



HAL
open science

Prise en charge de l'excès pondéral de l'adulte : enquête auprès des médecins généralistes de Meuse

Ségolène Hélas-Lubraniecki

► **To cite this version:**

Ségolène Hélas-Lubraniecki. Prise en charge de l'excès pondéral de l'adulte : enquête auprès des médecins généralistes de Meuse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01731664

HAL Id: hal-01731664

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731664v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Ségolène HELAS-LUBRANIECKI

le 18 avril 2014

**PRISE EN CHARGE DE L'EXCES PONDERAL DE L'ADULTE :
ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE MEUSE**

Examineurs de la thèse :

Mr. le Professeur Olivier ZIEGLER

Président

Mr. le Professeur François ALLA

Juge

Mr. le Professeur Didier QUILLIOT

Juge

Mr. le Docteur Gilles MUNIER

Juge

Mr. le Docteur Philippe JAN

Juge et Directeur

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI

Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (**Anatomie**)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (**Cytologie et histologie**)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (**Anatomie et cytologie pathologiques**)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (**Biophysique et médecine nucléaire**)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (**Radiologie et imagerie médecine**)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (**Biochimie et biologie moléculaire**)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (**Physiologie**)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (**Biologie Cellulaire**)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (**Nutrition**)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (**Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière**)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (**Parasitologie et Mycologie**)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (**Maladies infectieuses ; maladies tropicales**)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (**Épidémiologie, économie de la santé et prévention**)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (**Médecine et santé au travail**)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (**Médecine légale et droit de la santé**)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (**Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (**Hématologie ; transfusion**)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (**Cancérologie ; radiothérapie**)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (**Immunologie**)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (**Génétique**)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (**Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence**)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (**Réanimation ; médecine d'urgence**)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (**Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie**)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (**Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie**)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (**Neurologie**)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (**Neurochirurgie**)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (**Psychiatrie d'adultes ; addictologie**)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (**Pédopsychiatrie ; addictologie**)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (**Médecine physique et de réadaptation**)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (**Rhumatologie**)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (**Chirurgie orthopédique et traumatologique**)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (**Dermato-vénéréologie**)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (**Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (**Pneumologie ; addictologie**)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (**Cardiologie**)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (**Chirurgie thoracique et cardiovasculaire**)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (**Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire**)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (**Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (**Néphrologie**)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (**Urologie**)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (**Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie**)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (**Chirurgie générale**)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (**Pédiatrie**)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (**Chirurgie infantile**)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (**Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (**Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale**)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (**Oto-rhino-laryngologie**)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (**Ophthalmologie**)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERRÓD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (**Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie**)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (**Anatomie**)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (**Cytologie et histologie**)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (**Anatomie et cytologie pathologiques**)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (**Biophysique et médecine nucléaire**)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (**Radiologie et imagerie médecine**)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (**Biochimie et biologie moléculaire**)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (**Physiologie**)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (**Biologie Cellulaire**)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : **(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : **(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)**

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : **(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section **(Médecine et Santé au Travail)**

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section **(Médecine légale et droit de la santé)**

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : **(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : **(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))**

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : **(Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : **(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : **(Rhumatologie)**

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : **(Dermato-vénéréologie)**

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : **(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Docteure Lactitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : **(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : **(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : **(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : **(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MÂÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER
Professeur de Nutrition

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous adressons notre sincère reconnaissance pour votre implication dans ce travail, votre disponibilité, votre rigueur et votre bienveillance à notre égard.

Nous tenons à vous remercier pour l'expérience qui est vôtre et que vous vous appliquez à transmettre, ainsi que pour la qualité et la richesse des connaissances que vous nous avez apporté pendant cet internat.

C'est avec un profond respect que nous vous adressons ces remerciements.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur François ALLA
Professeur d'Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Nous tenons à vous remercier pour avoir accepté de participer à notre jury de
thèse.

Nous sommes sensibles à l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Soyez assuré de notre respect et de notre reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Didier QUILLIOT
Professeur de Nutrition

Nous tenons à vous faire part de nos sincères remerciements pour avoir accepté
de juger notre travail.

Nous vous sommes également reconnaissants pour tout ce que nous avons appris
à vos côtés.

Veillez recevoir l'expression de notre respect et de notre considération.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Gilles MUNIER
Praticien généraliste

Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer à notre jury de thèse.

Nous tenons à vous remercier pour votre soutien indéfectible durant ces années d'internat et pour l'attention et la confiance que vous nous avez accordé. Nous vous sommes sincèrement reconnaissants pour toutes les notions et valeurs, médicales et humaines, que vous nous avez transmises.

Nous sommes, à titre plus personnel, particulièrement ravis de partager avec vous cet autre tournant de notre vie.

Veillez trouver dans ces mots notre profond respect et notre plus grande gratitude à votre égard.

A notre Juge et Directeur

Monsieur le Docteur Philippe JAN
Endocrinologue

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail.

Nous vous remercions pour votre savoir et votre rigueur qui nous ont guidé et qui nous guideront encore dans les temps à venir. Nous vous sommes également reconnaissants pour votre bienveillance.

Que ce travail soit la sincère marque de notre respect et de notre reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A tous les médecins et autres paramédicaux qui m'ont grandi ... :

... à Sarreguemines en Pédiatrie,

... à Verdun au SAU et en Médecine A ; un merci tout particulier aux Drs. P. Bindi, B. Gilson, JF. Roche, A. Diarrassouba, P. Merlin et D. Rieder, avec qui j'ai la chance de poursuivre ma route. Merci pour votre confiance,

... à Dun-sur-Meuse : merci au Dr Blérot et à son épouse,

... à Nancy en Diabétologie : merci à cette formidable équipe si disponible et si professionnelle. Ce fut un vrai plaisir d'apprendre à vos côtés ces disciplines que sont la diabétologie et la nutrition !

... à Bar-le-Duc : merci aux Drs. FS. Zhang et C. Baccaro pour votre gentillesse et vos compétences. Un énorme merci également à toute l'équipe infirmière (H. de jour, hospit, éducation, pansement), à chacune des diététiciennes, aux formidables secrétaires et aux indispensables AS et ASH. Merci de faire vivre ce si beau service et de me permettre de continuer l'histoire parmi vous.

Un grand merci au Dr Caillet, ou plutôt Rudy, car pour moi tu es devenu bien plus qu'un chef. Merci pour ta disponibilité à tout moment, ton professionnalisme, ton sens critique mais surtout ta sympathie. Merci pour avoir été mon guide à Bar-le-Duc, à la ville comme à la scène, au détour d'un fauteuil du théâtre ou d'un couloir de l'hôpital !

Un merci tout particulier au service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy du Pr S. Briançon, et plus spécialement à Benjamin Bethune pour sa disponibilité et ses compétences, à la secrétaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse pour toutes les informations indispensables qu'elle m'a communiquées, et pour avoir permis le double envoi informatique de mon étude, ainsi qu'à tous les médecins ayant répondu.

A Ghislin, mon amour, ma raison d'être. Pour notre histoire, pour les souvenirs et les treks aux quatre coins du monde, et pour tous ceux à venir. Pour tes encouragements et le réconfort que tu as su m'apporter chaque jour jusqu'aujourd'hui. Pour avoir accepté de mener cette vie de bohème et pour ta patience car je sais qu'avec moi il en faut un bon paquet ! Tu le sais, sans toi, je ne suis plus et je remercie la vie chaque jour de m'avoir permis de croiser ton chemin et de danser cette scottisch avec toi ! J'ai hâte de voir la suite... Et avec Bibiiiiii bien sûr !

A mes fées, pour avoir fait de moi celle que je suis aujourd'hui. Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises. Pour votre amour hors limites. Pour votre présence et vos paroles douces et rassurantes en toute situation. Pour tous vos sacrifices. Pour votre force, votre courage et surtout votre confiance en moi. Pour m'avoir ouvert les yeux et m'avoir fait découvrir tant de choses, du jeu des 1000 francs à Nounou Ogg, en passant par Zola et Game of Thrones.

A mes parents, pour leur soutien et pour avoir su croire en moi. Merci pour votre amour qui a pu être parfois difficile à assumer. Continuez de veiller sur moi d'où vous êtes.

A Geneviève, pour m'avoir accueillie dans ta vie sans question ni objection. Merci pour ton amour et ta tendresse à mon égard. A Mémé, pour m'avoir ouvert ton cœur et tes bras comme si de rien n'était. A Aurélie, pour m'avoir fait entrer dans ta vie un beau jour d'été. Je ne sais plus comment c'était avant qu'on se connaisse et c'est tant mieux ! A Joël, toi qui vas toujours de l'avant. A Frédérique, tout simplement pour être présente car tout n'est pas toujours aussi facile qu'on le voudrait.

A Benoit, pour avoir toujours été à mes côtés, et aujourd'hui encore. Merci pour ta bienveillance, pour tous les moments d'insouciance et pour mon sens de l'orientation ! A Christine et aux 3 phénomènes ambulants Paul, Thomas et Etienne, mon warrior de filleul chéri. A tout le reste de la famille Nast-Chary & Cie pour votre présence en toute circonstance et pour les méga-cousinades ! A toute la famille Lubra-Weisbuch pour m'avoir accueilli dans votre tribu dès le début comme si j'avais toujours été des vôtres.

A Caroline, Elise et Senem, mes amies de moi, pour cette amitié solide que nous avons su bâtir, et qui nous a permis d'avancer et de nous construire année après année, exam après exam, jusqu'aujourd'hui. Tant de joies partagées ensemble et tant d'autres à venir !

A Sophie, toi qui m'a toujours inspiré le respect tant par ton savoir que par ta force. Nous avons appris à nous connaître et nous avons partagé de belles confidences.

A Camille (la meuf), Fabien (mais ouuuuuiii), Jaja, Arnaud, Yvan, Laetitia, Ben, Isa, Mathieu, Stéph, mais aussi les jums Anne & Marie, Aurélien, Rémi, Lorraine, Lucie, Nobu, Barbara, JP et j'en passe ! Merci pour toutes ces soirées, déguisées ou non, qu'on ne saurait renier.

A tous mes nombreux et fabuleux co-internes :

Julie et Claire, pour m'avoir permis de survivre dans l'Est Mosellan ; Cécile, Matthieu et Anne-Lise, pour les journées de folie au pays des Urgences Verdunoises ; JB, Ludo, Anne-Laure, Sophie, Axelle, Thiarno et Nadia, pour avoir fait de ce stage au CHU une partie de plaisir ; et dire qu'on ne devait plus se voir ! Carole (ma petite Carole, ce semestre à Bar fut le début de notre histoire d'amour !), Louise, David, Arnaud, Julie, ma coloc de choc de la té-ci barisienne ; Hugo, Anthony alias Gromez, et Ali Mouna. **Spéciale dédicace à Martin** : je te l'avais promis ! Tu as ta spéciale dédicace et ton prénom en gras ! Merci sincèrement pour l'intérêt que tu as porté à mon questionnaire et pour tes conseils si précieux ! Une autre spéciale dédicace à Romain et Sébi, mes deux co-internes de choc de médecine A. Merci au Dr Stéphane Mariot avec qui j'espère traquer le SAOS ! Aurélie, Giselle, Julie, les Maria, Christophe, Victor, Hélène, Paul, Aude, Morgan, Valérie et JB, pour m'avoir fait survivre à un second hiver barisien ; tous les chatons de l'été Bar-le-Duc 2013 : Camille, FX, Nico, Marion, Anne-Charlotte, Amélie, Manu, Mathieu et Jérémy ; Hajer pour cette année commune de soutien et de FFI ; et enfin les petits derniers : Emeline, Livia, Lucile, Matthieu, Pierre-Olivier, Christian, Ionela, Guillaume, Quentin, Sophie et Anne-Sophie.

Merci à vous tous pour ces moments merveilleux et pour les amitiés qui en sont nées !

A tous ceux que j'ai oublié mais qui n'en compte pas moins.
Merci à tous pour m'avoir construite.

