

ANNEE 2012

THESE N°

LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DU DEPARTEMENT DE LA HAUTE VIENNE : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES
ET SUGGESTIONS D'AMÉLIORATION

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2012

par

Philippe Joseph Maurice FAYEMENDY

né le 24/05/1983, à Limoges

Examineurs de la thèse

M. le Professeur DESPORT Jean Claude, Président et Directeur

Mme le Professeur TESSIER-CLEMENT Marie-Pierre, Juge

M. le Professeur BUCHON Daniel, Juge

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie, Juge

Mme le Docteur DUBREUIL Elise, Membre invité



DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :
Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S. = Chef de Service

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (SUR. 31.08.2015)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (C.S.)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BERTIN Philippe (C.S.)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S.)	O.R.L.
BONNAUD François (SUR. 31.08.2015)	PNEUMOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S.)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIODIAGNOSTIC
CLEMENT Jean-Pierre (C.S.)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (C.S.)	IMMUNOLOGIE

COLOMBEAU Pierre (SUR. 31.08.2014)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S.)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEISS Pierre (SUR. 31.08.2013)	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
FEUILLARD Jean (C.S.)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (C.S.)	CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S.)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (C.S.)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE

MABIT Christian (C.S.)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (C.S.)	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (SUR. 31.08.2015) (C.S.)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (C.S.)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (SUR. 31.08.2013)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S.)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (C.S.)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S.)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (C.S.)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S.)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (SUR. 31.08.2014)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE

VERGNENEGRE Alain (C.S.)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice (CS)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S.)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Claude DESPORT, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier pour avoir dirigé ce travail. Vous me faites l'honneur de présider ma thèse. Je vous suis reconnaissant pour votre disponibilité, votre patience et vos conseils. Vous avez pris le temps de me sensibiliser et de me former au travail de recherche, ce qui n'était pas gagné d'avance... Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier pour avoir accepté de juger ce travail. Je vous suis reconnaissant pour vos conseils délivrés lors de mon bref passage au sein du service d'Endocrinologie Diabétologie. Je garde de ce stage un souvenir des plus agréables, tant sur le plan de la formation que sur celui des relations humaines. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON, Professeur Associé, Médecin Généraliste pour avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie de m'avoir soutenu et conseillé lors de l'élaboration de mon questionnaire de thèse. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, Professeur Associé, Médecin Généraliste, pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Elise DUBREUIL, Médecin Généraliste, pour avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie de m'avoir suivi et conseillé au cours de mes trois années d'internat. Soyez assurée de ma gratitude et de ma reconnaissance.

A mon amour, Charlotte, depuis peu mon épouse, pour ta présence au quotidien. Tu as le don de trouver les mots justes pour me motiver lorsque le cœur n'y est pas. Ta présence me redonne confiance en moi et ta tranquillité m'apaise. Comme tu le sais, notre rencontre m'a permis d'évoluer, positivement... il était temps ! Tu illumines ma vie. Je t'aime.

A mes parents, Colette et Jean-François, pour m'avoir soutenu tout au long de mes études médicales. Tout n'a pas toujours été facile pour vous, je suis conscient des sacrifices que vous avez fait pour me permettre de mener à bien mes projets. Vos conseils m'apportent toujours beaucoup. Merci pour votre présence et votre amour.

A mes sœurs, Isabelle et Marion, pour toutes ces années de bonheur passées ensemble (et pour toutes celles qui viendront, j'en suis sûr !)

A mes grands parents, pour m'avoir soutenu plus que de raison lors de mon parcours étudiant.

A mes beaux-parents, Hubert et Monique, pour votre aide et vos conseils... et surtout pour m'avoir permis de vivre au quotidien avec mon principal soutien : Charlotte.

A mes Maîtres de stage, en particulier les Dr Cécile ADAM, Dr Marie-Agnès PICAT, Dr Hélène GALLAN, Dr Serge LAVAURE, Dr Jean François PAZIAULT, qui ont eu la lourde tâche de participer à ma formation d'interne.

