffusion d'un questionnaire en ligne proposant des questions comparatives. Nous avons analysé les résultats en appliquant la méthode de comparaison par paires appliquée via le modèle de Bradley-Terry.

Cette étude a permis d'établir une hiérarchie des freins à la prise en charge, classés selon l'indice de priorité estimé par les médecins répondants.

La confrontation de ces résultats avec la littérature existante a fait office de base interprétative.

Un manque d'efficacité dans la prise en charge, en parallèle avec de réelles difficultés à soutenir la motivation au changement du patient ont été mis en avant. La problématique du manque de temps, potentialisée par des entraves à l'exercice pluridisciplinaire, a été fortement évoquée. La prise en charge au cabinet est défavorablement influencée par la précarité socio-culturelle du patient, ce d'autant que l'offre de soin spécialisée non remboursée est peu accessible pour les patients en difficulté économique. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient et surtout de l'entretien motivationnel par les MG semblent être des pistes à privilégier. L'encouragement à la collaboration interprofessionnelle pourrait avoir plusieurs impacts positifs simultanés : créer du temps médical pour le médecin généraliste, densifier le suivi du patient ou encore favoriser l'échange de compétences entre les praticiens.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Bibliographie

1. OMS. Obésité et surpoids [Internet]. 2020 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. De Saint Paul T. Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? : Histoires, intérêts et limites de l'Indice de masse corporelle. 2008;23.
3. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011 sept.
4. Belgian Association for the Study. Le consensus du BASO. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids. 2002.
5. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. Diabet Med J Br Diabet Assoc. mai 2006;23(5):469-80.
6. Schlienger JL. Du gras prestigieux au gras honteux : histoire médicale de l'obésité. Médecine Mal Métaboliques. 1 oct 2015;9(6):625-31.
7. Masson E. Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde.
8. Zobel EH, Hansen TW, Rossing P, von Scholten BJ. Global Changes in Food Supply and the Obesity Epidemic. Curr Obes Rep. déc 2016;5(4):449-55.
9. Darbre PD. Endocrine Disruptors and Obesity. Curr Obes Rep. mars 2017;6(1):18-27.
10. Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system: Ultra-processed products: global dominance. Obes Rev. 2013;14:21-8.
11. WHO. Accelerating action to stop obesity. 2022.
12. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. Lancet Lond Engl. 2 avr 2016;387(10026):1377-96.
13. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2022. 2022 mars p. 289.
14. Vats MG, Mahboub BH, Al Hariri H, Al Zaabi A, Vats D. Obesity and Sleep-Related Breathing Disorders in Middle East and UAE. Can Respir J. 1 déc 2016;2016:e9673054.
15. Prentice AM. The emerging epidemic of obesity in developing countries. Int J Epidemiol. févr 2006;35(1):93-9.
16. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh NM, Acosta-Cazares B, Acuin C, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. The Lancet. 16 déc 2017;390(10113):2627-42.
17. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité - Etude Obépi-Roche. 2020.
18. Barry VW, Baruth M, Beets MW, Durstine JL, Liu J, Blair SN. Fitness vs. fatness on all-cause mortality: a meta-analysis. Prog Cardiovasc Dis. févr 2014;56(4):382-90.
19. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2 janv 2013;309(1):71-82.
20. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L, et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. Ann Intern Med. 7 janv 2003;138(1):24-32.
21. Lennon H, Sperrin M, Badrick E, Renehan AG. The Obesity Paradox in Cancer: a Review. Curr Oncol Rep. sept 2016;18(9):56.
22. Niedziela J, Hudzik B, Niedziela N, Gąsior M, Gierlotka M, Wasilewski J, et al. The obesity paradox in acute coronary syndrome: a meta-analysis. Eur J Epidemiol. nov

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

23. Schulte H, Cullen P, Assmann G. Obesity, mortality and cardiovascular disease in the Münster Heart Study (PROCAM). Atherosclerosis. mai 1999;144(1):199-209.
24. Sowers JR. Obesity and cardiovascular disease. Clin Chem. 1 août 1998;44(8):1821-5.
25. Maggio CA, Pi-Sunyer FX. Obesity and type 2 diabetes. Endocrinol Metab Clin North Am. déc 2003;32(4):805-22, viii.
26. Isomaa B, Almgren P, Tuomi T, Forsén B, Lahti K, Nissén M, et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. Diabetes Care. avr 2001;24(4):683-9.
27. Shariq OA, McKenzie TJ. Obesity-related hypertension: a review of pathophysiology, management, and the role of metabolic surgery. Gland Surg. févr 2020;9(1):80-93.
28. Franssen R, Monajemi H, Stroes ESG, Kastelein JJP. Obesity and dyslipidemia. Med Clin North Am. sept 2011;95(5):893-902.
29. Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. Circulation. mai 1983;67(5):968-77.
30. Stephenson GD, Rose DP. Breast cancer and obesity: an update. Nutr Cancer. 2003;45(1):1-16.
31. IARC. Weight Control and Physical Activity.
32. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. Nat Rev Cancer. août 2004;4(8):579-91.
33. Masson E. EM-Consulte. CO.81 - L'obésité abdominale est-elle un facteur de risque indépendant de complications du reflux gastro-œsophagien ? Résultats d'une étude en médecine générale.
34. Lithiase biliaire (calculs biliaires) | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive.
35. Fuller-Thomson E, Howden KEN, Fuller-Thomson LR, Agbeyaka S. A Strong Graded Relationship between Level of Obesity and COPD: Findings from a National Population-Based Study of Lifelong Nonsmokers. J Obes. 20 nov 2018;2018:e6149263.
36. Bai L, Zhou JB, Zhou T, Newson RB, Cardoso MA. Incident gout and weight change patterns: a retrospective cohort study of US adults. Arthritis Res Ther. 2 mars 2021;23(1):69.
37. Martinez JA, Navas-Carretero S, Saris WHM, Astrup A. Personalized weight loss strategies-the role of macronutrient distribution. Nat Rev Endocrinol. déc 2014;10(12):749-60.
38. INCA 3 : Evolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition. Anses - Agence Natl Sécurité Sanit L'alimentation L'environnement Trav. 2017;
39. Nutri-Score [Internet]. [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/articles/nutri-score
40. Masson E. EM-Consulte. La dépense énergétique : mode d'emploi.
41. Rhodes RE, Mark RS, Temmel CP. Adult Sedentary Behavior: A Systematic Review. Am J Prev Med. 1 mars 2012;42(3):e3-28.
42. Pigeyre M, Yazdi FT, Kaur Y, Meyre D. Recent progress in genetics, epigenetics and metagenomics unveils the pathophysiology of human obesity. Clin Sci Lond Engl 1979. 1 juin 2016;130(12):943-86.
43. Singh RK, Kumar P, Mahalingam K. Molecular genetics of human obesity: A comprehensive review. C R Biol. févr 2017;340(2):87-108.
44. Poitou C. Obésités génétiques : diagnostic et prise en charge en 2019. 2018;
45. Bouchard C. Genetics of Obesity: What We Have Learned Over Decades of Research. Obesity. mai 2021;29(5):802-20.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

46. Al Khatib HK, Harding SV, Darzi J, Pot GK. The effects of partial sleep deprivation on energy balance: a systematic review and meta-analysis. Eur J Clin Nutr. mai 2017;71(5):614-24.
47. Magee L, Hale L. Longitudinal associations between sleep duration and subsequent weight gain: a systematic review. Sleep Med Rev. juin 2012;16(3):231-41.
48. Shlisky JD, Hartman TJ, Kris-Etherton PM, Rogers CJ, Sharkey NA, Nickols- Richardson SM. Partial sleep deprivation and energy balance in adults: an emerging issue for consideration by dietetics practitioners. J Acad Nutr Diet. nov 2012;112(11):1785-97.
49. Hewagalamulage SD, Lee TK, Clarke IJ, Henry BA. Stress, cortisol, and obesity: a role for cortisol responsiveness in identifying individuals prone to obesity. 2016;
50. Torres-Fuentes C, Schellekens H, Dinan TG, Cryan JF. The microbiota-gut-brain axis in obesity. Lancet Gastroenterol Hepatol. oct 2017;2(10):747-56.
51. Hasler G, Pine DS, Gamma A, Milos G, Ajdacic V, Eich D, et al. The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study. Psychol Med. août 2004;34(6):1047-57.
52. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. J Psychosom Res. oct 2002;53(4):935-42.
53. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge.
54. Feuillet T, Valette JF, Charreire H, Kesse-Guyot E, Julia C, Vernez-Moudon A, et al. Influence of the urban context on the relationship between neighbourhood deprivation and obesity. Soc Sci Med. 1 nov 2020;265:113537.
55. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes. juin 1992;16(6):397-415.
56. Dériot M. La prévention et la prise en charge de l'obésité. 2005.
57. Weltgesundheitsorganisation, FAO, éditeurs. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a WHO-FAO Expert Consultation ; [Joint WHO-FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases, 2002, Geneva, Switzerland]. Geneva: World Health Organization; 2003. 149 p. (WHO technical report series).
58. Fanti M, Mishra A, Longo VD, Brandhorst S. Time-Restricted Eating, Intermittent Fasting, and Fasting-Mimicking Diets in Weight Loss. Curr Obes Rep. juin 2021;10(2):70-80. 59. OMS. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'oeil. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020.
60. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016). :59.
61. Haute Autorité de Santé [Internet]. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé.
62. Revue Medicale Suisse [Internet]. Prise en charge psychologique de l'obésité : au-delà de la thérapie cognitivo-comportementale.
63. Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. Patient Educ Couns. juin 2010;79(3):283-6.
64. Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GPs' views of treating obesity. Br J Gen Pract. 1 oct 2005;55(519):750-4.
65. ALAM SOLTY C. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel. Université de Caen; 2013.
66. Association Française de FMC en Hépato-Gastro-Entérologie. Chirurgie bariatrique : quel patient opérer ? 2010 nov.
67. VIDAL [Internet]. Alli et Xenical dangereux pour le foie ?
68. Les centres spécialisés d'obésité - Ministère de la Santé et de la Prévention.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