CE QUI EST PASSÉ A FUI ; CE QUE TU ESPÈRES EST ABSENT ; MAIS LE PRÉSENT EST À TOI.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	page 17
PREAMBULE	page 18
INTRODUCTION	page 19
MATERIELS ET METHODES	page 22
1. Caractéristiques de l'étude	page 22
2. Questionnaire	page 22
3. Recueil des données	page 24
4. Analyse des données	page 24
RESULTATS	page 25
1. Taux de réponse	page 25
2. Caractéristiques des MG répondants et de leur activité	page 25
3. Prise en charge globale et opinions	page 27
4. Objectifs	page 29
5. Prévention	page 31
6. Modalités de prise en charge	page 31
7. Difficultés	page 34
8. Commentaires libres	page 35
DISCUSSION	page 36
CONCLUSION	page 42
BIBLIOGRAPHIE	page 43
AUTRES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES AYANT CONTRIBUE A LA REALISATION DE CE TRAVAIL	page 48
TABLES DES ILLUSTRATIONS	page 50
ANNEXES	page 51

ABREVIATIONS

MG : Médecin Généraliste

APA : Activité Physique Adaptée

HAS: Haute Autorité de Santé

AP : Activité Physique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

CDOM Meuse : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse

FMC : Formation Médicale Continue

EPU : Enseignement Post-Universitaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

EMA : European Medicines Agency (Agence Européenne du Médicament)

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

PREAMBULE

En accord avec notre Directeur de thèse, nous avons décidé de rédiger ce travail sous le format d'article scientifique dans le but de le proposer à la publication.

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, la prévalence de l'excès pondéral n'a cessé de progresser dans le monde, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement [1–5]. En France, ces données ont été confirmées par l'étude ObÉpi 2012. La prévalence du surpoids est ainsi passée de 29,8% en 1997 à 32,3% en 2012, et celle de l'obésité, de 8,5% en 1997 à 15% en 2012 [6]. Cette tendance est plus marquée chez les femmes, mais aussi chez les 18-24 ans, ce qui a également été constaté dans d'autres pays, comme la Norvège [7]. On sait d'autre part que cette prévalence est inversement proportionnelle à la taille de l'agglomération, avec une prévalence de 16,7% en 2012 en zone rurale contre 15,5% dans les villes. Cependant, même si l'excès pondéral progresse toujours, une décélération se profile. En effet, de 2009 à 2012, la prévalence nationale de l'obésité est passée de 14,5% à 15%, soit une augmentation non significative de 3,4% du nombre de personnes obèses au cours de ces trois années [6].

Par ailleurs, en 1995, Lévy et al. estimaient à près de 1,81 milliard d'euros les coûts directs de l'obésité en France, soit approximativement 2% des dépenses totales de santé [8]. Moins de dix ans plus tard, en 2002, selon Emery et al., ces mêmes coûts augmentaient, l'économie suivant l'épidémiologie. Ils étaient alors estimés entre 2,1 et 6,2 milliards d'euros, soit 1,5 à 4,6% des dépenses totales de santé [9]. D'autres données de la littérature suggèrent également ce coût considérable de l'obésité, comme par exemple en Australie, où il équivaut à 7,6% des dépenses de santé [10], aux États-Unis (6,8%) [11], ou encore aux Pays-Bas (4%) [12]. Ces preuves économiques sont indispensables pour évaluer la part que représente la maladie et pour l'élaboration des politiques de santé [13]. Certaines de ces données laissent à penser qu'une grande partie des coûts liés à l'obésité pourrait être évitée grâce à une prévention ou à des stratégies d'intervention efficaces [1,14]. L'obésité, et l'excès pondéral d'une façon plus générale, constituent donc un problème de santé publique majeur et doivent être abordés dans cette perspective.

La prise en charge de l'excès pondéral s'inscrit, comme toute maladie chronique, dans la durée et doit être globale. Et qui mieux que le médecin généraliste (MG) pour la piloter ? Le MG joue un rôle majeur en termes de prévention et de dépistage précoce [15]. Mais pas seulement. Sa connaissance du vécu de chacun de ses patients, de leur tissu social, de leur environnement, de leurs croyances ou encore de leurs attentes, lui permet de créer avec eux une relation sans-pareil, une relation de confiance. Il peut ainsi, en matière d'excès pondéral, établir un diagnostic thérapeutique [16], aboutir à des conseils diététiques et d'activité physique adaptée (APA), mais aussi, si nécessaire, orienter son patient vers les structures de second recours, et, quoi qu'il en soit, le suivre au long cours. De par son rôle central, il coordonne ces différents soins et demeure un interlocuteur de choix pour chacun des acteurs de la prise en charge, permettant une synthèse des diverses interventions spécialisées ainsi qu'une cohérence dans le parcours du patient [17]. D'autant plus que, ce sont souvent les populations des classes socioprofessionnelles les plus basses que l'excès pondéral touche [6,18], celles-là mêmes pour qui l'accès aux soins spécialisés est limité et pour qui le MG demeure le seul protagoniste.

Les pouvoirs publics ont bien compris cet enjeu. Le MG est ainsi au cœur des dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2011 et du Plan Obésité 2010-2013 [19,20]. Car si la médecine générale représente le moyen de cibler le plus grand nombre possible de patients, elle est aussi celui qui demeure le moins coûteux en termes de santé publique [21].

Le Plan Obésité est le seul plan à l'échelle nationale qui concerne les maladies liées à la nutrition, et plus spécifiquement à l'obésité. Il a été lancé sur trois ans dans l'objectif d'améliorer la prise en charge mais aussi la prévention de l'obésité. Les politiques de santé étaient en effet conscientes que des progrès étaient nécessaires dans l'organisation des soins, la formation des professionnels de santé et l'adaptation des équipements. Ce plan repose ainsi sur quatre axes, à savoir :

- améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte,
- mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique (AP),
- prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination, et enfin,
- investir dans la recherche [20].

Dans ce but, se sont mobilisés multiples acteurs académiques, institutionnels, associatifs, médicaux et non médicaux, au profit d'une même démarche de soins coordonnés et accessibles, mais aussi de lutte contre les inégalités de santé existantes. Car si l'accès aux soins est difficile pour des raisons économiques chez les personnes les plus défavorisées, d'autres limites subsistent. Ainsi, la lisibilité et la cohérence de l'offre de soins sont loin d'être évidentes, au risque d'aboutir à une prise en charge retardée voire absente [22].

L'organisation des soins devait donc être revue avec, en premier lieu, l'élaboration de recommandations concernant la prise en charge de premier recours et l'implication du MG dans ce parcours. La première mesure de l'axe 1 du Plan Obésité, « Faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant », incite ce dernier à réaffirmer son rôle en matière de prévention, de dépistage, de prise en charge initiale et de suivi, mais aussi de coordination des soins. Son rôle est également majeur dans la diffusion des recommandations HAS. La mission qui incombe aux MG est donc considérable.

En Lorraine, dans le Nord-Est de la France, en plein cœur des gradients de disparités inter-régionales Nord-Sud/Est-Ouest, la prévalence de l'obésité reste toujours supérieure à celle de la moyenne nationale. Ainsi en 1997, avec une prévalence à 10,5%, la Lorraine était la quatrième région de France métropolitaine la plus touchée par l'obésité. Depuis, cette prévalence a significativement augmenté, puisqu'en 2012 elle était de 17%, même si, en accord avec la tendance nationale, un ralentissement de cette progression est observé [6]. C'est aussi une des régions où la prévalence de l'obésité chez les plus de 65 ans est la plus élevée.

Parmi les quatre départements qui composent la région Lorraine, la Meuse est celui qui présente le caractère rural le plus marqué. L'agriculture occupe 7% des actifs, l'emploi salarié y est en baisse, l'armée joue un rôle non des moindres dans la vie économique locale, et le tourisme, entre nature et histoire, conserve des potentiels de croissance [23]. Selon les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et du dernier recensement, sa population municipale au 1er janvier 2010 était de 193 923 habitants, soit environ 31 habitants au kilomètre-carré, ce qui constitue la plus faible densité de population de la région [24]. Sur les 500 communes du département, seules 15 d'entre elles, soit 3%, comptent une population de plus de 2 000 habitants, nombre au delà duquel une zone est définie comme urbaine [25]. Quant au domaine de la santé, au 1er septembre 2013, selon les données du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse (CDOM Meuse), 150 MG étaient installés, soit un MG pour un peu moins de 1 300 habitants. Cette densité médicale est là encore la plus faible de la région. Ces 150 MG exercent pour 84 d'entre eux (56%) en zone urbaine et, pour les 66 autres (44%), en zone non urbaine, comptant donc moins de 2 000 habitants. Néanmoins, la Meuse voit chaque année de nouveaux praticiens généralistes s'installer. Précisons également que le département de la Meuse est limitrophe de trois départements sur quatre de la région Champagne-Ardenne (Ardennes, Marne et Haute-Marne), où la prévalence de l'obésité était la seconde plus élevée de France en 2012 [6].

Il nous a paru pertinent dans ce contexte de s'intéresser aux pratiques ainsi qu'aux opinions de ces MG meusiens vis-à-vis des personnes en situation d'excès pondéral. Se sentent-ils bien formés, quels sont leurs objectifs et leurs approches dans cette prise en charge, mais aussi quelles difficultés rencontrent-ils et où se situent-ils par rapport à la prévention de cette pathologie ? Nous discuterons également au travers des résultats de l'évolution ou non de ces données par rapport à d'autres études antérieures. Nous aborderons enfin les freins présents dans cette prise en charge et évoquerons les leviers envisageables.

MATERIELS ET METHODES

1. Caractéristiques de l'étude

L'étude, réalisée durant les mois de septembre et octobre 2013, était de type descriptive et portait donc sur la prise en charge de l'excès pondéral par les médecins généralistes de Meuse. Elle était basée sur un recueil de données effectué auprès de ces 150 praticiens, dont la liste avait été communiquée par le CDOM Meuse. Pour cela, il leur était demandé de remplir un questionnaire (Annexe 1).

2. Questionnaire

Ce questionnaire, déclaratif et anonyme, avait été établi à l'aide de professionnels de santé impliqués à l'échelle nationale, régionale et départementale dans la prise en charge de l'excès pondéral. Il était également basé sur les recommandations HAS de 2011 ainsi que sur d'autres études précédemment menées [26–28]. Il avait auparavant été envoyé pour être testé auprès de six médecins généralistes non meusiens. Cinq d'entre eux avaient répondu, permettant de le rendre plus pertinent. Au final, le questionnaire se divisait en six grands groupes de questions.

La première partie relevait l'âge et le sexe des médecins ainsi que leur mode et lieux d'exercice. Sachant qu'une zone recensant plus de 2 000 habitants est considérée comme urbaine, les MG devaient indiquer si leur commune d'exercice comptait plus ou moins 2 000 habitants, afin que nous puissions les classer en « urbain » et « non urbain », que nous simplifierions par le terme « rural ». Nous cherchions également à connaître la part que représentaient les personnes en excès pondéral au sein de leur patientèle et s'ils détenaient des équivalences ou capacités complémentaires à la médecine générale, en particulier dans le domaine des maladies métaboliques et de la nutrition. Enfin, nous leur demandions s'ils avaient déjà participé à des formations type formation médicale continue (FMC) ou enseignement post-universitaire (EPU) sur l'excès pondéral et s'ils avaient lu le Plan Obésité et/ou les recommandations HAS de 2011 sur la prise en charge médicale de premier recours du surpoids et de l'obésité chez l'adulte.

La seconde partie cherchait à comprendre quelle était leur approche du surpoids et de l'obésité, ou plutôt comment se positionnaient-ils par rapport à la prise en charge de ces pathologies au cabinet : pensaient-ils que seuls les patients demandeurs devraient être accompagnés dans leur démarche de perte de poids, se sentaient-ils professionnellement bien formés, trouvaient-ils valorisant d'aider ces patients à perdre du poids, existait-il un sentiment négatif vis-à-vis de ces patients, y compris de la part des professionnels de santé, était-il facile pour eux d'obtenir dans ce domaine informations et réponses à leurs questions ?

La troisième partie renseignait sur l'importance pour eux de différents objectifs possibles dans cette prise en charge, comme corriger un excès énergétique, restaurer ou établir une activité physique, obtenir une perte de poids réaliste et durable, obtenir une perte de poids permettant de retrouver un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 25 kg/m², améliorer l'estime et la confiance en soi de ces patients, ou encore prendre en charge les comorbidités de l'excès pondéral.

La quatrième partie s'intéressait à leur position quant à la prévention de l'excès pondéral : pour qui ? Quid de l'éducation nutritionnelle familiale, de la promotion de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité ?