Au Dr Pierre JESUS, pour tes conseils lors de mon passage à l'Unité de Nutrition et surtout pour ta bonne humeur ! J'espère avoir de nouveau l'occasion de travailler avec toi dans cette franche ambiance de camaraderie (« cuir... »). Soit assuré de mon amitié.

Aux personnes m'ayant aidé dans la relecture de ce travail : Charlotte, Monique, Isabelle et ceux que j'oublie...

A tous mes amis, puisqu'après l'effort il y a le réconfort, et que le réconfort ne serait pas le même sans les moments passés ensemble. Une pensée particulière pour Jeff, Sly, Ruz, Thom et Nico, qui ont compté (et compte toujours !) beaucoup pour moi.

Aux patients, qui par un mot ou un sourire me rappellent quel est le sens de mon métier.

A l'URPS Médecins Libéraux, à l'ORS Limousin et au Conseil Scientifique de l'ALAIR, de m'avoir soutenu dans la réalisation de ce travail.

Au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute Vienne, à l'ARS Limousin et au Centre spécialisé de la prise en charge de l'obésité sévère du CHU de Limoges, pour avoir approuvé la réalisation de ce travail.

Enfin, aux Médecins Généralistes qui ont eu l'amabilité de répondre à mon questionnaire, sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir.

GLOSSAIRE DES ABBREVIATIONS

- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **CMB** : Circonférence Musculaire Brachiale
- **cm** : centimètre
- **d** : densité corporelle
- **DER** : Dépense Energétique de Repos
- **DEXA** : Dual energy X-ray Absortiométrie
- **HTA** : Hypertension Artérielle
- **IMC** : Indice de Masse Corporelle
- **km** : kilomètre
- **m** : mètre
- **MG** : Médecin Généraliste
- **MM** : Masse Maigre
- **Nb** : Nombre
- **ObEpi** : Obésité Epidémiologie
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ORS** : Observatoire Régional de la Santé
- **PB** : Périmètre Brachial
- **PACA** : région Provence Alpes Côtes d'Azur
- **PCT** : Pli Cutané Tricipital
- **TT** : Tour de Taille
- **RR** : Risque Relatif
- **RTH** : Rapport tour de Taille/tour de Hanche
- **URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé
- **ZEAT** : Zone d'Etude et d'Aménagement du Territoire
- **%** : Pourcentage

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE DES ABBREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'OBESITE ET PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE EN MEDECINE GENERALE

1. DEFINITION DE L'OBESITE

- 1.1 Les mesures de base en pratique clinique
- 1.2 L'étude de la composition corporelle

2. EPIDEMIOLOGIE

- 2.1 La prévalence de l'obésité et du surpoids dans le monde
- 2.2 L'obésité et le surpoids en France
- 2.3 L'obésité et le surpoids en région Limousin

3. COMPLICATIONS ET CONSEQUENCES DE L'OBESITE

- 3.1 Principales pathologies associées à l'obésité
- 3.2 Rapport entre obésité et mortalité
- 3.3 Effets « protecteurs » de l'obésité
- 3.4 Coût économique du surpoids et de l'obésité

4. PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

- 4.1 L'évaluation de l'état nutritionnel
- 4.2 Les objectifs thérapeutiques
- 4.3 La prise en charge nutritionnelle
- 4.4 Les traitements médicamenteux
- 4.5 Le traitement chirurgical

5. L'OBESITE ET LA MEDECINE GENERALE

- 5.1 Enjeux et missions du médecin généraliste dans la prise en charge du patient obèse
- 5.2 Analyse de la demande d'amaigrissement
- 5.3 Mise en place du projet thérapeutique
- 5.4 Accompagnement thérapeutique et psychologique
- 5.5 Difficultés rencontrées par le MG dans sa gestion de l'obésité
- 5.6 Propositions d'amélioration de la prise en charge de l'obésité en médecine générale