69. ASALEE (Action de santé libérale en équipe). Place des infirmier(e)s Asalee dans la prise en charge du patient en obésité. CHU de Rouen; p. 22.
70. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 Evaluation médico- économique de l'expérimentation ASALEE.
71. DREES. Démographie des professionnels de santé. 2021.
72. Contiero-Yvars A. Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste: étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault. 2018.
73. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux JC, Lussault PY, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité. Presse Médicale. 18 juin 2005;34(11):769-75.
74. Cannelle A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité : état des lieux en 2009 en Maine -et-Loire, Mayenne et Sarthe [Thèse d'exercice en médecine génétale]. Université d'Angers; 2010.
75. Ayraud L. Compréhension des modalités de prise en charge de l'obésité et du surpoids en consultation de médecine générale dans les quartiers précaires de la ville de Montpellier. Projet de Formation à l'Éducation Thérapeutique sur l'Obésité en Milieu Précaire (FETOMP). 2020.
76. LUCAS J. Attentes et freins des patients en surpoids et en obésité sur la prise en charge de leur médecin généraliste, dans le Morbihan. [Thèse d'exercice en médecine génétale]. Université de Rennes; 2017.
77. Carrard I, Reiner M, Haenni C, Anzules C, Muller-Pinget S, Golay A. Approche psychopédagogique et art-thérapeutique de l'obésité. EMC - Endocrinol - Nutr. juill 2012;9(3):1-9.
78. Avode Z. La prise en charge de l'obésité: attitudes et pratiques des médecins généralistes en Haute-Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.
79. Chamant C. Evaluation de l'acceptabilité du french obesity staging system par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2018.
80. Bergamini É. Difficultés des médecins généralistes face au surpoids et à l'obésité: État des lieux des outils utilisés en pratique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité, à travers une étude qualitative bas-rhinoise [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2019. 81. Fayemendy PJM. La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne : difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration [Thèse d'exercice]. Université de Limoges; 2012.
82. Hervé E. Représentations et attitudes de Médecins Généralistes Franc-Comtois dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Franche-Comté; 2018.
83. Ali L. Les ressentis et pratiques des médecins généralistes de la Somme dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en médecine générale. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Université d'Amiens; 2015.
84. Caillault H. Ressenti des médecins généralistes sur leur prise en charge des patients obèses et sur l'intérêt potentiel des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le domaine : une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du Nord [Thèse d'exercice en médecine générale]. [Lille]: Faculté de Médecin Université Lille 2; 2015.
85. Cormanschi I. Caractéristiques et utilité des réseaux de santé, pour la prise en charge des patients adultes en surpoids ou obèses, par le médecin généraliste : Enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes de la région Champagne-Ardenne. [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Reims; 2016.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

86. Cagny A. Prise en charge diététique des patients en surpoids et obèses: étude des pratiques des médecins généralistes picards en 2018 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.
87. Julien L, Garcia-Teil M. Obésiclic: site internet d'aide au diagnostic et à la prise en charge des patients adultes obèses en Médecine Générale.
88. Deboevere N. Obésité morbide: enquête transversale régionale : gestion des patients en pratique de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
89. Duret O. Difficultés d'abord de l'obésité en consultation de médecine générale. Etude qualitative transversale réalisée en Franche-Comté [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Franche-Comté; 2013.
90. Bernaudeau M. Connaissances et pratiques de prescription d'activité physique adaptée de médecins généralistes du sud de La Réunion, notamment dans le cadre de l'obésité des adultes [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Poitiers; 2021.
91. Gruaz D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes; 2004.
92. Hernandez-Bridier M. Obésité de l'adulte: pratiques et attentes de médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge en Picardie en 2015 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
93. Kerhoas Z. Obésité de l'adulte: opinions, attitudes et propositions des médecins généralistes, une étude qualitative par focus groups [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2018.
94. Amour R. Analyse de la prise en charge de l'obésité de l'adulte par les médecins généralistes de Gironde [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2017. 95. Cannelle A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité : Etat des lieux en 2009 en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe [Thèse d'exercice en médecine génétale]. Angers; 2010.
96. Joailles M. Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte dans le département de la Charente [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2004.
97. Rogeaux L. Surpoids et obésité de l'adulte: connaissances, opinions et pratiques des médecins généralistes du département du Tarn et Garonne.
98. Attalin V, Romain AJ, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: Attitudes and practices of GPs in a southern French city. Diabetes Metab. 1 juin 2012;38(3):243-9.
99. Luhern K. Limites à la prise en charge des adultes obèses en médecine générale : enquête auprès de médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques et pistes d'amélioration. 25 oct 2021;112.
100. Fontes deborah. Projet FETOMP : Analyse de consultation de médecine générale en QPV traitant du surpoids et de l'obésité. Faculté de Médecine de Strasbourg; 2020.
101. Megni C. Ressources des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez un.e patient.e adulte en situation de précarité [Thèse d'exercice en médecine générale]. Lyon 1; 2021.
102. Radaoui A. Etude qualitative du vécu et du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge ambulatoire de l'obésité dans les Pyrénées Orientales [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Montpellier; 2011.
103. Thurstone LL. A Law of Comparative Judgment. 1927.
104. Stern H. Are all linear paired comparison models empirically equivalent? Math Soc Sci. 1 févr 1992;23(1):103-17.
105. Berdoz D, Daeppen JB, Conus KM. «Combien de fois il faut que je vous dise...». Quelques pistes données par l'entretien motivationnel. Rev Med Suisse. 26 oct 2005;038:2453-6.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

106. ICSI. Prevention and Management of Obesity (Mature Adolescents and Adults). 2009;
107. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient (ETP).
108. BINART ECALE H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Faculté de Médecine de Bobigny; 2012.
109. Laurent A. Exploration des méthodes utilisées par les médecins généralistes lorrains pour motiver leurs patients à modifier leurs comportements [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Lorraine; 2018.
110. Alain M, Boussageon R, Girier P, Figon S. L'efficacité thérapeutique de " l'effet médecin " en soins primaires. Presse Médicale. 2006;35(6, Part1):967-73.
111. Lehr-Drylewicz AM. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible? exercer 2010;94:132-7.;
112. Deriot G. Rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité. Sénat; 2005.
113. Hoeser T. Prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte par le médecin généraliste et collaboration avec les réseaux de soins: évaluation des pratiques des médecins adhérents et non-adhérents à la Maison du Diabète et de la Nutrition de Lunéville [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2013.
114. ANSES. Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. 2020 p. 160.
115. Ministère du ravail, de l'Emploi et de la Santé. Plan obésité 2010-2013. p. 47. Report No.: S-11-046.
116. AFDEM. Variations sur un thème : l'entretien motivationnel et ses adaptations (I). 2007 nov.
117. Vuillot A. Abord du poids et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la Ville de Montpellier. Projet Formation et Éducation Thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux Précaires (FETOMP). 2020.
118. Le Dem H. La consultation diététique : déroulement et simulation. 2023.
119. ASALEE (Action de santé libérale en équipe). Asalée, l'éducation du patient, un enjeu de santé publique. 2017;7.
120. Cannasse S. Sésame, pour ouvrir l'accès aux soins en santé mentale. 2023;
121. Darmon, Briend. L'alimentation à deux vitesses [Internet]. Disponible sur: http://www.uprt.fr/mesimages/fichiers-uprt/al-alimentation/al-a-alimentation-2-vitesses-resume.pdf
122. Tous LFP. La finance pour tous. 2021. Budget familial : les dépenses contraintes représentent plus de 1 055 €.
123. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation: Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. Rev Fr Sociol. 16 déc 2009;Vol. 50(4):747-73.
124. Masurier-Château J. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge de l'obésité en Auverne. Université Clermont-Ferrand; 2011.
125. Dennetiere S. Prise en charge du patient obèse dans le Nord-Pas-de-Calais: Fonctionnement de la triangulation entre le patient, le médecin généraliste et le réseau Osean [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2010.
126. Laville M. Rapport Laville : mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France. 2023 p. 90. Report No.: 2023-001R.
127. Castillo O, Matta N, Ermine JL. De l'appropriation des connaissances vers l'acquisition des compétences. In: 2ème colloque C2EI : Modélisation et pilotage des systèmes de Connaissances et de Compétences dans les Entreprises Industrielles. Nancy, France; 2004. p. 1-8.
128. Mercer SW, Tessier S. A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. Health Bull (Edinb). juill 2001;59(4):248-53.