La cinquième partie portait sur les modalités de prise en charge. Il était recherché l'importance qu'ils accordaient au recours à un spécialiste de l'excès pondéral, à un diététicien, à un psychologue ou psychiatre, à un éducateur médico-sportif ou autre structure spécialisée dans l'activité physique, à un chirurgien spécialisé en chirurgie bariatrique quand l'indication était posée, mais aussi aux réseaux de soins à orientation métabolique. Il leur était également demandé l'importance qu'avait pour eux le fait de suivre au long cours ces patients et d'être impliqués en parallèle des spécialistes dans cette prise en charge. Enfin, ils étaient sollicités sur l'intérêt d'un traitement pharmacologique.

La sixième partie appréhendait les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer au cours de cette prise en charge, en cherchant à connaître l'importance que chaque difficulté proposée représentait pour eux.

Clôturent le questionnaire, les médecins disposaient d'une plage libre afin de s'exprimer, s'ils le désiraient, sur leur ressenti et leur propre vécu de la prise en charge des patients en excès pondéral. Ils pouvaient également faire part à l'investigateur de remarques et commentaires sur ce sujet.

Pour les parties concernant leur approche de l'excès pondéral et leur avis quant à la prévention, il était demandé aux MG de classer leurs réponses selon leur degré d'accord avec les différents items à l'aide d'une échelle de Likert à cinq niveaux, à savoir « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « Ni en désaccord ni en accord », « D'accord » et « Tout à fait d'accord ». Pour les parties concernant les objectifs, les modalités de prise en charge et les difficultés rencontrées au cours de la prise en charge, les réponses des MG étaient classées selon l'importance qu'ils attribuaient à chaque suggestion, là aussi à l'aide d'une échelle de Likert, cette fois à quatre niveaux, soit « Peu important », « Assez important », « Très important » et « Sans opinion ». Il leur était également demandé d'ordonner leurs objectifs du plus au moins important en les numérotant de 1 à 6, de préciser, dans la partie sur les modalités de prise en charge, s'ils avaient l'habitude d'appliquer chacune des propositions énoncées dans leur pratique, et de désigner la difficulté qu'ils considéraient comme principale parmi celles citées.

3. Recueil des données

Début septembre 2013, un double envoi du questionnaire avait été effectué à destinée des 150 MG de Meuse par voie postale, à l'adresse de leur cabinet, et par voie informatique, via un courrier électronique distribué par la secrétaire du CDOM Meuse aux MG équipés du logiciel de messagerie médicale sécurisée Apicrypt®. Le questionnaire pouvait être ainsi complété de façon manuscrite sur papier ou de façon informatique, en remplissant directement sur ordinateur le questionnaire envoyé en pièce jointe. Un courrier présentant l'intérêt ainsi que les modalités de réalisation de l'étude accompagnait dans les deux situations le questionnaire. Une enveloppe pré-timbrée était fournie dans l'envoi postal afin de faciliter le retour du questionnaire à l'investigateur. L'adresse électronique de ce dernier était stipulée sur le courrier de présentation afin de récupérer, en pièce jointe, les questionnaires remplis par voie informatique.

Trois semaines plus tard, les MG qui n'avaient pas répondu avaient été relancés par téléphone et par voie informatique. L'investigateur avait téléphoné à chacun de ces MG afin de les sensibiliser à son travail et à l'importance de leurs réponses. Leurs coordonnées téléphoniques étaient accessibles sur annuaire publique. Le second envoi informatique s'était déroulé selon les mêmes dispositions que le premier, à savoir via un courrier électronique, distribué par la secrétaire du CDOM Meuse aux MG équipés de la messagerie Apicrypt®, avec là aussi, explication de l'intérêt de l'étude et de la relance, et questionnaire en pièce jointe.

Les questionnaires étaient à retourner à l'investigateur pour le 31 octobre 2013, soit deux mois après premier envoi.

4. Analyse des données

La saisie des données récoltées avait été réalisée par l'investigateur à l'aide du logiciel EpiData® 3.1, suite à la réalisation d'un masque de saisie des données. Les analyses statistiques des données avaient été traitées à l'aide du logiciel SAS 9.3. La réalisation de celles-ci et du masque de saisie des données avait été possible grâce à l'aide de Monsieur Benjamin BETHUNE du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy. Les comparaisons des variables entre plusieurs groupes avaient été effectuées par le test du Chi². Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques était de 0,05.

RESULTATS

1. Taux de réponse

Grâce à la double sollicitation des 150 MG et à la relance à trois semaines, 80 médecins ont répondu à l'investigateur, soit un taux de réponse de 53,3%. 66 questionnaires sont revenus sous format papier et les 14 restants ont été renvoyés par courrier informatique.

2. Caractéristiques des MG répondants et de leur activité

cf tableau 1 page 26

La majorité des répondants était des hommes (60 MG soit 75%), âgés de plus de 52 ans (51 MG soit 63,7%). Néanmoins, la part des jeunes médecins (âge inférieur à 43 ans) n'était pas négligeable avec 18 répondants, soit 22,5%, et était même plus importante que celle des 43-52 ans, qui ne représentaient que 11 MG, soit 13,8% des répondants.

La répartition géographique en termes de zone urbaine ou non d'exercice était à peu près équivalente avec 42 MG exerçant en zone rurale, soit 52,5% des répondants, et 38 MG exerçant en zone urbaine, soit 47,5%. Par ailleurs, 52,5% des MG exerçaient seuls tandis que les 47,5% autres MG exerçaient en cabinet de groupe ou en maison/pôle de santé.

Pour l'essentiel des MG, à savoir 61,3%, les patients en excès pondéral représentaient 25 à 50% de leurs consultants, sachant que le nombre moyen de patients vu par semaine s'échelonnait, pour 66,2% des répondants, entre 100 et 150. Cependant, par rapport aux médecins exerçant en zone rurale, trois fois plus de médecins exerçant en zone urbaine avaient plus de 150 consultations par semaine et seuls 5,3% parmi ces derniers voyaient moins de 100 patients par semaine ($p=0,0223$).

23,8% des MG, soit 19 médecins, avaient des capacités ou équivalences complémentaires à la médecine générale, dont un seul parmi eux en diabétologie/nutrition. Pour les 18 autres, il ne leur était pas demandé de préciser dans quel domaine ils s'étaient spécialisés. 55% des médecins interrogés disaient avoir déjà assisté à des formations type FMC ou EPU sur l'excès pondéral. Un peu moins de la moitié des répondants (43,8%) avaient pris connaissance des recommandations HAS de 2011 sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité. En revanche, 92,5% d'entre eux reconnaissaient ne pas avoir lu le Plan Obésité.

Tableau 1. Caractéristiques des MG répondants et de leur activité

		N	Pourcentage (%)
Sexe	Homme	60	75
	Femme	20	25
Age	< 43 ans	18	22,5
	43-52 ans	11	13,8
	> 52 ans	51	63,7
Milieu d'exercice	Zone non urbaine/rurale (<2000 habitants)	42	52,5
	Zone urbaine (>2000 habitants)	38	47,5
Mode d'exercice	Seul	42	52,5
	Cabinet de groupe	38	47,5
Nombre de patients/semaine	< 100 patients	8	10
	100-150 patients	53	66,2
	> 150 patients	19	23,8
Pourcentage patients en excès pondéral	< 25%	29	36,2
	25-50%	49	61,3
	50-75%	2	2,5
	> 75%	0	0
Capacités ou équivalences	Oui	19	23,8
	Non	61	76,2
Si oui, est ce en :	Médecine de l'obésité	0	0
	Nutrition	1	5,3
	Diabétologie	1	5,3
	Autre	18	94,7
Participation à des formations	Oui	44	55
	Non	36	45
Recommandations HAS 2011 lues	Oui	35	43,8
	Non	45	56,2
Plan Obésité lu	Oui	6	7,5
	Non	74	92,5

N: nombre de réponses

Le Plan Obésité avait été lu par 13,6% des MG ayant assisté à des formations sur l'excès pondéral, tandis que, parmi les MG qui n'avaient pas participé à de telles réunions, aucun d'entre eux ne l'avait lu ($p=0,0212$).

Par ailleurs, 83,3% des MG ayant lu le Plan Obésité avaient lu les recommandations HAS de 2011 contre 40% des MG n'ayant pas lu le Plan Obésité ($p=0,0421$). Ces mêmes recommandations HAS avaient été lues par 55,3% des médecins exerçant en zone urbaine, alors que seul un tiers des médecins exerçant en zone rurale en avaient pris connaissance ($p=0,0483$).

3. Prise en charge globale et opinions

cf tableau 2 page 28

La plupart des MG (73,8%, tableau 2) pensaient qu'ils ne devraient pas accompagner dans leur démarche de perte de poids que les patients demandeurs de cette prise en charge. Cette donnée était encore plus validée par les médecins femmes ($p=0,0482$). Cependant 86,2% des médecins interrogés reconnaissaient que le motif de consultation de ces patients différait souvent de leur excès pondéral.

Près d'un médecin sur deux (48,7%) estimait qu'il existait une attitude négative envers ces patients, y compris de la part des professionnels de santé. Néanmoins, 71,3% des médecins interrogés considéraient comme valorisant d'aider ces patients à perdre du poids.

Pour 45% des répondants, il restait difficile de trouver informations et réponses à leurs questions, et seuls 8,8% d'entre eux, uniquement des médecins hommes ($p=0,0016$), se sentaient capables de prendre en charge seul ces patients. Les MG étaient également partagés sur la question de la formation professionnelle : 43,8% n'étaient ni en accord ni en désaccord avec le fait d'être professionnellement bien formés, et 36,2% affirmaient ne pas l'être.

Tableau 2. Prise en charge globale et opinions

Propositions	Réponses (%)				
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni désaccord en accord	en D'accord ni	Tout à fait d'accord
Je ne devrais prendre en charge pour excès pondéral que les patients qui le demandent	31,3	42,5	14,9	7,5	3,8
Le motif de consultation de ces patients est généralement autre que leur obésité	1,3	0	12,5	63,7	22,5
Je suis professionnellement bien formé pour prendre en charge ces patients	2,5	33,7	43,8	18,7	1,3
Aider ces patients à perdre du poids est valorisant	2,5	5	21,2	55	16,3
Il existe une attitude négative envers ces patients, y compris de la part des professionnels de santé	1,3	22,5	27,5	43,7	5
Il est simple de trouver informations et réponses aux questions qui se posent concernant cette prise en charge	3,8	41,2	26,2	27,5	1,3
Je suis capable de prendre en charge seul ces patients	11,2	52,5	27,5	8,8	0

4. Objectifs

Les données des diagrammes sont exprimées en pourcentage

Restaurer ou établir une activité physique chez les patients en excès pondéral était pour 92,5% des MG un objectif très important. Corriger un excès énergétique l'était également pour près des deux tiers (65%), et plus précisément pour 94,4% des moins de 43 ans, 45,5% des 43-52 ans et 58,8% des plus de 52 ans ; 45,5% des 43-52 ans et 37,3% des plus de 52 ans considéraient cet objectif assez important, tandis que 5,6% des moins de 43 ans le jugeaient comme tel ($p=0,0145$).

82,5% des répondants estimaient d'autre part qu'il était très important que la perte de poids soit réaliste et durable dans le temps. L'amélioration de l'estime et de la confiance en soi de ces patients l'était également pour 72,5% d'entre eux. Un peu moins des trois quarts des MG (73,8%) considéraient que prendre en charge les comorbidités de l'excès pondéral était aussi très important.

En revanche, sur la question d'un objectif pondéral strict, avec IMC ramené en dessous de 25kg/m², les MG étaient plus divisés (*cf figure 1*) : la moitié envisageait cet objectif comme assez important, tandis que 27,5% des MG le jugeaient peu important, et que 18,7% l'analysaient comme très important. De façon significative ($p=0,0325$), cet objectif était jugé différemment selon la zone d'exercice : les MG ruraux avaient tendance à le considérer comme peu à assez important, tandis que les MG urbains l'envisageait assez à très important (*cf figure 2*).

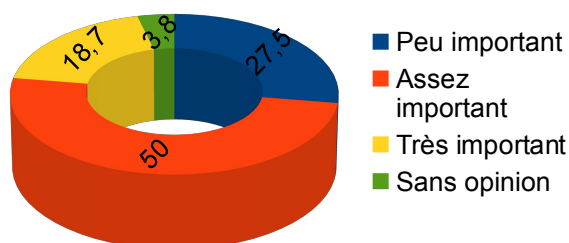


Figure 1 - Importance d'obtenir un IMC < 25kg/m²

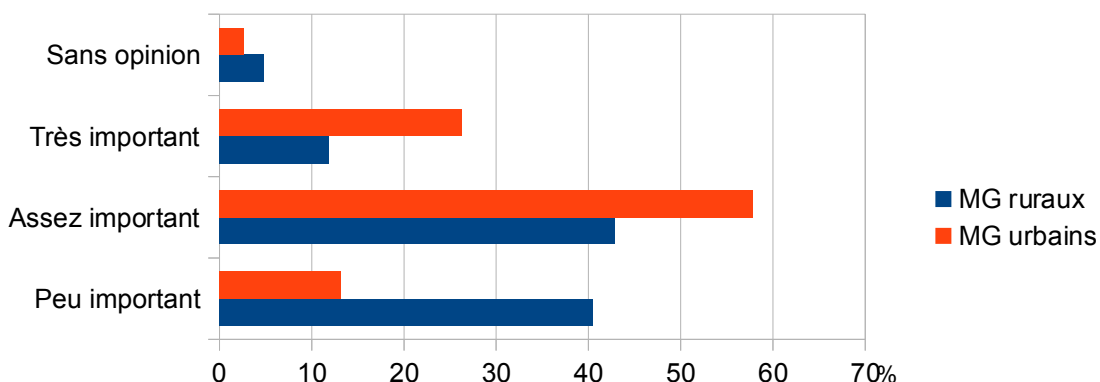


Figure 2 - Importance d'obtenir un IMC <25 kg/m² selon le milieu d'exercice

41 des médecins interrogés (51,2%) avaient classé ces différents objectifs par ordre d'importance. Il en ressortait que les objectifs principaux de cette prise en charge étaient d'améliorer l'estime et la confiance en soi, de restaurer/établir une AP et d'obtenir une perte de poids réaliste et durable. Venaient ensuite la correction d'un excès énergétique (24,4% des MG classaient cet objectif en quatrième position), la prise en charge des comorbidités (34,2% des MG l'envisageaient comme cinquième objectif à atteindre) et enfin, pour 78% des 41 répondants, l'obtention d'un IMC inférieur à 25kg/m².

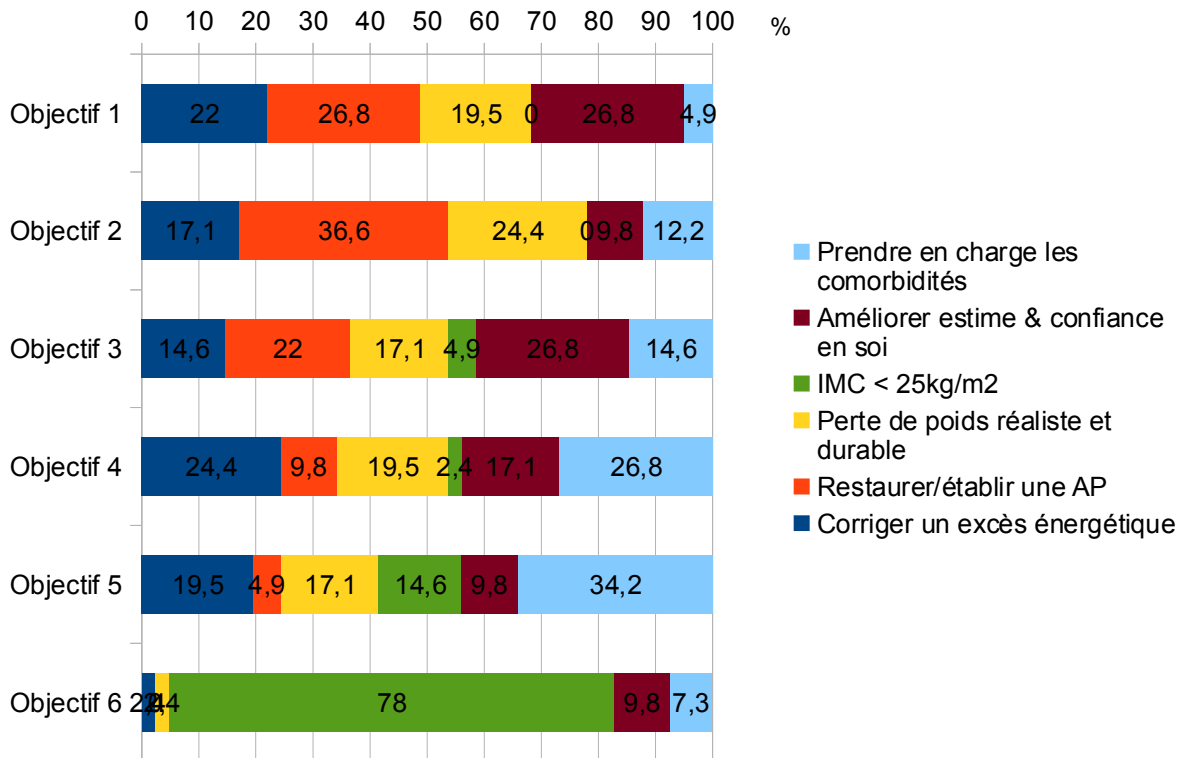


Figure 3 - Classement des objectifs selon leur importance

NB : objectif 6 : valeurs respectives : 2,4 – 0 – 2,4 – 78 – 9,8 et 7,3%.

5. Prévention

La majorité des MG étaient en accord avec les différentes propositions émises en matière de prévention de l'excès pondéral. Ainsi, ils étaient 91,2% à considérer comme essentielle une éducation nutritionnelle familiale visant à réduire les excès caloriques.

De même, 98,8% d'entre eux pensaient que la promotion de l'activité physique, de loisirs mais aussi au sein de la vie quotidienne, devrait être au cœur des actions de prévention, tout autant que la sensibilisation des patients aux effets de la sédentarité et du temps passé devant des écrans.

Enfin, 69 répondants, soit 86,3%, estimaient que cette prévention était primordiale quelque soit l'âge et le poids du patient. Cette proposition était encore plus approuvée par les médecins ayant lu les recommandations HAS (97,2% contre 77,7% chez les MG ne les ayant pas lues, $p=0,0333$).

6. Modalités de prise en charge

cf tableau 3 page 33

La moitié des MG considéraient qu'il était très important de recourir à un moment donné de la prise en charge à un diététicien. Ils étaient également 43,8% à envisager cette stratégie comme assez importante. 3,7% d'entre eux trouvaient cette approche peu importante et 2,5% des médecins interrogés étaient sans opinion. Un peu plus de la moitié (58,8%) des répondants adressaient régulièrement leurs patients en excès pondéral à un diététicien, d'autant plus s'il s'agissait d'un médecin femme ($p=0,0059$) et d'un médecin jeune (88,9% des moins de 43 ans, 72,7% des 43-52 ans et 45,1% des plus de 52 ans, $p=0,0031$).

En revanche, leurs avis sur l'intérêt d'orienter les patients vers d'autres professionnels de santé impliqués dans cette prise en charge étaient plus partagés.

Ainsi, ils n'étaient pas loin de la moitié à envisager comme assez important le recours à un médecin spécialisé dans l'excès pondéral (55%) et, pour les patients sévèrement obèses, celui à un chirurgien spécialisé dans le domaine de la chirurgie bariatrique (48%). Pour ces deux approches, l'autre moitié des répondants se divisaient de façon quasi-égale entre ceux qui considéraient le recours à ces spécialistes comme très important et ceux qui, à l'inverse, l'envisageaient comme peu important. En revanche, dans les deux situations, la plupart d'entre eux ne leur adressaient pas de patients.

De même, 57,5% des MG déclaraient le recours à un psychologue ou à un psychiatre être assez ou très important. Ils considéraient cette approche d'autant plus comme étant très importante qu'ils exerçaient en milieu rural : en effet, 21,4% des MG ruraux l'envisageaient comme tel, contre 2,6% des MG urbains ($p=0,044$). D'autre part, 33,3% des médecins âgés de moins de 43 ans adressaient leurs patients à un psychologue ou psychiatre, tandis qu'aucun médecin âgé de 43 à 52 ans ne le faisait, et que seuls 5,6% des médecins âgés de plus de 52 ans y avaient recours ($p=0,0029$). Pour ce qui était de l'orientation vers un éducateur médico-sportif ou toute autre structure impliquée dans l'activité physique, les résultats étaient assez similaires : 57,5% des MG l'estimaient assez ou très importante, et 23,8% peu importante. Là aussi, ils étaient une minorité à orienter leurs patients vers ces deux catégories de professionnels de santé, et surtout dans le domaine de l'activité physique, où ils n'étaient que 3,8% à le faire.

Concernant les réseaux de soins à orientation métabolique, 76,3% des MG jugeaient assez voire très important d'y recourir, alors que 13,7% d'entre eux estimaient cette démarche peu importante. A nouveau la majorité des MG, c'est-à-dire les trois-quarts, avouaient ne pas aborder de cette façon la prise en charge de leurs patients en excès pondéral.

Cependant, aucun MG estimait qu'il était peu important de suivre ces patients au long cours ou de rester impliqué dans leur prise en charge en parallèle du spécialiste. Ils étaient en effet plus de 90% à considérer ces deux approches comme assez ou très importantes. Là encore, dans les deux cas, seuls 40% d'entre eux appliquaient ces principes à leurs pratiques.

Enfin, la majorité des médecins interrogés (66,2%) pensaient peu important l'abord médicamenteux. 17,5% l'envisageaient comme assez important et aucun d'entre eux ne l'estimait très important. Aucun MG ne se sentait prêt à la prescription d'un tel traitement.

Tableau 3. Modalités de prise en charge

Propositions	Réponses (%)					
					Habituellement réalisé	
	Peu important	Assez important	Très important	Sans opinion	Oui	Non
Adresser à un spécialiste de l'excès pondéral	20	55	20	5	37,5	62,5
Adresser à un(e) diététicien(ne)	3,7	43,8	50	2,5	58,8	41,2
Adresser à un(e) psychologue et/ou psychiatre	30	45	12,5	12,5	11,2	88,8
Adresser à un(e) éducateur médico-sportif ou autre structure impliquée dans l'activité physique adaptée	23,8	47,5	10	18,7	3,8	96,2
Adresser à un réseau à orientation métabolique	13,7	52,5	23,8	10	25	75
Adresser à un chirurgien spécialisé en chirurgie bariatrique pour les patients sévèrement obèses	23,7	48,8	25	2,5	28,8	71,2
Suivre à long terme	0	12,5	85	2,5	40	60
Rester impliqué en parallèle du spécialiste	0	26,2	66,3	7,5	38,8	61,2
Prescrire un traitement pharmacologique	66,2	17,5	0	16,3	0	100

7. Difficultés

Les données des diagrammes sont exprimées en pourcentage

Ils étaient une majorité à considérer que le manque de motivation et/ou de compliance des patients était une difficulté majeure dans la prise en charge de leurs patients en excès pondéral (cf figure 4), tout comme l'était l'existence de troubles psycho-émotionnels sous-jacents, mais aussi de troubles du comportement alimentaire (TCA). 73,8% des MG ruraux et 52,6% des MG urbains désignaient ce manque de motivation et/ou de compliance comme étant une difficulté très importante, parallèlement à 21,4% des MG ruraux et 42,1% des MG urbains qui la considéraient comme assez importante ($p=0,043$) (cf figure 5).