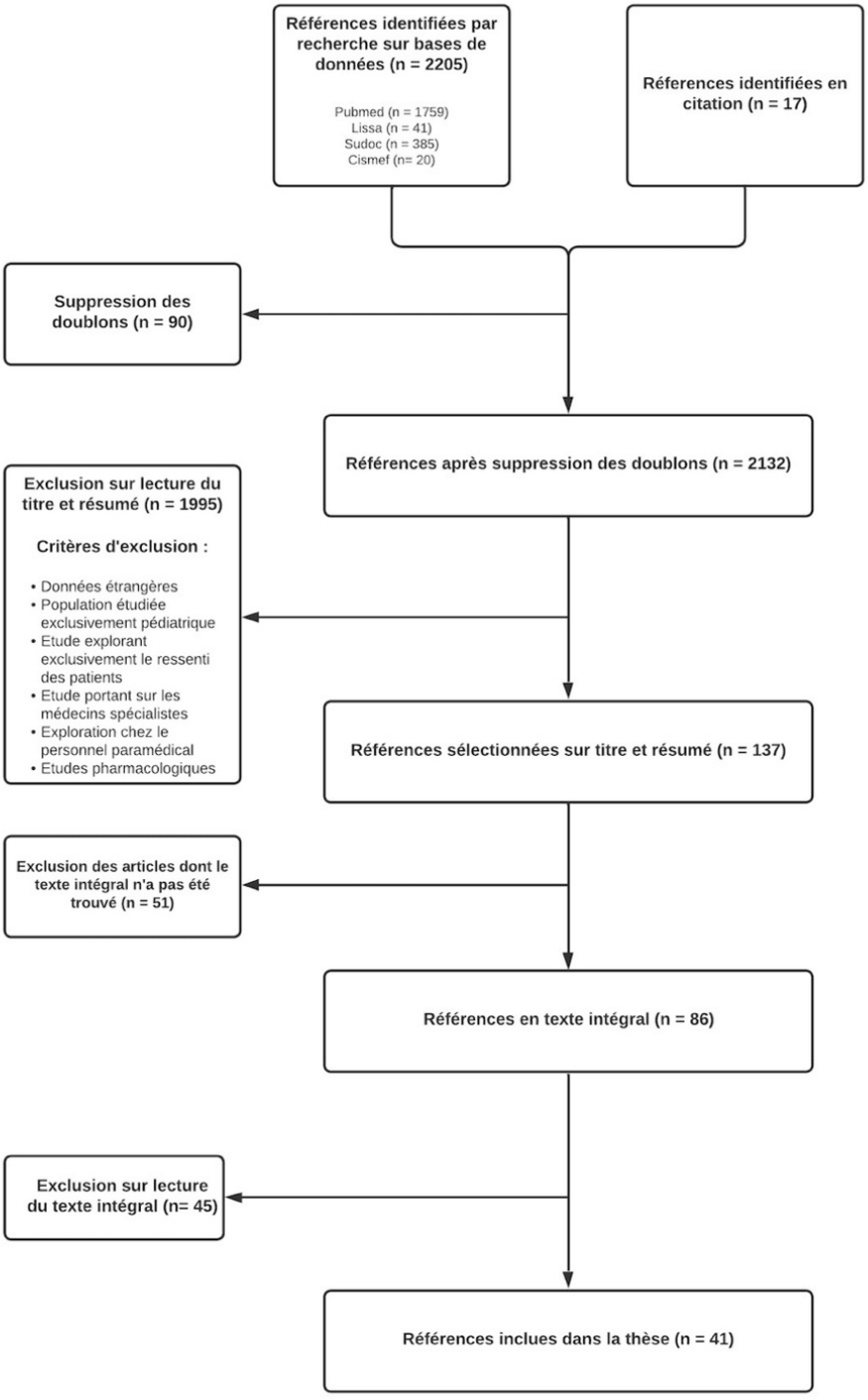
(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

129. AMRF. Le manque de médecins aux sources de la désertification. 2021 p. 21.
130. Salomon D. Destination Santé. 2021. Femmes médecins : quid de la discrimination ? - A la une.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Annexes

Annexe 1 : Diagramme de flux



(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Annexe 2 : Déroulement du questionnaire

a) Introduction explicative

Nous présentons en première page le thème général de notre étude et expliquons le principe de comparaison par paires et son intérêt. Nous avons ensuite ajouté un formulaire composé de plusieurs questions d'ordre général afin d'évaluer les caractéristiques de notre échantillon, tout en assurant un anonymat au répondant.

Ces questions portent sur plusieurs items au sujet du médecin :

- L'âge.
- Le sexe
- La date d'installation en cabinet de médecine générale
- Les formations complémentaires éventuellement effectuées par le passé ou en cours.
- La densité démographique de la commune d'exercice
- Les modalités d'exercice (cabinet seul, partagé, MSP...)
- Le statut pondéral (poids et taille). Cette question reste facultative et l'option « je ne souhaite pas répondre » a été proposée.

Un rappel a été fait au sujet du strict anonymat du répondant, qui sera respecté tout au long du questionnaire et pendant le traitement des données.

b) Questions comparatives

Les intitulés ont été rédigés sur la base commune suivante :

> Parmi ces 2 freins à la prise en charge de la surcharge pondérale, lequel vous semble plus important à résoudre ?

Les MG doit alors cliquer sur l'item de son choix, avant d'accéder à la question suivante.

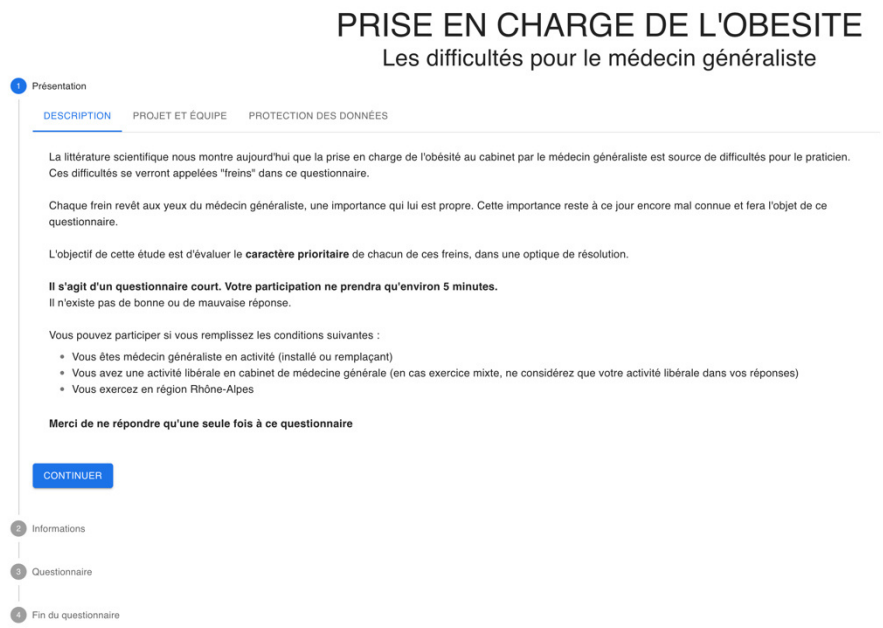
Concernant le frein « Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse », celui-ci n'a été proposé que si le répondant renseignait un IMC supérieur ou égal à 25.