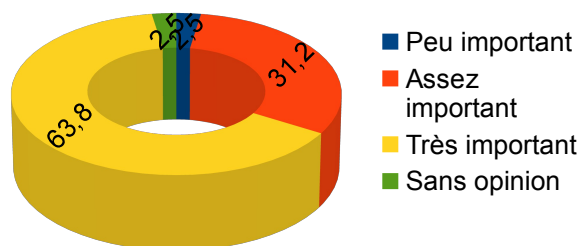


Figure 4 - Importance du manque de motivation et/ou de compliance des patients

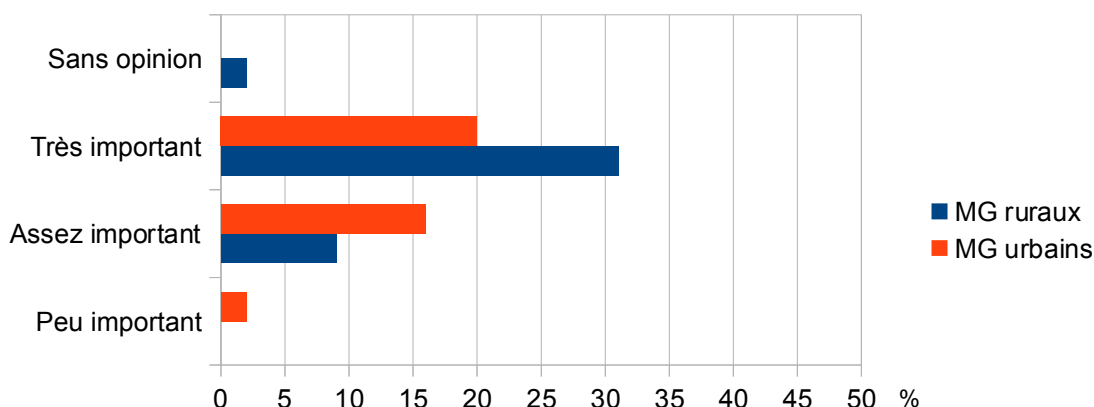


Figure 5 - Importance du manque de motivation et/ou de compliance des patients selon le milieu d'exercice

Pour près de la moitié des MG interrogés, les contraintes de temps étaient très importantes, tout comme celles de remboursement, aussi bien pour leur consultation que pour celle des autres intervenants. Ils n'étaient d'ailleurs que, respectivement, 7,5% et 12,5% d'entre eux, à n'estimer ces contraintes que peu importantes. Les contraintes de remboursement n'étaient pas jugées de la même importance selon que le médecin interrogé exerçait en milieu urbain ou non. En effet, entre ces deux populations, une différence significative était relevée ($p=0,0288$) : 69% des MG ruraux les considéraient comme très importantes, 23,8% comme assez importantes et 7,1% comme peu importantes ; en revanche, pour les MG urbains, 36,8% d'entre eux les estimaient très importantes, 42,1% assez importantes et 18,4% peu importantes.

48,8% des MG jugeaient assez importante la problématique des objectifs difficilement réalisables fixés par le patient. 55% d'entre eux estimaient d'autre part que le sentiment d'inefficacité, qui pouvait être ressenti par les soignants au cours de cette prise en charge, était également une difficulté assez importante à gérer.

Parmi ces différentes difficultés évoquées, le manque de compliance et/ou de motivation des patients était cité par 37,5% des MG comme principale difficulté rencontrée au cours de cette prise en charge. Etaient ensuite désignés les contraintes de temps (18,7% des répondants), les contraintes de remboursement et le sentiment d'inefficacité ressenti par les soignants (13,8% pour chaque item), l'existence de troubles psycho-émotionnels sous-jacents (11,2%) et enfin, l'existence de TCA (5%). Aucun médecin n'avait considéré la problématique des objectifs irréalisables fixés par le patient comme majeure.

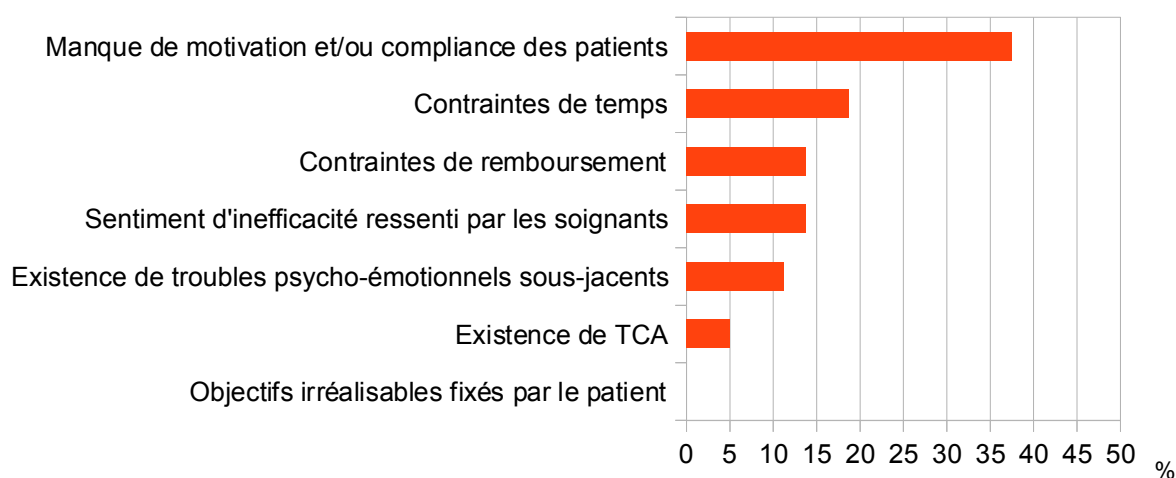


Figure 6 - Principale difficulté rencontrée par les MG au cours de leur prise en charge

8. Commentaires libres

Nombre de médecins déclaraient spontanément considérer surpoids et obésité comme des maladies chroniques, avec tout ce qu'une prise en charge « chronique » sous-entend, c'est-à-dire pluridisciplinarité, eux inclus, mais aussi implication de l'entourage du patient. Certains exprimaient l'existence de difficultés non abordées dans la partie concernée, comme le manque de structures dédiées à l'APA et à l'activité physique en général, d'autres, le besoin de développer consultations spécialisées en maison/pôle de santé et information autour des réseaux de soins.

L'importance du contexte socio-économique était rappelé à maintes reprises : l'idéal de minceur véhiculé par les médias ainsi que l'efficacité supérieure d'une pilule « miracle » comparée à celle d'une modification du mode de vie, le prix des aliments peu caloriques dans une population à faibles revenus, ou encore la problématique des transports, non remboursés, mais aussi insuffisamment développés dans le département, pour permettre aux patients d'honorer leurs différents rendez-vous.

DISCUSSION

Cette étude avait pour but d'appréhender les opinions et les attitudes des médecins généralistes meusiens dans la prise en charge de l'excès pondéral. Il en ressort que, comme dans de nombreuses autres études [26–28], les MG se sentent concernés par ce problème. L'excès pondéral est pour eux une maladie chronique et ils ont un rôle clé à jouer dans ce domaine. Le médecin généraliste bénéficie assurément d'une position privilégiée dans le parcours de soins, et sa connaissance unique du patient en fait un acteur indispensable.

Les médecins savent qu'ils sont incontournables en matière de prévention. Développer l'éducation nutritionnelle familiale pourrait être une mesure importante pour améliorer la prise en charge des patients en excès pondéral [15,29] et la majorité des MG meusiens le confirment. Tout comme dans la littérature, ils pensent qu'au delà de cette éducation nutritionnelle, il faut augmenter le niveau d'activité physique [30] mais aussi lutter contre la sédentarité et réduire le temps passé devant des écrans [31]. Ils sont également une majorité à penser, comme en Languedoc-Roussillon en 2005, que cette prévention doit être pour tous les patients, quelque soit leur âge et leur poids [27]. Toutefois, comme cela était déjà expliqué en 2003 dans le cadre de l'obésité infantile, l'intervention des médecins doit se faire à plusieurs niveaux dans cette stratégie [32]. Ces actions préventives doivent d'une part s'intégrer dans une politique de santé publique, afin de réduire l'exposition de la population générale aux facteurs environnementaux qui favorisent la prise de poids, comme la sédentarité, le manque d'activité physique ou encore l'excès énergétique lié à l'alimentation, mais aussi afin d'améliorer la qualité de vie de cette population. D'autre part, doivent s'y ajouter des actions plus médicales et plus ciblées sur les patients à risque de devenir en surpoids ou obèses, ceux chez qui le MG aura identifié des situations à risque de prise de poids, tels l'arrêt du tabac, la prise de certains médicaments, la ménopause, la grossesse, l'existence d'antécédents familiaux, une vulnérabilité psychologique... Il faut cependant rester attentif à ne pas surmédicaliser ce message de prévention, car il peut s'avérer inefficace. Des campagnes menées aux Etats-Unis sur les complications cardiovasculaires ou autres liées au surpoids se sont en effet soldées par des échecs en termes de prévention [33]. Il existe même, en favorisant la recherche de « l'idéal minceur » déjà suffisamment véhiculé dans notre société et décrié par les médecins eux-mêmes, un risque d'induire de réels TCA pouvant aggraver voire engendrer au final un excès pondéral.

Cette prévention est d'autant plus nécessaire lorsque l'on connaît les récentes données épidémiologiques disponibles sur la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. En accord avec celles-ci, les MG voient le nombre de leurs consultants en excès pondéral augmenter et sont confrontés au quotidien à ces pathologies chroniques. C'est également ce qui est constaté en Meuse. Mais si en théorie les MG se sentent concernés par ces pathologies qu'ils côtoient chaque jour, en pratique plusieurs difficultés et paradoxes s'immiscent dans cette prise en charge.

Les objectifs fixés au cours de cette prise en charge semblent avoir quelque peu évolué depuis 2005 [27] et apparaissent plutôt en accord avec les dernières recommandations. L'HAS fixe plusieurs objectifs thérapeutiques comme prévenir une prise de poids chez les patients en surpoids stable et sans comorbidité associée, obtenir une perte pondérale de 5 à 15% par rapport au poids initial chez les patients obèses, maintenir une perte de poids obtenue, stabiliser le poids lorsque le patient est en situation d'échec thérapeutique, ou encore prendre en charge les comorbidités associées. Améliorer le bien-être et l'estime de soi des patients, ainsi que leur qualité de vie, devient également un axe à ne pas négliger [19]. Il apparaît ainsi que pour les MG meusiens, améliorer l'estime et la confiance en soi de ces patients est devenu un objectif des plus importants, tout comme obtenir une perte de poids réaliste et durable. Il apparaît également que perdre du poids en vue d'un IMC inférieur à 25 kg/m² n'a plus le même crédit. La plupart des MG meusiens considèrent encore cet objectif pondéral strict comme assez important, mais comparés aux MG de Languedoc-Roussillon ils sont bien moins nombreux à l'envisager comme une priorité. Ils sont même quasi deux fois plus à l'estimer comme peu important, et d'autant plus en milieu rural. Aucun médecin de l'étude meusienne n'a d'ailleurs défini cet objectif comme primordial, et il semble donc qu'il soit plus pertinent pour eux d'obtenir une perte de poids réaliste, donc réalisable, et durable. Par ailleurs, restaurer ou établir une activité physique apparaît toujours comme essentiel. Corriger un excès énergétique et prendre en charge les comorbidités liées à l'excès pondéral le sont encore, mais dans une moindre mesure.

Il faut noter ensuite que les médecins se montrent plus à même de recourir aux soins des diététiciens. Dans les études de Thuan et Avignon en Languedoc-Roussillon [27] et de Fayemendy [34] en Haute-Vienne, la collaboration avec un diététicien n'apparaissait pas comme une priorité. Elle l'est devenue en Meuse. Près de 60% des MG adressent leurs patients à un diététicien, et ce malgré d'une part, l'offre limitée, puisque le département ne compte que quatre diététiciens libéraux, et d'autre part, l'absence de prise en charge de ces consultations par les organismes sociaux, difficulté évoquée par nombre de MG. Des consultations en milieu hospitalier permettent cependant de palier en partie à ce manque d'effectif et de gommer la problématique des remboursements.

En revanche, les autres pratiques apparaissent plus difficiles à faire progresser et diffèrent de celles espérées au vu des objectifs énoncés et de l'importance accordée à chacune d'entre elles par les MG. Ainsi, malgré l'importance confirmée de l'activité physique par la plupart des médecins, seuls quelques uns d'entre eux adressent leurs patients à des professionnels adaptés. Le manque d'infrastructures dédiées à cet effet, cité à plusieurs reprises par les répondants, est indéniable en milieu rural [35] et les MG ne savent vers qui se tourner. Ils manquent aussi d'information sur la manière de prescrire cette activité physique. Des conseils oraux sont certes formulés au patient mais ils sont éloignés des recommandations [30]. Les MG ont donc besoin d'outils pour générer des ordonnances, pour qu'il existe une véritable prescription médicale de ces thérapies non médicamenteuses, et de surcroît écrite, ce qui pourrait s'avérer plus efficace que les simples conseils oraux [36].

De même, les MG restent une majorité à considérer comme assez important le recours à un spécialiste en nutrition. Cependant, ils n'adressent leurs patients en excès pondéral à ces consultations que dans environ 40% des cas. Là aussi, en Meuse, seul un service dédié à la prise en charge de ces patients existe, ce qui peut freiner le MG dans son orientation.

Le recours au chirurgien, lorsqu'il est indiqué, reste tout autant faible, comme l'indiquait déjà Foster aux Etats-Unis [37]. Peut-être faut-il y voir aussi, au delà du peu de spécialistes installés, un manque d'information, malgré l'existence de recommandations éditées par l'HAS sur ce point en 2009 [38], et même plus spécifiquement à l'attention du médecin traitant [39]. C'est en tout cas ce qu'une étude menée auprès de généralistes de la ville de Chartres suggérait [40].

La prise en charge par un psychologue ou un psychiatre demeure également limitée, même si la plupart des MG sont là aussi d'accord sur le fait que cette approche est assez importante. Kristeller démontrait en 1997 que les MG étaient hésitants face à un tel recours, et ce même si des arguments cliniques avaient été clairement identifiés [41]. Les pratiques semblent varier en fonction de l'âge des MG meusiens, les plus jeunes apparaissant être ceux qui adressent le plus leurs patients à ces professionnels de santé. Pour Epling, il se pourrait aussi que les médecins installés en ville, supposés plus jeunes, mais aussi moins expérimentés que leurs confrères ruraux, attribuent plus d'importance aux facteurs psycho-comportementaux par rapport à ces derniers [42]. En Meuse, en revanche, comparés aux médecins ruraux, les médecins urbains étaient moins sensibles à l'importance que pouvait avoir une telle approche. Pour autant, il n'existait pas de différence significative dans leur pratique.

Quant au traitement médicamenteux, peu de MG se sentent prêts à le prescrire et peu l'envisagent comme partie intégrante de la prise en charge des patients. Cela est en accord avec les données de l'HAS, qui ne recommande pas la prescription d'orlistat [19], seule molécule autorisée dans ce domaine. Cependant d'autres experts pensent que, lorsque l'indication est retenue, cette prescription devrait se faire [15,16,29] et, en 2012, l'Agence Européenne du Médicament (EMA) confirmait que la balance bénéfique/risque des spécialités contenant de l'orlistat restait favorable dans les indications de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) [43]. Des études ont prouvé l'efficacité que pouvait avoir à long terme, en parallèle des autres interventions habituelles, un traitement par orlistat [44]. Pourtant la stratégie médicamenteuse a toujours été la plus délaissée et en Israël par exemple, seuls 4% des MG y avaient recours il y a une dizaine d'années [45]. Il n'est pas impossible que cela soit aussi en lien avec l'impact qu'ont eu les effets secondaires associés aux spécialités appartenant à la famille des fenfluramines.

Nous l'avons vu les MG se sentent concernés. La plupart d'entre eux considèrent donc qu'il est fondamental de rester impliqué en parallèle des spécialistes dans la prise en charge des patients en excès pondéral, mais aussi de suivre ces patients au long cours. Pourtant, seuls 40% d'entre eux respectent ces convictions. Aux Etats-Unis, malgré une forte prévalence, une récente étude révèle que les MG semblent se désinvestir de cette tâche, et ce même lorsque des complications existent [46]. Néanmoins, en 2005, Thuan et Avignon relevaient déjà ce paradoxe [27] et plusieurs hypothèses peuvent être émises pour l'expliquer.

Tout d'abord, le manque de temps est considéré par les MG meusiens comme une contrainte des plus importante, et il est vrai que cela peut avoir une réelle influence sur la suite des soins [47]. Pourtant, ce « temps » et la durée sont des alliés en médecine générale. La valorisation du chemin parcouru, des changements de mode de vie effectués et le renforcement des actions mises en place par le patient sont les éléments clés de l'accompagnement thérapeutique de ces patients. D'autre part, ce manque d'investissement dans la prise en charge des patients en excès pondéral est aussi fort probablement lié au manque d'intérêt que peuvent porter les MG à ces patients. Et là encore, plusieurs arguments viennent étayer ce fait. Dans un premier temps, le sentiment d'inefficacité ressenti par les soignants au cours de cette prise en charge, révélé dans de nombreuses études [31,48] peut être tenu, en partie, pour explication. Ce ressenti est en effet considéré par les MG meusiens comme une difficulté importante. Ensuite, il est tout autant possible, comme l'évoque Foster [37], que ce manque d'intérêt soit en lien avec les attitudes et opinions négatives que peuvent dégager les médecins à l'encontre de ces patients. Enfin, le manque d'information sur cette pathologie et sa prise en charge peut également conduire à un désintérêt des praticiens. Les MG meusiens trouvent qu'il est difficile d'obtenir des informations et des réponses en ce qui concerne la prise en charge de l'excès pondéral. Pourtant, ils sont un peu moins de la moitié à avoir pris connaissance des recommandations HAS de 2011 sur la prise en charge médicale de premier recours du surpoids et de l'obésité, et ce d'autant plus qu'ils sont en milieu rural. Ils ne sont par ailleurs que quelques uns à avoir lu le « Plan Obésité 2010-2013 ». Notons qu'en 2003, en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, ils n'étaient déjà que 6,7% à avoir lu le guide pratique sur la prise en charge de l'obésité qui existait alors. Ces données ne sont néanmoins pas surprenantes car il a déjà été montré en France le peu d'impact que pouvaient avoir, sur les pratiques des médecins, des recommandations ou autres guides pratiques édités dans des domaines autres que celui de l'obésité [49]. Et par exemple, alors que le cancer est devenu la première cause de décès en France [50], dans le cadre d'une étude sur la prise en charge des patients cancéreux par ces mêmes MG meusiens en 2011, seul un tiers d'entre eux s'était intéressé aux plans cancer et en avait lu au moins un des deux [51]. Le développement de ces recommandations sur la prise en charge de premiers recours était donc une étape indispensable, qui devra être complétée et plus largement diffusée.

Mais au delà du manque d'information, un autre problème majeur existe : celui de la formation. Car, si plus de la moitié des MG meusiens ont assisté à des formations type FMC ou EPU, seul un médecin parmi les 80 répondants détient une capacité en diabétologie/nutrition. Et ils sont partagés sur le fait d'être professionnellement bien formés. Là aussi, plusieurs études, en France [27,28,30], mais également dans d'autres pays comme les Etats-Unis [41], ont abouti à la conclusion que la formation des MG était insuffisante. Cette formation est pourtant indispensable et doit être la plus précoce possible. Elle ne doit pas se limiter à la seule connaissance physiopathologique de l'obésité et de ses déterminants, mais doit préparer les professionnels de santé à une approche holistique des patients en excès pondéral [52]. L'humanité et l'attitude que peuvent avoir les soignants envers ces patients doivent être reconsidérées. Comme pour toute pathologie chronique, ces aspects ne doivent pas être négligés, car il existe chez ces personnes une réelle souffrance, qui peut être accentuée par une prise en charge inadaptée. Il est prouvé qu'augmenter les connaissances sur la maladie et la prise en charge des patients en excès pondéral permet d'améliorer la conduite soignante à tenir [53]. Des auteurs suggèrent en effet qu'une meilleure connaissance de cette prise en charge est associée à un moindre sentiment de frustration et à un moindre pessimisme de la part des MG quant au fait que les patients ne peuvent perdre du poids et que les traitements instaurés sont inefficaces [31,53]. Mieux connaître la pathologie peut également aider les MG à avoir un regard moins péjoratif sur ces patients. Ces représentations négatives ont en outre pour conséquences un manque de sensibilisation à la prise en charge de ces patients au cours des études médicales. Car la population médicale n'échappe pas à la stigmatisation des patients en excès pondéral.

Ces attitudes et jugements négatifs ont en effet été déjà largement décrits [27,28] et, en Meuse aussi, les MG pensent qu'il existe une attitude négative, y compris de la part des professionnels de santé, à l'encontre de ces patients. En accord avec la littérature [26,27,53], la principale difficulté évoquée par les MG dans cette prise en charge est le manque de motivation et de compliance des patients. C'est là une difficulté directement imputée au patient, ce qui implique justement cette opinion négative que peuvent avoir les médecins vis-à-vis de ces patients. Ce sentiment semble encore plus vrai lorsque le MG exerce en zone rurale. Pourtant, les patients n'ont souvent pas la même vision que leurs médecins et il se peut que ces derniers sous-estiment la motivation et/ou la compliance de leurs patients. Il leur faut donc rester vigilants sur ce point et être capables de changer leur comportement et de s'adapter aux représentations du patient. Car il peut en découler une altération de la confiance réciproque existant entre médecin et patient, avec, d'une part chez le patient, un sentiment de vulnérabilité et/ou de culpabilité naissant ou renforcé, ainsi qu'une altération de l'estime de soi [54], et, d'autre part chez le médecin, un sentiment d'inefficacité pouvant aller, comme dit précédemment, jusqu'au désintérêt. Il apparaît ainsi nécessaire que les médecins soient plus empathiques envers ces patients afin d'en améliorer la prise en charge [55], et comme le disait Stunkard, « *Comme pour toute maladie chronique, nous avons rarement l'occasion de guérir, mais nous avons celle de traiter le patient avec respect. Une telle expérience peut être le plus grand cadeau qu'un médecin peut offrir à un patient obèse.* » [56]. Une majorité des médecins interrogés estimait tout de même qu'il était valorisant d'aider ces patients à perdre du poids, alors qu'en 2005, seule la moitié des MG de Languedoc-Roussillon étaient en accord avec cette proposition [27].

Au delà de la formation et de l'attitude des MG, cette prise en charge doit être pluridisciplinaire. Les MG devront être aidés par d'autres professionnels de santé, mais aussi par les réseaux. Ces derniers représentent un outil de soins considérable, permettant d'offrir notamment l'écoute dont le patient a besoin. Ils s'avèrent être une approche complémentaire et non négligeable à celle du MG mais semblent pourtant être sous-utilisés. Ils ont besoin d'être encore plus développés, et les MG doivent y être plus sensibilisés et plus inclus. En cela, pour promouvoir les réseaux de prise en charge de l'obésité, le plan obésité propose un cahier des charges répondant à plusieurs objectifs, à savoir structurer l'offre de soins, promouvoir l'interdisciplinarité, favoriser le décloisonnement des acteurs de santé et mettre à disposition des praticiens de premier recours les relais pour l'activité physique, les aspects diététiques et psychologiques [20]. Dans le Nord-Pas-de-Calais [57], une étude sur la triangularisation MG-patient-réseau démontre ainsi que ces réseaux sont primordiaux mais qu'il est encore nécessaire d'améliorer la communication entre médecins et réseaux, de même que leur financement. Les contraintes de remboursement représentent en effet une des principales difficultés de cette prise en charge, et ce d'autant plus que l'on se situe en zone rurale. Le mode de prise en charge de tous ces professionnels de santé par les caisses d'assurance maladie reste par ailleurs encore à définir. Mais au delà de ce pluriprofessionnalisme, il ne faut pas négliger, d'une part, l'entourage du patient, qui peut s'avérer être un atout majeur, et d'autre part, les nouvelles technologies, qui, à l'heure de la télémédecine, vont intervenir de plus en plus dans la prise en charge des patients. Des outils informatiques pourraient aider le MG et le patient à mieux se comprendre et à mettre en place des modifications du mode de vie. Plusieurs études ont déjà prouvé le bénéfice que pouvaient avoir des programmes de prise en charge des problèmes de poids via Internet [58,59]. Ces technologies sont d'autant plus à considérer dans un département rural comme la Meuse, où les moyens humains et techniques à disposition peuvent parfois être limités. La faible utilisation de ce genre d'outils semble en outre davantage liée à un manque d'applications adaptées qu'à une réticence de la part des médecins [30].