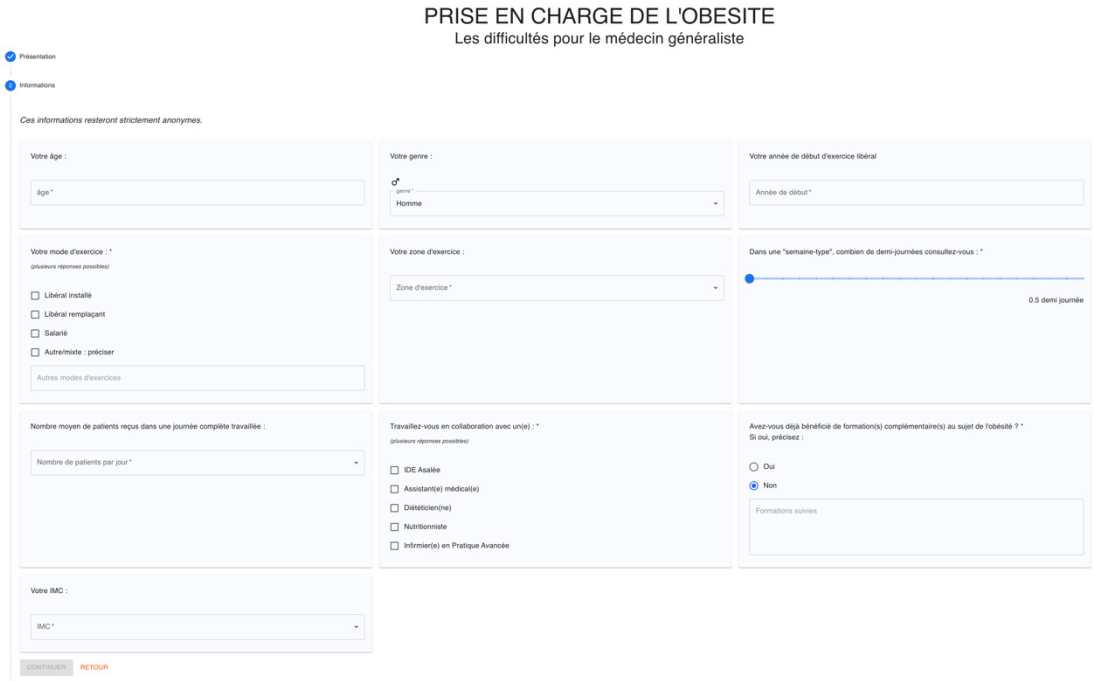
c) Sécurisation des sessions et données

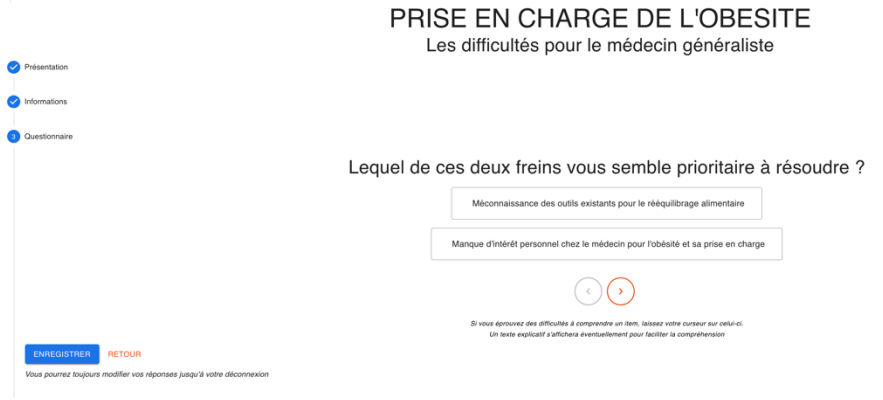
Les répondants ayant rencontré un problème technique et souhaitant se reconnecter pour terminer de répondre, ont eu la possibilité de reprendre le questionnaire là où ils avaient été interrompus. Chaque réponse enregistrée a été inclue dans une base de données commune, mais est restée reliable au répondant et à ses renseignements personnels indiqué dans le formulaire en première page.

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Annexe 3 : Exemples de pages du questionnaire en ligne







(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Annexe 4 : Tests du χ^2 selon le sexe et répartition normalisée selon le sexe

Out[14]:

		Grouped by info.sexe			
		F	M	P-Value	Test
n		1630	780		
Accepter que le patient soit dans une posture de déni ou de refus de prise en charge est difficile, n (%)	Non	1554 (95.3)	750 (96.2)	0.419	Chi-squared
	Oui	76 (4.7)	30 (3.8)		
Complexification de la prise en charge par les comorbidités autour de l'obésité, n (%)	Non	1566 (96.1)	757 (97.1)	0.277	Chi-squared
	Oui	64 (3.9)	23 (2.9)		
Complexité de la logistique autour de la personne obèse, n (%)	Non	1582 (97.1)	750 (96.2)	0.295	Chi-squared
	Oui	48 (2.9)	30 (3.8)		
Difficultés d'accessibilité aux autres professionnels, n (%)	Non	1577 (96.7)	745 (95.5)	0.162	Chi-squared
	Oui	53 (3.3)	35 (4.5)		
Difficultés de coordinations avec les autres professionnels, n (%)	Non	1571 (96.4)	747 (95.8)	0.536	Chi-squared
	Oui	59 (3.6)	33 (4.2)		
Difficultés pour le médecin d'aborder le sujet, n (%)	Non	1573 (96.5)	770 (98.7)	0.003	Chi-squared
	Oui	57 (3.5)	10 (1.3)		
Difficultés pour le médecin d'établir un suivi, n (%)	Non	1574 (96.6)	749 (96.0)	0.585	Chi-squared
	Oui	56 (3.4)	31 (4.0)		
Difficultés pour soutenir la motivation et le changement chez le patient, n (%)	Non	1550 (95.1)	736 (94.4)	0.507	Chi-squared
	Oui	80 (4.9)	44 (5.6)		
Environnement socioculturel défavorable du patient, n (%)	Non	1533 (94.0)	731 (93.7)	0.820	Chi-squared
	Oui	97 (6.0)	49 (6.3)		
Faibles connaissances des patients sur le plan diététique, n (%)	Non	1578 (96.8)	751 (96.3)	0.581	Chi-squared
	Oui	52 (3.2)	29 (3.7)		
Gestion difficile des attentes irréalistes des patients, n (%)	Non	1574 (96.6)	761 (97.6)	0.231	Chi-squared
	Oui	56 (3.4)	19 (2.4)		
Le médecin ne considère pas l'obésité comme du ressort de la médecine générale, n (%)	Non	1618 (99.3)	766 (98.2)	0.032	Chi-squared
	Oui	12 (0.7)	14 (1.8)		
Limites financières pour le patient, n (%)	Non	1557 (95.5)	749 (96.0)	0.644	Chi-squared
	Oui	73 (4.5)	31 (4.0)		
Manque d'intérêt personnel chez le médecin pour l'obésité et sa prise en charge, n (%)	Non	1616 (99.1)	763 (97.8)	0.012	Chi-squared
	Oui	14 (0.9)	17 (2.2)		
Manque de compétences en matière d'accompagnement au changement, n (%)	Non	1562 (95.8)	750 (96.2)	0.788	Chi-squared
	Oui	68 (4.2)	30 (3.8)		
Manque de compétences pour l'accompagnement du patient dans l'Activité physique, n (%)	Non	1566 (96.1)	754 (96.7)	0.546	Chi-squared
	Oui	64 (3.9)	26 (3.3)		
Manque de confiance pour se lancer dans la prise en charge, n (%)	Non	1587 (97.4)	760 (97.4)	1.000	Chi-squared
	Oui	43 (2.6)	20 (2.6)		
Manque de connaissances théoriques sur la nutrition, n (%)	Non	1575 (96.6)	759 (97.3)	0.440	Chi-squared
	Oui	55 (3.4)	21 (2.7)		
Manque de temps médical dédié à la prise en charge, n (%)	Non	1559 (95.6)	730 (93.6)	0.039	Chi-squared
	Oui	71 (4.4)	50 (6.4)		
Manque de visibilité du réseau de soins à proximité pour le médecin, n (%)	Non	1550 (95.1)	747 (95.8)	0.527	Chi-squared
	Oui	80 (4.9)	33 (4.2)		
Matériel médical inadapté au patient obèse, n (%)	Non	1603 (98.3)	769 (98.6)	0.780	Chi-squared
	Oui	27 (1.7)	11 (1.4)		
Méconnaissance des outils existants pour le rééquilibrage alimentaire, n (%)	Non	1559 (95.6)	746 (95.6)	1.000	Chi-squared
	Oui	71 (4.4)	34 (4.4)		
Méconnaissance par le patient de la place du MG dans la prise en charge, n (%)	Non	1579 (96.9)	759 (97.3)	0.645	Chi-squared
	Oui	51 (3.1)	21 (2.7)		
Préjugé(s) négatif(s) chez le médecin sur la personne obèse, n (%)	Non	1605 (98.5)	763 (97.8)	0.334	Chi-squared
	Oui	25 (1.5)	17 (2.2)		
Rémunération insuffisante et inadaptée de la consultation dédiée, n (%)	Non	1568 (96.2)	750 (96.2)	1.000	Chi-squared
	Oui	62 (3.8)	30 (3.8)		
Sentiment chez le médecin d'inefficacité de la prise en charge proposée, n (%)	Non	1550 (95.1)	736 (94.4)	0.507	Chi-squared
	Oui	80 (4.9)	44 (5.6)		
Sentiment chez le médecin qu'il n'existe que peu de possibilités thérapeutiques efficaces, n (%)	Non	1571 (96.4)	758 (97.2)	0.369	Chi-squared
	Oui	59 (3.6)	22 (2.8)		
Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse, n (%)	Non	1625 (99.7)	777 (99.6)	0.719	Fisher's exact
	Oui	5 (0.3)	3 (0.4)		
Sentiment de découragement chez le médecin, n (%)	Non	1558 (95.6)	757 (97.1)	0.105	Chi-squared
	Oui	72 (4.4)	23 (2.9)		

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Annexe 5 : Tests du χ^2 selon l'âge

		Grouped by classe.age				
		40-55	< 40	> 55	P-Value	Test
n		720	1300	390		
Accepter que le patient soit dans une posture de déni ou de refus de prise en charge est difficile, n (%)	Non	687 (95.4)	1242 (95.5)	375 (96.2)	0.838	Chi-squared
	Oui	33 (4.6)	58 (4.5)	15 (3.8)		
Complexification de la prise en charge par les comorbidités autour de l'obésité, n (%)	Non	690 (95.8)	1252 (96.3)	381 (97.7)	0.277	Chi-squared
	Oui	30 (4.2)	48 (3.7)	9 (2.3)		
Complexité de la logistique autour de la personne obèse, n (%)	Non	694 (96.4)	1265 (97.3)	373 (95.6)	0.210	Chi-squared
	Oui	26 (3.6)	35 (2.7)	17 (4.4)		
Difficultés d'accessibilité aux autres professionnels, n (%)	Non	696 (96.7)	1252 (96.3)	374 (95.9)	0.803	Chi-squared
	Oui	24 (3.3)	48 (3.7)	16 (4.1)		
Difficultés de coordinations avec les autres professionnels, n (%)	Non	689 (95.7)	1252 (96.3)	377 (96.7)	0.680	Chi-squared
	Oui	31 (4.3)	48 (3.7)	13 (3.3)		
Difficultés pour le médecin d'aborder le sujet, n (%)	Non	704 (97.8)	1255 (96.5)	384 (98.5)	0.071	Chi-squared
	Oui	16 (2.2)	45 (3.5)	6 (1.5)		
Difficultés pour le médecin d'établir un suivi, n (%)	Non	687 (95.4)	1259 (96.8)	377 (96.7)	0.244	Chi-squared
	Oui	33 (4.6)	41 (3.2)	13 (3.3)		
Difficultés pour soutenir la motivation et le changement chez le patient, n (%)	Non	676 (93.9)	1241 (95.5)	369 (94.6)	0.301	Chi-squared
	Oui	44 (6.1)	59 (4.5)	21 (5.4)		
Environnement socioculturel défavorable du patient, n (%)	Non	675 (93.8)	1228 (94.5)	361 (92.6)	0.375	Chi-squared
	Oui	45 (6.2)	72 (5.5)	29 (7.4)		
Faibles connaissances des patients sur le plan diététique, n (%)	Non	695 (96.5)	1257 (96.7)	377 (96.7)	0.980	Chi-squared
	Oui	25 (3.5)	43 (3.3)	13 (3.3)		
Gestion difficile des attentes irréalistes des patients, n (%)	Non	701 (97.4)	1257 (96.7)	377 (96.7)	0.683	Chi-squared
	Oui	19 (2.6)	43 (3.3)	13 (3.3)		
Le médecin ne considère pas l'obésité comme du ressort de la médecine générale, n (%)	Non	715 (99.3)	1289 (99.2)	380 (97.4)	0.008	Chi-squared (warning: expected count < 5)
	Oui	5 (0.7)	11 (0.8)	10 (2.6)		
Limites financières pour le patient, n (%)	Non	685 (95.1)	1242 (95.5)	379 (97.2)	0.260	Chi-squared
	Oui	35 (4.9)	58 (4.5)	11 (2.8)		
Manque d'intérêt personnel chez le médecin pour l'obésité et sa prise en charge, n (%)	Non	709 (98.5)	1287 (99.0)	383 (98.2)	0.375	Chi-squared
	Oui	11 (1.5)	13 (1.0)	7 (1.8)		
Manque de compétences en matière d'accompagnement au changement, n (%)	Non	689 (95.7)	1241 (95.5)	382 (97.9)	0.086	Chi-squared
	Oui	31 (4.3)	59 (4.5)	8 (2.1)		
Manque de compétences pour l'accompagnement du patient dans l'Activité physique, n (%)	Non	694 (96.4)	1246 (95.8)	380 (97.4)	0.341	Chi-squared
	Oui	26 (3.6)	54 (4.2)	10 (2.6)		
Manque de confiance pour se lancer dans la prise en charge, n (%)	Non	701 (97.4)	1266 (97.4)	380 (97.4)	0.997	Chi-squared
	Oui	19 (2.6)	34 (2.6)	10 (2.6)		
Manque de connaissances théoriques sur la nutrition, n (%)	Non	700 (97.2)	1258 (96.8)	376 (96.4)	0.740	Chi-squared
	Oui	20 (2.8)	42 (3.2)	14 (3.6)		
Manque de temps médical dédié à la prise en charge, n (%)	Non	697 (96.8)	1223 (94.1)	369 (94.6)	0.025	Chi-squared
	Oui	23 (3.2)	77 (5.9)	21 (5.4)		
Manque de visibilité du réseau de soins à proximité pour le médecin, n (%)	Non	686 (95.3)	1237 (95.2)	374 (95.9)	0.830	Chi-squared
	Oui	34 (4.7)	63 (4.8)	16 (4.1)		
Matériel médical inadapté au patient obèse, n (%)	Non	709 (98.5)	1280 (98.5)	383 (98.2)	0.931	Chi-squared
	Oui	11 (1.5)	20 (1.5)	7 (1.8)		
Méconnaissance des outils existants pour le rééquilibrage alimentaire, n (%)	Non	693 (96.2)	1236 (95.1)	376 (96.4)	0.335	Chi-squared
	Oui	27 (3.8)	64 (4.9)	14 (3.6)		
Méconnaissance par le patient de la place du MG dans la prise en charge, n (%)	Non	701 (97.4)	1258 (96.8)	379 (97.2)	0.739	Chi-squared
	Oui	19 (2.6)	42 (3.2)	11 (2.8)		
Préjugé(s) négatif(s) chez le médecin sur la personne obèse, n (%)	Non	704 (97.8)	1280 (98.5)	384 (98.5)	0.502	Chi-squared
	Oui	16 (2.2)	20 (1.5)	6 (1.5)		
Rémunération insuffisante et inadaptée de la consultation dédiée, n (%)	Non	692 (96.1)	1253 (96.4)	373 (95.6)	0.792	Chi-squared
	Oui	28 (3.9)	47 (3.6)	17 (4.4)		
Sentiment chez le médecin d'inefficacité de la prise en charge proposée, n (%)	Non	689 (95.7)	1230 (94.6)	367 (94.1)	0.439	Chi-squared
	Oui	31 (4.3)	70 (5.4)	23 (5.9)		
Sentiment chez le médecin qu'il n'existe que peu de possibilités thérapeutiques efficaces, n (%)	Non	696 (96.7)	1257 (96.7)	376 (96.4)	0.963	Chi-squared
	Oui	24 (3.3)	43 (3.3)	14 (3.6)		
Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse, n (%)	Non	719 (99.9)	1295 (99.6)	388 (99.5)	0.521	Chi-squared (warning: expected count < 5)
	Oui	1 (0.1)	5 (0.4)	2 (0.5)		
Sentiment de découragement chez le médecin, n (%)	Non	687 (95.4)	1262 (97.1)	366 (93.8)	0.009	Chi-squared
	Oui	33 (4.6)	38 (2.9)	24 (6.2)		

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Annexe 6 : Test du χ^2 selon la zone d'exercice