Il faut par ailleurs souligner le milieu rural dans lequel s'est déroulée l'étude, à la différence des études précédemment menées en France. Il est reconnu que la prévalence de l'obésité est inversement proportionnelle à la taille des agglomérations [6], et même si nous ne disposons pas de valeurs précises, nous pouvons supposer qu'en Meuse elle n'est pas négligeable. En atteste le nombre de consultants en excès pondéral déclaré par les MG répondants. La répartition des médecins entre zones urbaines et rurales implique des différences significatives dans cette prise en charge. Leurs objectifs diffèrent, et leurs pratiques aussi. Les catégories socio-professionnelles populaires sont celles qui sont le plus touchées par l'excès pondéral et le moins par l'importance de l'image corporelle renvoyée [18]. Il n'est donc pas surprenant que les objectifs des MG et des patients en zone rurale soient plus globaux. Ceci peut expliquer en partie pourquoi l'approche psychologique y est considérée comme plus importante. Mais le caractère rural marqué du département entraîne bien des difficultés dans la prise en charge de ces patients. Comme nous l'avons dit, le manque de professionnels de santé libéraux, le défaut d'infrastructures dédiées à l'activité physique, l'existence d'un seul service hospitalier orienté vers les patients en excès pondéral sans relais en maison ou pôle de santé, ou encore des patients bien souvent tributaires des transports non remboursés, rendent la tâche difficile et le rôle-clé du MG meusien n'en est que plus renforcé.

Nous devons enfin reconnaître plusieurs limites à cette étude. Tout d'abord, même si notre taux de réponse de 53,3% est acceptable et comparable à celui d'autres études menées dans ce domaine [28,34,53], les résultats restent à interpréter avec précaution et ne peuvent être généralisés, d'autant plus qu'ils sont issus de données déclaratives. D'autre part, nous ne pouvons négliger le fait que les médecins ayant répondu soient plus intéressés par le sujet que les non-répondants. De ce fait, il se peut qu'un biais d'interprétation existe. Les MG répondants ont également pu être réticents à déclarer certaines opinions ou attitudes, même si, afin de gommer le plus possible ce biais, pour la plupart des questions, ils pouvaient répondre « Sans opinion » ou « Ni en désaccord ni en accord ». Par ailleurs, nous ne nous sommes pas intéressés aux caractéristiques pondérales des médecins et ne les avons pas interrogés sur leur IMC. Plusieurs études ont pourtant montré l'influence que ce paramètre pouvait avoir sur la prise en charge des patients en excès pondéral tant sur les opinions que sur les approches thérapeutiques de ces médecins [30,60,61]. De même nous n'avons pas interrogés les médecins sur la pratique ou non d'une activité physique. Enfin, bien que nous connaissions l'existence d'un service spécialisé dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité dans le sud meusien, nous n'avons pas analysé les données en fonction du lieu d'exercice du médecin en termes de répartition nord/sud meusien. Cela aurait pu nous renseigner sur d'éventuelles différences, notamment de pratiques, et nous faire discuter de l'influence que peut avoir un tel service sur les opinions et les attitudes des MG installés aux alentours.

CONCLUSION

A l'heure du Plan Obésité et des recommandations HAS de 2011 sur la prise en charge médicale de premier recours du surpoids et de l'obésité, nous avons voulu connaître par cette étude quelles étaient les opinions et les attitudes des médecins généralistes de Meuse en matière d'excès pondéral. Pour cela, un questionnaire a été établi et envoyé aux MG meusiens avec un taux de réponse de 53,3%. Les résultats nous amènent à conclure que les médecins, même s'ils se sentent concernés par cette pathologie, restent toujours insuffisamment formés et informés sur le sujet, et ce malgré les dernières recommandations. Les choses semblent évoluer, mais lentement. Les objectifs apparaissent être désormais plus tournés vers un objectif de santé globale. La prise en charge par les diététiciens s'élargit également. Toutefois, les pratiques progressent difficilement et l'implication d'autres professionnels de santé dans le parcours de soins du patient demeure limitée. L'image que renvoient les patients s'avère être toujours perçue comme négative et les difficultés demeurent identiques, à savoir principalement le manque de motivation et/ou de compliance du patient, puis les contraintes de temps et de remboursement, et le sentiment d'inefficacité ressenti par les MG. Face à ces freins, il est donc nécessaire de mettre en place plusieurs leviers. Une diffusion plus large des informations existantes et un rappel efficace des recommandations actuelles doivent être réalisés, en parallèle d'une formation des professionnels de santé plus précoce, plus approfondie et plus humaine, d'une pluridisciplinarité avec une meilleure communication entre acteurs de soins au profit du patient, et de plus d'empathie pour ces personnes. Car l'excès pondéral est une maladie multifactorielle et complexe, qui requière toute l'attention des soignants, mais aussi des politiques, l'impact économique qu'il représente ayant été prouvé. Les MG sont de formidables partenaires, à la base de cette chaîne de soins, et il apparaît indispensable de les accompagner dans cette démarche de prise en charge de qualité. Il est primordial de leur donner dans ce but tous les outils nécessaires, comme éventuellement les nouvelles technologies, afin qu'ils soient intéressés mais aussi plus en adéquation avec les recommandations en cours. Il serait d'autre part intéressant de croiser ces données avec celles d'autres enquêtes, qualitatives pour apprécier au mieux le ressenti des médecins dans cette prise en charge, mais aussi quantitatives et comparables, menées dans d'autres départements français se démarquant de la Meuse en termes de démographie, générale et médicale, et de niveaux économiques et socio-culturels.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization/WHO Consultation on obesity (1997: Geneva, Switzerland). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva, 3-5 June 1997. 1998 p. 284.
2. Razak F, Corsi DJ, Subramanian SV. Change in the Body Mass Index Distribution for Women: Analysis of Surveys from 37 Low- and Middle-Income Countries. *PLoS Medicine*. 2013;10(1):e1001367.
3. Flegal KM. Prevalence of Obesity and Trends in the Distribution of Body Mass Index Among US Adults, 1999-2010. *JAMA*. 2012;307(5):491.
4. Forrester T. Epidemiologic transitions: migration and development of obesity and cardiometabolic disease in the developing world. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series. 2013;71:147-156.
5. NHS. Statistics on Obesity, Physical Activity and Diet - England, 2013 [Internet]. [cité 30 nov 2013]. Disponible sur: <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/public-health/obesity/obes-phys-acti-diet-eng-2013/obes-phys-acti-diet-eng-2013-rep.pdf>
6. OBEPI 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. [Internet]. [cité 30 nov 2013]. Disponible sur: http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf
7. Midthjell K, Lee CM, Langhammer A, Krokstad S, Holmen TL, Hveem K, Colagiuri S, Holmen J. Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical Obesity*. 2013;3(1-2):12-20.
8. Lévy E, Lévy P, Le Pen C, Basdevant A. The economic cost of obesity: the French situation. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 1995;19(11):788-792.
9. Emery C, Dinet J, Lafuma A, Sermet C, Khoshnood B, Fagnani F. Evaluation du coût associé à l'obésité en France. *Presse Med*. 2007;36(6 Pt 1):832-40.
10. Colagiuri S, Lee CM, Colagiuri R, Magliano D, Shaw JE, Zimmet PZ, Caterson ID. The cost of overweight and obesity in Australia. *Med J Aust*. 2010;192(5):260-4.
11. Wolf AM, Colditz GA. The cost of obesity: the US perspective. *PharmacoEconomics*. 1994;5(Suppl 1):34-37.
12. Seidell JC. The impact of obesity on health status: some implications for health care costs. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 1995;19:S13-6.
13. Roux L, Donaldson C. Economics and obesity: costing the problem or evaluating solutions? *Obesity Research*. 2004;12(2):173-9.

14. Lehnert T, Sonntag D, Konnopka A, Riedel-Heller S, König HH. The long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions: systematic literature review. *obesity reviews*. 2012;13(6):537-53.
15. Basdevant A, Laville M, Ziegler O. Recommendations for the diagnosis, prevention and the treatment of obesity in France. *Diabetes & Metabolism*. 2002;28:146-150.
16. Quilliot D, Roché G, Mohebbi H, Sirvaux MA, Böhme P, Ziegler O. Nonsurgical management of obesity in adults. *La Presse Médicale*. 2010;39(9):930-944.
17. Lemasson D. Médecin généraliste, un acteur-clé de santé publique. *Revue du soignant en santé publique*. 2009;5(34):30-31.
18. Régnier F. Obésité, corpulence et souci de minceur : inégalités sociales en France et aux États-Unis. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2006;41(2):97-103.
19. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. 2011 sept. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
20. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan Obésité 2010-2013. 2011.
21. Cornet P, Touizer-Benaroché E. Prise en charge en médecine générale. *Traité Médecine et Chirurgie de l'Obésité*. 2011.
22. Basdevant A. Plan obésité : impulser, mobiliser et après ? *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2013;48(3):119-122.
23. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Lorraine. Écoscopie de la Meuse [Internet]. 2006 [cité 30 nov 2013]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=14490&page=EL/EL_Ecoscopie55/Synthese.htm
24. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Populations légales 2010 - 55-Meuse [Internet]. 2012 [cité 30 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/departement.asp?dep=55&annee=2010>
25. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Définitions et méthodes - Unité urbaine [Internet]. [cité 30 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-urbaine.htm>
26. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obesity Research*. 2000;8(6):459-66.
27. Thuan J, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 2005;29(9):1100-1106.
28. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, Paraponaris A. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obesity research*. 2005;13(4):787-95.

29. Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité. Traduction des recommandations européennes. Prise en charge de l'obésité de l'adulte: propositions pour les soins de santé primaires en Europe. *Obesity*. 2007;2:146-51.
30. 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 & Metabolism*. 2012;38(3):243-249.
31. Fayemendy P, Desport JC. Poster 1999 - La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne:difficultés rencontrées et suggestions d'améliorations. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2012;47(Hors-série 2):S154.
32. Ziegler O, Basdevant A, Bernard-Harlaut M, Poulain JP, Ricour C. Should the prevention of obesity be demedicalised? *Annales d'Endocrinologie*. 2003;64(5 Pt 2):S45-51.
33. Shape Up America: guidance for treatment of adult obesity. Bethesda, MD, USA: American Obesity Association (AOA); 1997.
34. Fayemendy P, Avodé Z, Pivois L, De Rouvray C, Jésus P, Desport JC. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2011;46(4):199-205.
35. Eley D, Eley R. How do rural GPs manage their inactive and overweight patients?: A pilot study of rural GPs in Queensland. *Australian family physician*. 2009;38(9):747-8.
36. Smith BJ, Bauman AE, Bull FC, Booth ML, Harris MF. Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. *British Journal of Sports Medicine*. 2000;34(4):262-267.
37. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research*. 2012;11(10):1168-77.
38. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte [Internet]. 2009 janv. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1104697
39. Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Information médecin traitant [Internet]. 2009 juill. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=r_1500646
40. Da Silva Pires E, Jacobi D, Couet C. Médecins généralistes et chirurgie bariatrique: une enquête qualitative. *Obésité*. 2012;7:240-9.
41. Kristeller JL, Hoerr RA. Physician attitudes toward managing obesity: differences among six specialty groups. *Preventive Medicine*. 1997;26:542-549.
42. Epling J, Morley C, Ploutz-Synder R. Family physician attitudes in managing obesity: a cross-sectional survey study. *BMC research notes*. 2011;4(1):473.
43. European Medicines Agency. Xenical-Assessment report. 2012.

44. Hauptman J, Lucas C, Boldrin MN, Collins H, Segal KR. Orlistat in the long-term treatment of obesity in primary care settings. *Archives of family medicine*. 2000;9(2):160-167.
45. Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, Biderman A, Itzhak B, Kitai E. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 2002;26(10):1393-1397.
46. Yates EA, Macpherson AK, Kuk JL. Secular trends in the diagnosis and treatment of obesity among US adults in the primary care setting. *Obesity*. 2012;20(9):1909-1914.
47. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJ, Morris RW, Morrell DC. The « five minute » consultation: effect of time constraint on verbal communication. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*. 1986;292(6524):874-876.
48. Price JH, Desmond SM, Krol RA, Snyder FF, O'Connell JK. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. *American journal of preventive medicine*. 1987;3(6):339-345.
49. Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C, Giraud-Roufast A, Audipog Sentinel Network. Do perinatal guidelines have an impact on obstetric practices? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2012;60(5):355-362.
50. Aouba A, Péquignot F, Le Toullec A, Jouglu E. Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2007;(35-36):308-14.
51. Dufour R. Le ressenti de la prise en charge globale des patients atteints de cancer par les médecins généralistes ruraux: l'exemple du département de la Meuse à l'époque des plans cancer. Université de Lorraine; 2012.
52. Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*. 2013;48(2):98-103.
53. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland P, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity*. 2009;17(9):1710-6.
54. Malterud K, Ulriksen K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2011;6(4).
55. Pollak KI, Østbye T, Alexander SC, Gradison M, Bastian LA, Brouwer RJ, Lyna P. Empathy goes a long way in weight loss discussions. *Journal of Family Practice*. 2007;56(12):1031-1036.
56. Stunkard AJ. Talking with patients. *Obesity: Theory and Therapy*. Raven Press. New York; 1993. p. 355-363.
57. Denetiere S, Berkhout B, Bouchez JS, Cadwallader JS, Romon M. P041 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. *Nutrition clinique et métabolisme*. 2011;25(S2):72-73.