		Grouped by info.zoneExercice				
		Rurale	Semi-urbaine	Urbaine	P-Value	Test
n		550	970	890		
Accepter que le patient soit dans une posture de déni ou de refus de prise en charge est difficile, n (%)	Non	527 (95.8)	919 (94.7)	858 (96.4)	0.209	Chi-squared
	Oui	23 (4.2)	51 (5.3)	32 (3.6)		
Complexification de la prise en charge par les comorbidités autour de l'obésité, n (%)	Non	532 (96.7)	935 (96.4)	856 (96.2)	0.864	Chi-squared
	Oui	18 (3.3)	35 (3.6)	34 (3.8)		
Complexité de la logistique autour de la personne obèse, n (%)	Non	534 (97.1)	942 (97.1)	856 (96.2)	0.464	Chi-squared
	Oui	16 (2.9)	28 (2.9)	34 (3.8)		
Difficultés d'accessibilité aux autres professionnels, n (%)	Non	527 (95.8)	940 (96.9)	855 (96.1)	0.472	Chi-squared
	Oui	23 (4.2)	30 (3.1)	35 (3.9)		
Difficultés de coordinations avec les autres professionnels, n (%)	Non	533 (96.9)	932 (96.1)	853 (95.8)	0.578	Chi-squared
	Oui	17 (3.1)	38 (3.9)	37 (4.2)		
Difficultés pour le médecin d'aborder le sujet, n (%)	Non	538 (97.8)	950 (97.9)	855 (96.1)	0.031	Chi-squared
	Oui	12 (2.2)	20 (2.1)	35 (3.9)		
Difficultés pour le médecin d'établir un suivi, n (%)	Non	524 (95.3)	933 (96.2)	866 (97.3)	0.121	Chi-squared
	Oui	26 (4.7)	37 (3.8)	24 (2.7)		
Difficultés pour soutenir la motivation et le changement chez le patient, n (%)	Non	516 (93.8)	922 (95.1)	848 (95.3)	0.445	Chi-squared
	Oui	34 (6.2)	48 (4.9)	42 (4.7)		
Environnement socioculturel défavorable du patient, n (%)	Non	516 (93.8)	913 (94.1)	835 (93.8)	0.954	Chi-squared
	Oui	34 (6.2)	57 (5.9)	55 (6.2)		
Faibles connaissances des patients sur le plan diététique, n (%)	Non	531 (96.5)	934 (96.3)	864 (97.1)	0.634	Chi-squared
	Oui	19 (3.5)	36 (3.7)	26 (2.9)		
Gestion difficile des attentes irréalistes des patients, n (%)	Non	536 (97.5)	933 (96.2)	866 (97.3)	0.262	Chi-squared
	Oui	14 (2.5)	37 (3.8)	24 (2.7)		
Le médecin ne considère pas l'obésité comme du ressort de la médecine générale, n (%)	Non	544 (98.9)	960 (99.0)	880 (98.9)	0.981	Chi-squared
	Oui	6 (1.1)	10 (1.0)	10 (1.1)		
Limites financières pour le patient, n (%)	Non	528 (96.0)	928 (95.7)	850 (95.5)	0.904	Chi-squared
	Oui	22 (4.0)	42 (4.3)	40 (4.5)		
Manque d'intérêt personnel chez le médecin pour l'obésité et sa prise en charge, n (%)	Non	544 (98.9)	957 (98.7)	878 (98.7)	0.898	Chi-squared
	Oui	6 (1.1)	13 (1.3)	12 (1.3)		
Manque de compétences en matière d'accompagnement au changement, n (%)	Non	533 (96.9)	929 (95.8)	850 (95.5)	0.402	Chi-squared
	Oui	17 (3.1)	41 (4.2)	40 (4.5)		
Manque de compétences pour l'accompagnement du patient dans l'Activité physique, n (%)	Non	536 (97.5)	925 (95.4)	859 (96.5)	0.104	Chi-squared
	Oui	14 (2.5)	45 (4.6)	31 (3.5)		
Manque de confiance pour se lancer dans la prise en charge, n (%)	Non	535 (97.3)	942 (97.1)	870 (97.8)	0.677	Chi-squared
	Oui	15 (2.7)	28 (2.9)	20 (2.2)		
Manque de connaissances théoriques sur la nutrition, n (%)	Non	525 (95.5)	950 (97.9)	859 (96.5)	0.022	Chi-squared
	Oui	25 (4.5)	20 (2.1)	31 (3.5)		
Manque de temps médical dédié à la prise en charge, n (%)	Non	518 (94.2)	922 (95.1)	849 (95.4)	0.587	Chi-squared
	Oui	32 (5.8)	48 (4.9)	41 (4.6)		
Manque de visibilité du réseau de soins à proximité pour le médecin, n (%)	Non	521 (94.7)	928 (95.7)	848 (95.3)	0.704	Chi-squared
	Oui	29 (5.3)	42 (4.3)	42 (4.7)		
Matériel médical inadapté au patient obèse, n (%)	Non	539 (98.0)	956 (98.6)	877 (98.5)	0.663	Chi-squared
	Oui	11 (2.0)	14 (1.4)	13 (1.5)		
Méconnaissance des outils existants pour le rééquilibrage alimentaire, n (%)	Non	520 (94.5)	932 (96.1)	853 (95.8)	0.346	Chi-squared
	Oui	30 (5.5)	38 (3.9)	37 (4.2)		
Méconnaissance par le patient de la place du MG dans la prise en charge, n (%)	Non	539 (98.0)	939 (96.8)	860 (96.6)	0.294	Chi-squared
	Oui	11 (2.0)	31 (3.2)	30 (3.4)		
Préjugé(s) négatif(s) chez le médecin sur la personne obèse, n (%)	Non	544 (98.9)	951 (98.0)	873 (98.1)	0.412	Chi-squared
	Oui	6 (1.1)	19 (2.0)	17 (1.9)		
Rémunération insuffisante et inadaptée de la consultation dédiée, n (%)	Non	526 (95.6)	931 (96.0)	861 (96.7)	0.519	Chi-squared
	Oui	24 (4.4)	39 (4.0)	29 (3.3)		
Sentiment chez le médecin d'inefficacité de la prise en charge proposée, n (%)	Non	522 (94.9)	927 (95.6)	837 (94.0)	0.332	Chi-squared
	Oui	28 (5.1)	43 (4.4)	53 (6.0)		
Sentiment chez le médecin qu'il n'existe que peu de possibilités thérapeutiques efficaces, n (%)	Non	533 (96.9)	937 (96.6)	859 (96.5)	0.919	Chi-squared
	Oui	17 (3.1)	33 (3.4)	31 (3.5)		
Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse, n (%)	Non	547 (99.5)	968 (99.8)	887 (99.7)	0.543	Chi-squared (warning: expected count < 5)
	Oui	3 (0.5)	2 (0.2)	3 (0.3)		
Sentiment de découragement chez le médecin, n (%)	Non	532 (96.7)	925 (95.4)	858 (96.4)	0.337	Chi-squared
	Oui	18 (3.3)	45 (4.6)	32 (3.6)		

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Annexe 7 : Test du χ^2 selon la formation

		Grouped by info.formations.on			
		Non	Oui	P-Value	Test
n		1800	610		
Accepter que le patient soit dans une posture de déni ou de refus de prise en charge est difficile, n (%)	Non	1727 (95.9)	577 (94.6)	0.195	Chi-squared
	Oui	73 (4.1)	33 (5.4)		
Complexification de la prise en charge par les comorbidités autour de l'obésité, n (%)	Non	1738 (96.6)	585 (95.9)	0.533	Chi-squared
	Oui	62 (3.4)	25 (4.1)		
Complexité de la logistique autour de la personne obèse, n (%)	Non	1738 (96.6)	594 (97.4)	0.391	Chi-squared
	Oui	62 (3.4)	16 (2.6)		
Difficultés d'accessibilité aux autres professionnels, n (%)	Non	1737 (96.5)	585 (95.9)	0.578	Chi-squared
	Oui	63 (3.5)	25 (4.1)		
Difficultés de coordinations avec les autres professionnels, n (%)	Non	1726 (95.9)	592 (97.0)	0.242	Chi-squared
	Oui	74 (4.1)	18 (3.0)		
Difficultés pour le médecin d'aborder le sujet, n (%)	Non	1745 (96.9)	598 (98.0)	0.204	Chi-squared
	Oui	55 (3.1)	12 (2.0)		
Difficultés pour le médecin d'établir un suivi, n (%)	Non	1728 (96.0)	595 (97.5)	0.101	Chi-squared
	Oui	72 (4.0)	15 (2.5)		
Difficultés pour soutenir la motivation et le changement chez le patient, n (%)	Non	1709 (94.9)	577 (94.6)	0.813	Chi-squared
	Oui	91 (5.1)	33 (5.4)		
Environnement socioculturel défavorable du patient, n (%)	Non	1690 (93.9)	574 (94.1)	0.929	Chi-squared
	Oui	110 (6.1)	36 (5.9)		
Faibles connaissances des patients sur le plan diététique, n (%)	Non	1738 (96.6)	591 (96.9)	0.794	Chi-squared
	Oui	62 (3.4)	19 (3.1)		
Gestion difficile des attentes irréalistes des patients, n (%)	Non	1744 (96.9)	591 (96.9)	1.000	Chi-squared
	Oui	56 (3.1)	19 (3.1)		
Le médecin ne considère pas l'obésité comme du ressort de la médecine générale, n (%)	Non	1780 (98.9)	604 (99.0)	0.971	Chi-squared
	Oui	20 (1.1)	6 (1.0)		
Limites financières pour le patient, n (%)	Non	1730 (96.1)	576 (94.4)	0.098	Chi-squared
	Oui	70 (3.9)	34 (5.6)		
Manque d'intérêt personnel chez le médecin pour l'obésité et sa prise en charge, n (%)	Non	1775 (98.6)	604 (99.0)	0.576	Chi-squared
	Oui	25 (1.4)	6 (1.0)		
Manque de compétences en matière d'accompagnement au changement, n (%)	Non	1732 (96.2)	580 (95.1)	0.265	Chi-squared
	Oui	68 (3.8)	30 (4.9)		
Manque de compétences pour l'accompagnement du patient dans l'Activité physique, n (%)	Non	1744 (96.9)	576 (94.4)	0.008	Chi-squared
	Oui	56 (3.1)	34 (5.6)		
Manque de confiance pour se lancer dans la prise en charge, n (%)	Non	1752 (97.3)	595 (97.5)	0.896	Chi-squared
	Oui	48 (2.7)	15 (2.5)		
Manque de connaissances théoriques sur la nutrition, n (%)	Non	1739 (96.6)	595 (97.5)	0.316	Chi-squared
	Oui	61 (3.4)	15 (2.5)		
Manque de temps médical dédié à la prise en charge, n (%)	Non	1711 (95.1)	578 (94.8)	0.851	Chi-squared
	Oui	89 (4.9)	32 (5.2)		
Manque de visibilité du réseau de soins à proximité pour le médecin, n (%)	Non	1709 (94.9)	588 (96.4)	0.176	Chi-squared
	Oui	91 (5.1)	22 (3.6)		
Matériel médical inadapté au patient obèse, n (%)	Non	1772 (98.4)	600 (98.4)	1.000	Chi-squared
	Oui	28 (1.6)	10 (1.6)		
Méconnaissance des outils existants pour le rééquilibrage alimentaire, n (%)	Non	1714 (95.2)	591 (96.9)	0.104	Chi-squared
	Oui	86 (4.8)	19 (3.1)		
Méconnaissance par le patient de la place du MG dans la prise en charge, n (%)	Non	1745 (96.9)	593 (97.2)	0.842	Chi-squared
	Oui	55 (3.1)	17 (2.8)		
Préjugé(s) négatif(s) chez le médecin sur la personne obèse, n (%)	Non	1772 (98.4)	596 (97.7)	0.304	Chi-squared
	Oui	28 (1.6)	14 (2.3)		
Rémunération insuffisante et inadaptée de la consultation dédiée, n (%)	Non	1730 (96.1)	588 (96.4)	0.848	Chi-squared
	Oui	70 (3.9)	22 (3.6)		
Sentiment chez le médecin d'inefficacité de la prise en charge proposée, n (%)	Non	1709 (94.9)	577 (94.6)	0.813	Chi-squared
	Oui	91 (5.1)	33 (5.4)		
Sentiment chez le médecin qu'il n'existe que peu de possibilités thérapeutiques efficaces, n (%)	Non	1746 (97.0)	583 (95.6)	0.119	Chi-squared
	Oui	54 (3.0)	27 (4.4)		
Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse, n (%)	Non	1794 (99.7)	608 (99.7)	1.000	Fisher's exact
	Oui	6 (0.3)	2 (0.3)		
Sentiment de découragement chez le médecin, n (%)	Non	1726 (95.9)	589 (96.6)	0.540	Chi-squared
	Oui	74 (4.1)	21 (3.4)		

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Annexe 8 : Tests du χ^2 selon la collaboration

		Grouped by info.collaborations.on			
		Non	Oui	P-Value	Test
n		1290	1120		
Accepter que le patient soit dans une posture de déni ou de refus de prise en charge est difficile, n (%)	Non	1229 (95.3)	1075 (96.0)	0.454	Chi-squared
	Oui	61 (4.7)	45 (4.0)		
Complexification de la prise en charge par les comorbidités autour de l'obésité, n (%)	Non	1243 (96.4)	1080 (96.4)	1.000	Chi-squared
	Oui	47 (3.6)	40 (3.6)		
Complexité de la logistique autour de la personne obèse, n (%)	Non	1245 (96.5)	1087 (97.1)	0.526	Chi-squared
	Oui	45 (3.5)	33 (2.9)		
Difficultés d'accessibilité aux autres professionnels, n (%)	Non	1254 (97.2)	1068 (95.4)	0.021	Chi-squared
	Oui	36 (2.8)	52 (4.6)		
Difficultés de coordinations avec les autres professionnels, n (%)	Non	1241 (96.2)	1077 (96.2)	1.000	Chi-squared
	Oui	49 (3.8)	43 (3.8)		
Difficultés pour le médecin d'aborder le sujet, n (%)	Non	1254 (97.2)	1089 (97.2)	1.000	Chi-squared
	Oui	36 (2.8)	31 (2.8)		
Difficultés pour le médecin d'établir un suivi, n (%)	Non	1249 (96.8)	1074 (95.9)	0.267	Chi-squared
	Oui	41 (3.2)	46 (4.1)		
Difficultés pour soutenir la motivation et le changement chez le patient, n (%)	Non	1219 (94.5)	1067 (95.3)	0.446	Chi-squared
	Oui	71 (5.5)	53 (4.7)		
Environnement socioculturel défavorable du patient, n (%)	Non	1213 (94.0)	1051 (93.8)	0.911	Chi-squared
	Oui	77 (6.0)	69 (6.2)		
Faibles connaissances des patients sur le plan diététique, n (%)	Non	1243 (96.4)	1086 (97.0)	0.476	Chi-squared
	Oui	47 (3.6)	34 (3.0)		
Gestion difficile des attentes irréalistes des patients, n (%)	Non	1246 (96.6)	1089 (97.2)	0.430	Chi-squared
	Oui	44 (3.4)	31 (2.8)		
Le médecin ne considère pas l'obésité comme du ressort de la médecine générale, n (%)	Non	1276 (98.9)	1108 (98.9)	1.000	Chi-squared
	Oui	14 (1.1)	12 (1.1)		
Limites financières pour le patient, n (%)	Non	1237 (95.9)	1069 (95.4)	0.663	Chi-squared
	Oui	53 (4.1)	51 (4.6)		
Manque d'intérêt personnel chez le médecin pour l'obésité et sa prise en charge, n (%)	Non	1276 (98.9)	1103 (98.5)	0.448	Chi-squared
	Oui	14 (1.1)	17 (1.5)		
Manque de compétences en matière d'accompagnement au changement, n (%)	Non	1235 (95.7)	1077 (96.2)	0.673	Chi-squared
	Oui	55 (4.3)	43 (3.8)		
Manque de compétences pour l'accompagnement du patient dans l'Activité physique, n (%)	Non	1247 (96.7)	1073 (95.8)	0.314	Chi-squared
	Oui	43 (3.3)	47 (4.2)		
Manque de confiance pour se lancer dans la prise en charge, n (%)	Non	1258 (97.5)	1089 (97.2)	0.754	Chi-squared
	Oui	32 (2.5)	31 (2.8)		
Manque de connaissances théoriques sur la nutrition, n (%)	Non	1252 (97.1)	1082 (96.6)	0.610	Chi-squared
	Oui	38 (2.9)	38 (3.4)		
Manque de temps médical dédié à la prise en charge, n (%)	Non	1226 (95.0)	1063 (94.9)	0.960	Chi-squared
	Oui	64 (5.0)	57 (5.1)		
Manque de visibilité du réseau de soins à proximité pour le médecin, n (%)	Non	1228 (95.2)	1069 (95.4)	0.845	Chi-squared
	Oui	62 (4.8)	51 (4.6)		
Matériel médical inadapté au patient obèse, n (%)	Non	1269 (98.4)	1103 (98.5)	0.958	Chi-squared
	Oui	21 (1.6)	17 (1.5)		
Méconnaissance des outils existants pour le rééquilibrage alimentaire, n (%)	Non	1225 (95.0)	1080 (96.4)	0.097	Chi-squared
	Oui	65 (5.0)	40 (3.6)		
Méconnaissance par le patient de la place du MG dans la prise en charge, n (%)	Non	1253 (97.1)	1085 (96.9)	0.803	Chi-squared
	Oui	37 (2.9)	35 (3.1)		
Préjugé(s) négatif(s) chez le médecin sur la personne obèse, n (%)	Non	1267 (98.2)	1101 (98.3)	0.995	Chi-squared
	Oui	23 (1.8)	19 (1.7)		
Rémunération insuffisante et inadaptée de la consultation dédiée, n (%)	Non	1239 (96.0)	1079 (96.3)	0.789	Chi-squared
	Oui	51 (4.0)	41 (3.7)		
Sentiment chez le médecin d'inefficacité de la prise en charge proposée, n (%)	Non	1229 (95.3)	1057 (94.4)	0.368	Chi-squared
	Oui	61 (4.7)	63 (5.6)		
Sentiment chez le médecin qu'il n'existe que peu de possibilités thérapeutiques efficaces, n (%)	Non	1244 (96.4)	1085 (96.9)	0.627	Chi-squared
	Oui	46 (3.6)	35 (3.1)		
Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse, n (%)	Non	1288 (99.8)	1114 (99.5)	0.156	Fisher's exact
	Oui	2 (0.2)	6 (0.5)		
Sentiment de découragement chez le médecin, n (%)	Non	1235 (95.7)	1080 (96.4)	0.444	Chi-squared
	Oui	55 (4.3)	40 (3.6)		