58. Anderson-Bill ES, Winett RA, Wojcik JR, Winett SG. Web-based guide to health: relationship of theoretical variables to change in physical activity, nutrition and weight at 16-months. *Journal of Medical Internet Research*. 2011;13(1):e27.
59. Parekh S, Vandelanotte C, King D, Boyle FM. Improving diet, physical activity and other lifestyle behaviours using computer-tailored advice in general practice: a randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012;9(1):108.
60. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of Physician BMI on Obesity Care and Beliefs. *Obesity*. 2012;20(5):999-1005.
61. Zhu D, Norman IJ, While AE. The relationship between health professionals' weight status and attitudes towards weight management: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2011;12(5):e324-37.

AUTRES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES AYANT CONTRIBUE A LA REALISATION DE CE TRAVAIL

62. Avidor Y, Still CD, Brunner M, Buchwald JN, Buchwald H. Primary care and subspecialty management of morbid obesity: referral patterns for bariatric surgery. *Surgery for obesity and related diseases*. 2007;3(3):392-407.
63. Cade J, O'Connell S. Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. *The British Journal of General Practice*. 1991;41(345):147.
64. Carvajal R, Wadden TA, Tsai AG, Peck K, Moran CH. Managing obesity in primary care practice: a narrative review. *Annals of the New York Academy of Sciences* [Internet]. 2013 [cité 17 févr 2013]; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nyas.12004/full>
65. Crawford D. Population strategies to prevent obesity. *BMJ*. 2002;325:728-729.
66. Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *The British Journal of General Practice*. 2005;55(519):750.
67. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Family Practice*. 2006;7(1):35.
68. Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 1999;282(16):1576.
69. Gunther S, Guo F, Sinfield P, Rogers S, Baker R. Barriers and enablers to managing obesity in general practice: a practical approach for use in implementation activities. *Quality in Primary Care*. 2012;20(2):93-103.
70. Harvey EL, Glenny AM, Kirk SFL, Summerbell CD. An updated systematic review of interventions to improve health professionals' management of obesity. *Obesity Reviews*. 2002;3(1):45-55.
71. Huber CA, Mohler-Kuo M, Zellweger U, Zoller M, Rosemann T, Senn O. Obesity management and continuing medical education in primary care: results of a Swiss survey. *BMC family practice*. 2011;12(1):140.
72. Lewis A, Jolly K, Adab P, Daley A, Farley A, Jebb S, Lycett D, Clarke S, Christian A, Jin J. A brief intervention for weight management in primary care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14(1):393.
73. Malterud K, Tonstad S. Preventing obesity: Challenges and pitfalls for health promotion. *Patient Education and Counseling*. 2009;76(2):254-259.

74. NICE. Obesity, guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. National Institute for Health and Clinical Excellence [Internet]. 2006 [cité 6 janv 2013]; Disponible sur: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg43niceguideline.pdf>
75. Phelan S, Nallari M, Darroch FE, Wing RR. What do physicians recommend to their overweight and obese patients? *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2009;22(2):115-22.
76. Rippe JM, McInnis KJ, Melanson KJ. Physician involvement in the management of obesity as a primary medical condition. *Obesity research*. 2012;9(S4):302S-311S.
77. Ruelaz AR, Diefenbach P, Simon B, Lanto A, Arterburn D, Shekelle PG. Perceived barriers to weight management in primary care—perspectives of patients and providers. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(4):518-22.
78. Salinas GD, Glauser TA, Williamson JC, Rao G, Abdolrasulnia M. Primary care physician attitudes and practice patterns in the management of obese adults: results from a national survey. *Postgraduate medicine*. 2011;123(5):214-219.
79. Tham M, Young D. The role of the General Practitioner in weight management in primary care—a cross sectional study in General Practice. *BMC family practice*. 2008;9(1):66.
80. Tsai AG, Williamson DF, Glick HA. Direct medical cost of overweight and obesity in the USA: a quantitative systematic review. *Obesity Reviews*. 2011;12(1):50-61.
81. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, Micic D, Maislos M, Roman G, Schutz Y, Toplak H, Zahorska-Markiewicz B. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *Obesity Facts*. 2008;1(2):106-116.

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1. Importance d'obtenir un IMC < 25 kg/m ²	page 29
Figure 2. Importance d'obtenir un IMC < 25 kg/m ² selon le milieu d'exercice	page 29
Figure 3. Classement des objectifs selon leur importance	page 30
Figure 4. Importance du manque de motivation et/ou de compliance des patients	page 34
Figure 5. Importance du manque de motivation et/ou de compliance des patients selon le milieu d'exercice	page 34
Figure 6. Principale difficulté rencontrée par les MG au cours de leur prise en charge	page 35

Tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des MG répondants et de leur activité	page 26
Tableau 2. Prise en charge globale et opinions	page 28
Tableau 3. Modalités de prise en charge	page 33

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Prise en charge des adultes en excès de poids en médecine générale en Meuse en 2013

Ségolène HELAS-LUBRANIECKI

I. Vous concernant :

- vous êtes : un homme une femme
- vous êtes âgé de :
 - < 43 ans 43-52 ans > 52 ans
- vous exercez :
 - a/ en milieu non urbain (commune < 2000 habitants)
 - en milieu urbain (commune > 2000 habitants)
 - b/ seul
 - en cabinet de groupe ou maison/pôle de santé
- concernant votre activité professionnelle :
 - combien voyez vous de patients par semaine ?
 - < 100 100-150 > 150
 - quel pourcentage représente les patients adultes en excès de poids (surcharge pondérale ET obésité) ?
 - <25% 25-50%
 - 50-75% > 75%
- avez vous des capacités ou équivalences:
 - oui non
 - si oui, est ce en:
 - nutrition diabétologie
 - médecine de l'obésité autre
- avez vous déjà participé à des formations quel quelles soient (cours, FMC, EPU, ...) sur l'obésité ?
 - oui non
- Avez vous lu :
 - recommandations de HAS sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte
 - oui non
 - plan obésité
 - oui non

II. Concernant la prise en charge (PeC) de ces patients en excès de poids, diriez vous que :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni en accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Je ne devrais prendre en charge pour excès de poids que les patients qui le demandent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le motif de consultation de ces patients est généralement autre que leur obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je suis professionnellement bien formé pour prendre en charge ces patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aider ces patients à perdre du poids est valorisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il existe une attitude négative envers ces patients, y compris de la part des professionnels de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il est simple de trouver des informations et des réponses aux questions qui se posent concernant cette prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis capable de prendre en charge seul ces patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Concernant vos objectifs pour cette prise en charge, diriez vous que :

	Peu important	Assez important	Très important	Sans opinion	Numéroter de 1 à 6 du + au - important
8. Corriger un excès d'apport énergétique est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Rétablir/instaurer un minimum d'activité physique est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Une perte de poids réaliste et durable dans le temps est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Obtenir une perte de poids pour atteindre un IMC < 25 kg/m ² est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Une amélioration de «estime de soi» et de la «confiance en soi», indépendamment du poids est:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Une PeC des comorbidités, indépendamment du poids est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IV. Concernant votre avis sur la **prévention** de l'excès de poids, diriez vous que :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni en accord	D'accord	Tout à fait d'accord
14. Elle est essentielle quelque soit le poids et l'âge du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. L'éducation nutritionnelle familiale visant à réduire les excès caloriques doit être au cœur des actions de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La promotion de l'activité physique (loisirs, vie quotidienne) doit être au cœur des actions de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Il faut sensibiliser les patients aux effets de la sédentarité et du temps passé devant les écrans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Concernant les **différentes approches possibles** dans cette prise en charge, diriez vous que :

Quelles approches réalisez vous habituellement?

	Peu important	Assez important	Très important	Sans opinion	Habituellement réalisé
18. Adresser le patient à un spécialiste de l'obésité est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Adresser le patient à un(e) diététicien(ne) est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Adresser le patient à un psychologue ou psychiatre est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Adresser le patient à un éducateur médico-sportif ou autre structure/professionnel de santé spécialisé dans l'activité physique adaptée est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Adresser le patient à un réseau de soins à orientation métabolique (ADOR55 ou REDIVHOM) est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Pour les patients sévèrement obèses, adresser le patient à un chirurgien spécialiste de chirurgie bariatrique dès que la question est abordée est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Suivre ces patients à long terme est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Rester impliqué dans le suivi, en parallèle du spécialiste, est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Prescrire un ttt pharmacologique spécifique de l'obésité (si c'était possible facilement) est :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VU

NANCY, le **12 mars 2014**

Le Président de Thèse

NANCY, le **18 mars 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur O. ZIEGLER

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6484

NANCY, le **27 mars 2014**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pour le Président et par délégation

Le Vice-Président

Martial DELIGNON

RESUME DE LA THESE

L'excès pondéral n'a cessé de voir sa prévalence progresser au fil des dernières décennies et est devenu un enjeu majeur en termes de santé publique : le Plan Obésité 2010-2013 est né et en 2011, de nouvelles recommandations sur la prise en charge de premier recours ont été éditées, replaçant le médecin généraliste au centre de ce parcours de soins.

Une enquête quantitative à l'aide d'un questionnaire a été menée auprès des médecins généralistes (MG) de Meuse, le plus rural des quatre départements lorrains, afin de connaître leurs opinions, mais aussi leurs pratiques et leurs vécus, quant à cette prise en charge. Les 150 MG meusiens ont été sollicités par double envoi (courrier et informatique), avec relance à trois semaines de l'envoi initial.

80 médecins soit 53,3% ont répondu, dont un seul avec une formation en diabétologie/nutrition. La question de la formation pose problème et 48,7% d'entre eux pensent qu'il existe une attitude négative envers les patients en excès pondéral, y compris de la part des professionnels de santé. La prévention leur apparaît comme essentielle et les objectifs sont dorénavant plus tournés vers une santé globale. 93,8% considèrent assez voire très important le recours à un diététicien, 75% celui à un spécialiste de l'obésité et 57,5% celui à un éducateur en activité physique. Pourtant, ils ne sont respectivement que 58,8%, 37,5% et 3,8% à le faire. Ce paradoxe est également constaté lorsqu'est abordée la question du suivi, où, pour plus de 90% des MG qui l'envisagent assez à très important, seuls 40% d'entre eux s'y tiennent. L'utilisation des réseaux est insuffisante et la prescription médicamenteuse, inexistante. Cependant, plusieurs difficultés existent, principalement le manque de motivation et/ou de compliance des patients, les contraintes de temps et de remboursement, et le sentiment d'inefficacité ressenti par les soignants.

Ces résultats témoignent ainsi d'une divergence entre théorie et pratique en matière de prise en charge de l'excès pondéral. Les MG sont concernés et volontaires pour s'y impliquer davantage, mais manquent encore de formation et de moyens, techniques mais aussi humains, adaptés. Il apparaît donc essentiel de poursuivre les différentes mesures entreprises afin de les aider. Des efforts doivent également être menés pour mieux accepter et moins stigmatiser ces patients, en vue d'une prise en charge de qualité.

TITRE EN ANGLAIS

Management of overweight and obesity : survey of general practitioners in a rural french county (Meuse).

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2014

MOTS-CLES : MEDECINE GENERALE – PRISE EN CHARGE – SURPOIDS – OBESITE – RECOMMANDATIONS – PREVENTION – RURAL – MEUSE

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY