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Annexe 9 : Tests du χ^2 selon l'IMC

		Grouped by info.imc.grp			
		25 - <30	<18 - 24,9	P-Value	Test
n		490	1920		
Accepter que le patient soit dans une posture de déni ou de refus de prise en charge est difficile, n (%)	Non	468 (95.5)	1836 (95.6)	1.000	Chi-squared
	Oui	22 (4.5)	84 (4.4)		
Complexification de la prise en charge par les comorbidités autour de l'obésité, n (%)	Non	467 (95.3)	1856 (96.7)	0.192	Chi-squared
	Oui	23 (4.7)	64 (3.3)		
Complexité de la logistique autour de la personne obèse, n (%)	Non	477 (97.3)	1855 (96.6)	0.500	Chi-squared
	Oui	13 (2.7)	65 (3.4)		
Difficultés d'accessibilité aux autres professionnels, n (%)	Non	471 (96.1)	1851 (96.4)	0.870	Chi-squared
	Oui	19 (3.9)	69 (3.6)		
Difficultés de coordinations avec les autres professionnels, n (%)	Non	473 (96.5)	1845 (96.1)	0.750	Chi-squared
	Oui	17 (3.5)	75 (3.9)		
Difficultés pour le médecin d'aborder le sujet, n (%)	Non	479 (97.8)	1864 (97.1)	0.513	Chi-squared
	Oui	11 (2.2)	56 (2.9)		
Difficultés pour le médecin d'établir un suivi, n (%)	Non	470 (95.9)	1853 (96.5)	0.623	Chi-squared
	Oui	20 (4.1)	67 (3.5)		
Difficultés pour soutenir la motivation et le changement chez le patient, n (%)	Non	462 (94.3)	1824 (95.0)	0.600	Chi-squared
	Oui	28 (5.7)	96 (5.0)		
Environnement socioculturel défavorable du patient, n (%)	Non	463 (94.5)	1801 (93.8)	0.643	Chi-squared
	Oui	27 (5.5)	119 (6.2)		
Faibles connaissances des patients sur le plan diététique, n (%)	Non	476 (97.1)	1853 (96.5)	0.580	Chi-squared
	Oui	14 (2.9)	67 (3.5)		
Gestion difficile des attentes irréalistes des patients, n (%)	Non	475 (96.9)	1860 (96.9)	1.000	Chi-squared
	Oui	15 (3.1)	60 (3.1)		
Le médecin ne considère pas l'obésité comme du ressort de la médecine générale, n (%)	Non	485 (99.0)	1899 (98.9)	1.000	Chi-squared
	Oui	5 (1.0)	21 (1.1)		
Limites financières pour le patient, n (%)	Non	464 (94.7)	1842 (95.9)	0.278	Chi-squared
	Oui	26 (5.3)	78 (4.1)		
Manque d'intérêt personnel chez le médecin pour l'obésité et sa prise en charge, n (%)	Non	484 (98.8)	1895 (98.7)	1.000	Chi-squared
	Oui	6 (1.2)	25 (1.3)		
Manque de compétences en matière d'accompagnement au changement, n (%)	Non	479 (97.8)	1833 (95.5)	0.031	Chi-squared
	Oui	11 (2.2)	87 (4.5)		
Manque de compétences pour l'accompagnement du patient dans l'Activité physique, n (%)	Non	473 (96.5)	1847 (96.2)	0.831	Chi-squared
	Oui	17 (3.5)	73 (3.8)		
Manque de confiance pour se lancer dans la prise en charge, n (%)	Non	478 (97.6)	1869 (97.3)	0.922	Chi-squared
	Oui	12 (2.4)	51 (2.7)		
Manque de connaissances théoriques sur la nutrition, n (%)	Non	474 (96.7)	1860 (96.9)	0.989	Chi-squared
	Oui	16 (3.3)	60 (3.1)		
Manque de temps médical dédié à la prise en charge, n (%)	Non	465 (94.9)	1824 (95.0)	1.000	Chi-squared
	Oui	25 (5.1)	96 (5.0)		
Manque de visibilité du réseau de soins à proximité pour le médecin, n (%)	Non	465 (94.9)	1832 (95.4)	0.715	Chi-squared
	Oui	25 (5.1)	88 (4.6)		
Matériel médical inadapté au patient obèse, n (%)	Non	483 (98.6)	1889 (98.4)	0.927	Chi-squared
	Oui	7 (1.4)	31 (1.6)		
Méconnaissance des outils existants pour le rééquilibrage alimentaire, n (%)	Non	470 (95.9)	1835 (95.6)	0.833	Chi-squared
	Oui	20 (4.1)	85 (4.4)		
Méconnaissance par le patient de la place du MG dans la prise en charge, n (%)	Non	469 (95.7)	1869 (97.3)	0.081	Chi-squared
	Oui	21 (4.3)	51 (2.7)		
Préjugé(s) négatif(s) chez le médecin sur la personne obèse, n (%)	Non	485 (99.0)	1883 (98.1)	0.240	Chi-squared
	Oui	5 (1.0)	37 (1.9)		
Rémunération insuffisante et inadaptée de la consultation dédiée, n (%)	Non	474 (96.7)	1844 (96.0)	0.560	Chi-squared
	Oui	16 (3.3)	76 (4.0)		
Sentiment chez le médecin d'inefficacité de la prise en charge proposée, n (%)	Non	466 (95.1)	1820 (94.8)	0.870	Chi-squared
	Oui	24 (4.9)	100 (5.2)		
Sentiment chez le médecin qu'il n'existe que peu de possibilités thérapeutiques efficaces, n (%)	Non	471 (96.1)	1858 (96.8)	0.568	Chi-squared
	Oui	19 (3.9)	62 (3.2)		
Sentiment d'illégitimité pour le médecin en surpoids pour conseiller le patient obèse, n (%)	Non	486 (99.2)	1916 (99.8)	0.059	Fisher's exact
	Oui	4 (0.8)	4 (0.2)		
Sentiment de découragement chez le médecin, n (%)	Non	468 (95.5)	1847 (96.2)	0.570	Chi-squared
	Oui	22 (4.5)	73 (3.8)		

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

Faculté de Médecine Lyon Est

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Faculté de Médecine Lyon Est
http://lyon-est.univ-lyon1.fr/ • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER

ROBIN, Benjamin

Difficultés de prise en charge de l'obésité au cabinet de médecine générale en région AURA : Étude quantitative sur leurs priorités de résolution au moyen d'une analyse par comparaison de paires

RESUME

En France, 17% de la population adulte est en situation d'obésité. Pour la prise en charge du patient obèse, le médecin généraliste est un interlocuteur de premier recours. Cette prise en charge est sources de difficultés pour le praticien.
L'objectif de notre travail était d'évaluer la priorité de résolution des freins rencontrés par le médecin généraliste au cabinet pour soigner le patient obèse.
241 médecins généralistes de la région AURA ont répondu à un questionnaire en ligne s'intégrant dans le cadre d'une analyse de comparaisons de paires.
Cette analyse a permis de dresser un classement hiérarchique des freins rencontrés par les médecins généralistes selon leur indice de priorité de résolution. Les difficultés à soutenir la motivation au changement, le manque d'efficacité et le manque de temps médical ont été classés comme les plus prioritaire.
L'importance de ces freins fait écho à un manque de compétences et de formations au sujet de l'entretien motivationnel ; à un exercice pluridisciplinaire entravé par une faible visibilité des réseaux de soin et à une rémunération inadaptée à l'approche centrée patient en matière d'obésité.
Plusieurs pistes d'amélioration se dessinent : recentrage de l'enseignement théorique et pratique sur l'entretien motivationnel, intensification de la communication réseau-médecin généraliste ou encore une refonte du système de rémunération au profit de la consultation dédiée et encouragement au soin spécialisé conventionné.

MOTS CLES

« obésité », « médecine générale », « difficultés », « priorité », « comparaison », « paires »

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN

(CC BY-NC-ND 4.0) ROBIN