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE REALISEE

1. INTRODUCTION ET OBJECTIFS
2. METHODOLOGIE
 - 2.1 Echantillonnage
 - 2.2 Descriptif du questionnaire
 - 2.3 Analyse statistique
3. RESULTATS
 - 3.1 Description de la population
 - 3.2 Difficultés rencontrées par les MG lors de la prise en charge du sujet obèse
 - 3.3 Propositions d'amélioration de la prise en charge du patient obèse en médecine générale
 - 3.4 Satisfaction des MG quant à leur prise en charge globale de l'obésité
4. DISCUSSION

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

INTRODUCTION

L'obésité est un problème de santé publique, surtout dans les pays développés où sa prévalence a nettement progressé au cours des trente dernières années (1, 2). Cette évolution est liée en partie au changement de mode de vie et à la sédentarisation. Aux Etats Unis en 2006, 32,7 % des américains de plus de 20 ans avaient un surpoids, 34,3 % une obésité (3). En France, selon le rapport ObEpi 2009, la prévalence des adultes de plus de 18 ans en surpoids est de 31,9 %, et celle des obèses est de 14,5%. Cette prévalence a progressé de 70 % en douze ans (1), augmente avec l'âge et touche toutes les catégories socio professionnelles à des degrés divers. En région Limousin, la prévalence de l'obésité était de 13,8 % en 2009, proche de la moyenne nationale, avec une augmentation de 55,1 % en douze ans (1).

L'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire à domicile du patient obèse est à l'heure actuelle embryonnaire. De par sa position dans le parcours de soins, le médecin généraliste (MG) joue un rôle majeur dans l'encadrement de cette pathologie chronique, d'une part car les patients sont de plus en plus nombreux et demandeurs de conseils nutritionnels et d'autre part à cause de la diversité des complications qu'entraîne l'obésité (1, 2). Le MG est au cœur d'un réseau impliquant de nombreux acteurs médicaux : endocrinologue, médecin nutritionniste, diététicien, psychiatre, éducateur sportif, etc. Il intervient en amont par un rôle de prévention et de détection, et en aval une fois l'obésité constituée. Son rôle est alors de définir avec le patient des objectifs thérapeutiques raisonnables et de l'aider à les atteindre (4, 5). Cette tâche est rendue difficile par l'inégalité entre le processus physiopathologique complexe qui mène à l'obésité et la faiblesse des moyens de la médecine générale (6).

Les données portant sur la pratique des MG face à l'obésité sont orientées surtout sur la place des obèses dans les patientèles (7, 8, 9). Bien qu'une étude réalisée en 2008 en Haute-Vienne ait donné des éléments préliminaires sur le sujet (10), peu de données sont connues concernant les difficultés rencontrées par le MG dans la prise en charge de l'obésité, les suggestions d'amélioration de cet encadrement, et la perception des MG face à cette pathologie complexe. Pour autant, il existe trois types d'obstacles à la prise en charge identifiés dans la littérature : les difficultés liées aux patients, tel le manque de motivation (7, 11, 12), les difficultés liées aux praticiens, telles les attitudes négatives à l'égard des sujets obèses (6, 13, 14) et les obstacles liés au contexte extérieur, telle une situation socio-économique précaire (12). Les solutions proposées pour améliorer la prise en charge du patient obèse par le MG sont multiples, mais ne font pas l'unanimité du corps médical selon les études : création de réseaux de soins pour certains (10, 15, 16), amélioration de la formation médicale (7, 10, 15) ou encore lutte contre les comportements négatifs pour d'autres (11, 17).

Cette nouvelle enquête a pour principal objectif de faire le point sur les difficultés rencontrées par les MG du département de la Haute-Vienne face à

l'obésité, sur leurs propositions d'amélioration de cette prise en charge, et sur leur opinion quant à l'encadrement de leurs patients obèses. Dans un second temps, par l'identification des principaux freins à cette prise en charge, cette étude vise à proposer des éléments de décision mieux adaptés pour les MG et des éléments actualisés d'orientation de la politique de santé départementale.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR
L'OBESITE ET PRISE EN CHARGE DE
L'OBESITE EN MEDECINE GENERALE

1. DEFINITION DE L'OBESITE

L'obésité se définit comme une augmentation du tissu adipeux ayant des conséquences somatiques et psycho-sociales avec un retentissement sur la qualité de vie.

La définition de l'obésité nécessite donc l'évaluation de la masse grasse corporelle. Celle-ci représente normalement environ 10 à 15% % du poids corporel chez l'homme jeune et 20 à 25% du poids corporel chez la femme jeune (18).

1.1 Les mesures de base en pratique clinique

Il existe un indice d'obésité d'utilisation simple et facilement reproductible: il s'agit de l'indice de masse corporelle (IMC).

1.1.1 L'indice de masse corporelle

L'IMC est un indice simple de corpulence communément employé pour la classification du déficit pondéral, du surpoids et de l'obésité. L'IMC ou indice de QUETELET se calcule en faisant le rapport entre le poids (en kg) et la taille au carré (en m²) (19). Par exemple, un sujet mesurant 1,85m et avec un poids de 79kg a un IMC de $79 \times 1,85^2 = 23,08 \text{ kg/m}^2$. A noter que s'agissant d'un indice, il n'est pas obligatoire d'exprimer son unité.

Son utilisation est devenue la référence mondiale car il ne nécessite comme instrument de mesure qu'une toise et un pèse personne. De plus, des outils simples de pratique courante sont disponibles et dispensent du calcul (figure 1) :

Figure 1 : Exemple de réglette permettant le calcul de l'IMC



Les valeurs de référence déterminées par l'OMS sont données par le tableau 1 :

Tableau 1 : Valeurs de référence de l'IMC (OMS)

	Dénutrition	Normalité	Surpoids- Obésité
Enfants	IMC < 3 ^{ème} percentile sur la courbe	varie en fonction de l'âge et du sexe associé aux courbes de corpulence (carnet de santé)	IMC > 97 ^{ème} percentile sur la courbe distinction entre obésité de grade 1 ou 2 selon l'intensité
Adultes de 18 à 70 ans	IMC < 18,5 : dénutrition IMC < 16,5 : dénutrition sévère	18,5 < IMC < 24,9	25 < IMC < 29,9 : surpoids 30 < IMC < 34,9 : obésité modérée 35 < IMC < 39,9 : obésité sévère IMC > 40 : obésité morbide
Adultes de plus de 70 ans	IMC < 21 : dénutrition	21 < IMC < 30	IMC > 30 : obésité

L'IMC constitue la mesure la plus utile, même si elle est grossière, de l'obésité dans une population. On peut l'utiliser pour estimer la prévalence de l'obésité dans une population et les risques qui y sont associés. Cependant, l'utilisation de l'IMC présente des limites:

- l'IMC ne permet pas de faire la distinction entre le poids associé à la masse musculaire de celui associé au tissu adipeux d'un individu (18, 19). De plus, le pourcentage de masse grasse augmente avec l'âge jusqu'à 60-65 ans dans les deux sexes (20) et est plus important chez la femme que chez l'homme pour un même IMC (21). Par conséquent, dans les comparaisons transversales il faut interpréter avec prudence les IMC si l'on a besoin d'évaluer la masse grasse ;
- l'IMC ne tient pas compte de la grande variation observée dans la répartition des graisses dans l'organisme, et ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité ou au même risque associé, d'un individu ou d'une population à l'autre (19). Ainsi, la prise en charge de l'obésité nécessite d'une part la détermination de l'IMC, mais se base de plus sur l'examen clinique qui permet de mieux évaluer les aspects morphologiques des individus et notamment la répartition du tissu adipeux qui est importante dans l'estimation des risques (18) ;
- les différences de constitution et celles enregistrées entre IMC et masse grasse peuvent modifier l'éventail d'IMC considéré comme normal. Par exemple, les aborigènes d'Australie, très grands et très minces, ont

tendance à avoir un IMC faussement bas; dans cette population l'éventail d'IMC normal semble se situer entre 17 et 22, des complications métaboliques apparaissant rapidement lorsque l'IMC dépasse 22 (19) ;

- enfin, l'augmentation de l'IMC peut être en rapport avec des situations pathologiques aiguës, telles la présence d'œdèmes ou d'ascite (18), ou des situations physiologiques rares (sportifs de haut niveau tels les haltérophiles, lutteurs, judokas...) entraînant une surévaluation de celui-ci.

1.1.2 La mesure du tour de taille et l'estimation de l'adiposité abdominale

Les risques liés à l'obésité dépendent de l'importance du tissu adipeux mais aussi de sa répartition particulièrement abdominale et péri viscérale. Ainsi, un excès de masse grasse à ces niveaux définit l'obésité « androïde », qui a pour conséquence une augmentation de la prévalence des maladies métaboliques et cardiovasculaires alors que la répartition du tissu adipeux au niveau des hanches et des cuisses définit l'obésité « gynoïde » qui expose moins à ces risques.

L'évaluation de l'adiposité abdominale se fait par la mesure du périmètre abdominal (tour de taille), à mi distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le rebord costal au niveau de la ligne médio-axillaire. C'est une méthode simple et pratique qui permet d'identifier l'obésité « androïde ». Cependant, comme pour l'IMC, la mesure du tour de taille (TT) est soumise à des différences interindividuelles et inter-populations (22, 23).

En Europe, l'obésité abdominale est définie par un TT supérieur à 94 cm chez l'homme et 80 cm chez la femme alors qu'en Amérique du Nord, ce seuil est de 102 cm pour les hommes et 88 cm pour les femmes (23).

Un autre indice est aussi utilisé pour l'évaluation de l'adiposité abdominale, il s'agit du rapport entre le tour de taille et le tour de hanche. Ainsi, l'obésité androïde peut aussi être définie par un rapport taille/hanche (RTH) supérieur à 1 chez l'homme et 0.85 chez la femme (18). Néanmoins l'établissement du RTH ne permet pas de différencier la graisse péri viscérale de la graisse sous-cutanée ; seule la tomodensitométrie abdominale permettrait de quantifier précisément la graisse intra abdominale et cette méthode est encore une fois peu accessible en pratique courante. Le RTH est aujourd'hui peu utilisé, car moins informatif que le TT.

Il existe une corrélation entre les risques cardiovasculaire et métabolique lié à l'excès pondéral (défini par l'IMC) et celui lié au tour de taille. En effet ce risque augmente avec l'IMC et avec le tour de taille, comme le montre le tableau 2 :

Tableau 2 : Risques liés à l'excès pondéral et au tour de taille (TT)
(23)

IMC (kg/m ²)	TT ≤ 88 cm (Femme) TT ≤ 102 cm (Homme)	TT > 88 cm (Femme) TT > 102 cm (Homme)
18,5 – 24,9	*	Elevé
25 – 29,9	Peu élevé	Elevé
30 – 34,9	Elevé	Très élevé
35 – 39,9	Elevé	Très élevé
> 40	Très élevé	Extrêmement élevé

* Les cellules bleues représentent le niveau de risque

1.2 L'étude de la composition corporelle

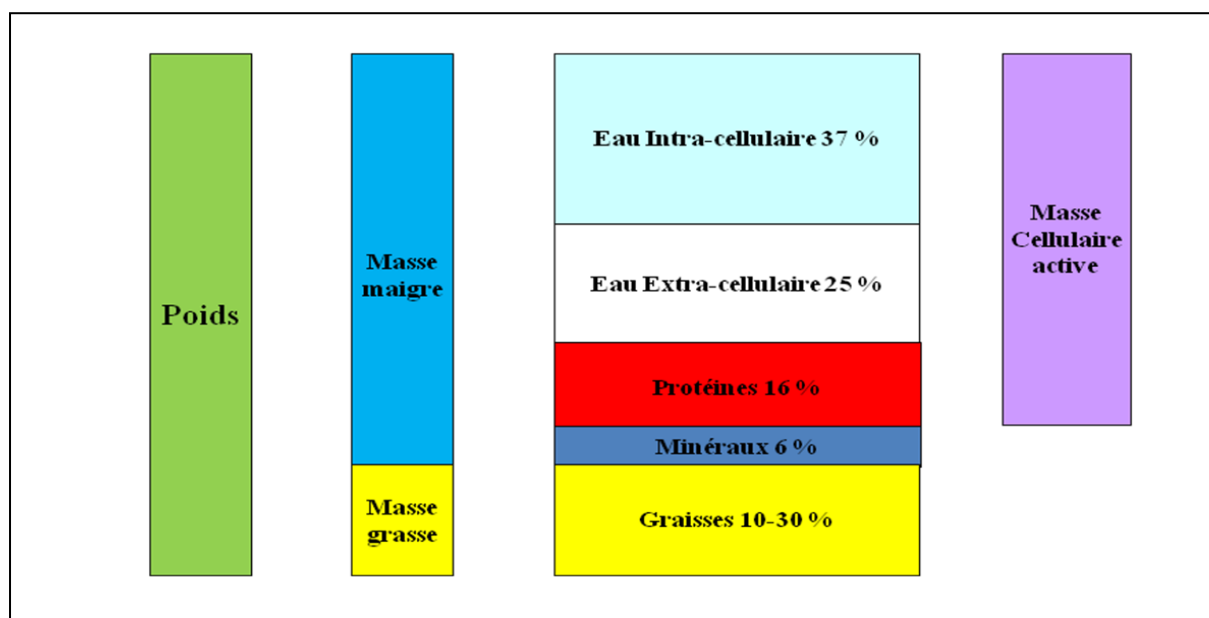
L'étude de la composition corporelle a pour but d'obtenir une évaluation précise de la masse grasse et de la masse maigre (MM).

Elle est basée sur différents systèmes et modèles de compartimentation du corps humain:

- anatomique, le plus ancien, il sépare le corps en différents tissus (musculaire, adipeux, osseux...),
- physiologiques qui donnent une représentation du corps en compartiments. Les modèles les plus utilisés sont les modèles à deux, à trois ou à quatre compartiments :
 - o le modèle à deux compartiments oppose la masse grasse qui correspond aux triglycérides contenus dans les adipocytes, qui est virtuellement dépourvu d'eau, et la masse maigre qui correspond à la somme de l'eau, des muscles, des os et des organes,
 - o le modèle à trois compartiments où la masse maigre se compose de la masse cellulaire active qui représente l'ensemble des cellules des organes, des muscles et de l'eau extracellulaire,
 - o le modèle à quatre compartiments, qui est le modèle de référence où un compartiment masse osseuse est ajouté à la masse maigre qui correspond aux cristaux de phosphate tricalcique du squelette.

La figure 2 représente une schématisation des différents modèles d'étude de la composition corporelle :

Figure 2 : Composition corporelle (Brozek 1963)



Il n'y a pas de mesure directe des compartiments, hormis la dissection de cadavre, qui n'est pas utilisée en pratique courante. Par ailleurs, une autre méthode de référence de mesure de la composition corporelle, la densitométrie (immersion sous l'eau), n'est pas non plus utilisée en pratique, pour des raisons de difficultés de réalisation évidentes.

En médecine de l'obésité, il est intéressant d'étudier la composition corporelle puisque la masse maigre permet de rendre compte de la dépense énergétique de repos (cf infra), et car c'est sur la réduction de la masse grasse que va porter le travail du praticien.

1.2.1 La mesure des plis cutanés et du périmètre brachial

La mesure des plis cutanés est une méthode de mesure indirecte et de prédiction de la densité corporelle. Cette méthode est simple mais peu utilisée au quotidien ; elle nécessite l'utilisation d'une pince spécialement calibrée (adipomètre) permettant de mesurer l'épaisseur du pli cutané sans écraser le tissu adipeux sous-cutané. Les mesures doivent être réalisées par un opérateur entraîné et si possible par un opérateur identique chez un même individu afin de rendre les comparaisons au cours du temps plus fiables.

Les plis les plus couramment mesurés sont :

- le pli bicipital, mesuré en pinçant dans la longueur la peau de la face antérieure du bras à mi distance de la pointe de l'olécrane et de celle de l'acromion,
- le pli tricipital (PCT), mesuré en pinçant dans la longueur, la peau de la face postérieure du bras à mi distance en regard du triceps,
- le pli sous-scapulaire, mesuré en pinçant la peau à deux travers de doigt en dessous de la pointe de l'omoplate,

- le pli supra-iliaque, mesuré en pinçant la peau dans le sens vertical, à mi distance entre le rebord inférieur des côtes et le sommet de la crête iliaque.

Ces mesures sont réalisées par convention du côté dominant et la somme des quatre plis permet d'estimer la densité corporelle (d) à partir d'une équation de prédiction :

$$d = c - m \times \log (\text{somme des 4 plis})$$

Les coefficients c et m figurent dans les tables qui tiennent compte du sexe et de la tranche d'âge. Cette méthode d'évaluation de la densité corporelle à partir de recueil de données anthropométriques est de loin la plus utilisée en médecine (24).

La densité corporelle étant fonction de la proportion entre masse grasse et MM et de la densité de la MM, il est possible de déterminer la masse grasse à partir de la densité corporelle par l'utilisation d'une équation formulée par Siri en 1961 (24) :

$$\text{Pourcentage de masse grasse} = (4,95/d - 4,55) \times 100$$

Il existe une technique anthropométrique simplifiée, qui part du principe que le bras est représentatif du reste du corps. Ainsi, le PCT rend compte de la masse grasse, et la mesure du périmètre brachial (PB), à mi distance entre l'olécrâne et l'acromion, associée à celle du PCT permet de calculer la circonférence musculaire brachiale (CMB), qui est un reflet de la MM, selon la formule:

$$\text{CMB (cm)} = \text{PB (cm)} - (n \times \text{PCT (en cm)})$$

Cette méthode de prédiction de la densité corporelle par mesure des plis présente néanmoins plusieurs limites :

- la mesure du pli cutané est difficile chez les sujets présentant une obésité sévère, ainsi un PCT supérieur à 40 mm n'est pas interprétable pour le calcul de la CMB,
- les quatre plis sélectionnés ne prennent pas en compte le tissu adipeux de la partie inférieure du corps ce qui entraîne une sous estimation de l'obésité gynoïde,
- cette méthode estime mal le tissu adipeux profond et a donc tendance à sous estimer l'obésité péri viscérale.

1.2.2 Les mesures paracliniques de la composition corporelle

On distingue plusieurs méthodes d'évaluation paraclinique de la composition corporelle.

L'impédance bioélectrique est une méthode de mesure indirecte. Son principe repose sur la capacité des tissus hydratés à conduire l'énergie électrique. Le passage du courant électrique à travers les tissus s'effectue contre une certaine résistance qui est fonction de la structure de ce tissu.

Lorsque le courant qui traverse le tissu est alternatif, la résistance devient impédance (24). L'impédance (Z) est liée au volume du conducteur (V), à sa résistivité (ρ) et sa longueur (L) selon la formule :

$$V = \rho \cdot L^2 / Z$$

L'appareil de mesure de l'impédance le plus utilisé se compose d'un boîtier délivrant un courant alternatif de 800 μ A avec fréquence de 50 Hz et de quatre électrodes de surface (25). L'impédance permet d'estimer le volume d'eau du corps qui est assimilé à la MM en partant du principe que l'eau représente 73,2 % de la MM. La masse grasse est ainsi estimée par soustraction de la MM au poids du sujet.

Il existe dans le commerce des systèmes sous forme de balance avec des empreintes de pieds correspondant aux électrodes, qui ne mesurent que l'impédance de la partie inférieure du corps et sont donc peu fiables. Elles ne doivent pas être utilisées lors de l'évaluation nutritionnelle, et ne devraient pas être vendues au grand public sous l'appellation « balance-impédancemètre » puisqu'il s'agit de publicité mensongère.

L'absorptiométrie bi photonique ou DEXA (Dual Energy X-ray Absorptiometry) est l'examen de référence. Initialement utilisée depuis 1990 en densitométrie osseuse, elle permet aujourd'hui l'évaluation de la masse grasse, de la MM non calcique et de la masse calcique. L'irradiation corporelle totale par deux faisceaux d'électrons à deux énergies permet de distinguer l'absorption des différents tissus, de calculer leur masse avec précision (25) et d'étudier la distribution régionale de ces différents compartiments. C'est un examen précis et reproductible. Cependant, la DEXA a comme inconvénient son coût élevé ce qui le rend indisponible en pratique quotidienne. Il s'agit de plus d'un appareillage lourd installé dans des unités contrôlées en radiations ionisantes qui ne peut pas accueillir de sujet de plus de 150 kg, ce qui limite son utilisation en médecine de l'obésité (26).

La méthode de dilution isotopique consiste à faire ingérer au sujet un volume d'eau (V1) doublement marquée par des isotopes non radioactifs de l'oxygène et de l'hydrogène à une concentration déterminée (C1). La concentration des isotopes est ensuite mesurée dans des échantillons d'urine, de salive et de sang durant plusieurs heures par spectroscopie de masse, après diffusion complète de l'isotope dans l'eau de l'organisme. A partir de la concentration de l'isotope (C2) dans l'échantillon prélevé, il est possible de déterminer de façon simple le volume total d'eau du sujet (V2) et donc sa MM, par l'utilisation de la formule :

$$C1 \cdot V1 = C2 \cdot V2$$

Cette technique a comme inconvénient les difficultés sa complexité et son coût élevé et n'est donc pas utilisée en pratique courante (24, 26).

2. EPIDEMIOLOGIE

La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente partout dans le monde à un rythme alarmant, que ce soit dans les pays développés ou ceux en voie de développement. En outre, du fait que ce problème semble progresser rapidement aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, ses conséquences pour la santé risquent de n'apparaître dans toute leur ampleur que dans le futur (27). Cette épidémie mondiale pourrait être le reflet des problèmes sociaux, économiques et culturels majeurs auxquels sont actuellement confrontés les pays en développement et les pays nouvellement industrialisés, ainsi que les minorités ethniques et les populations défavorisées des pays développés (19).

2.1 La prévalence de l'obésité et du surpoids dans le monde

D'après les estimations de l'OMS pour l'année 2005, 1,6 milliards d'individus (âgés de 15 ans et plus) présentaient un surpoids ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) et au moins 400 millions d'adultes étaient obèses ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$). Les prévisions jusqu'en 2015 montrent une tendance à la hausse avec 2,3 milliards d'individus présentant un surpoids et 700 millions d'obèses.

Aux Etats-Unis cette épidémie est un problème majeur car la prévalence de l'obésité, la plus élevée au monde, a doublé depuis 1980 (3). Ainsi, en 2006, 33 % des américains de 20 ans et plus étaient en surpoids, 34 % étaient obèses et 5,9 % en obésité morbide (28).

Au Japon, selon le seuil d'IMC déterminé par l'OMS pour définir l'obésité ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$), la prévalence de l'obésité serait de 3,1 % en 2001 (28), nettement inférieure à celle observée à la fois dans les autres pays industrialisés et dans les pays en voie de développement. Cependant, le comité japonais d'examen des critères de l'obésité a révisé le seuil d'IMC pour définir l'obésité, ce seuil est passé à 25 kg/m^2 . Ainsi, selon ce seuil 23,2 % des japonais seraient obèses (29).

En Europe, la prévalence de la surcharge pondérale se situe selon les pays entre 32 et 79 % chez les hommes et 28 et 78 % chez les femmes. La prévalence de l'obésité varie de 5 à 23 % chez les hommes et de 7 à 36 % chez les femmes (30).

Dans les pays en développement, la tendance est également à la hausse. Par exemple en Chine, la prévalence du surpoids et de l'obésité de 1989 à 2000 a progressé passant de 10,1 % à 32 % en zone urbaine et de 4,7 % à 15,5 % en zone rurale (31). En Afrique, beaucoup de pays ont par nécessité principalement axé leurs efforts sur la dénutrition et la sécurité alimentaire. De ce fait, les tendances de l'obésité n'ont été documentées que dans quelques populations ou pays africains. Toutefois, une étude effectuée à Maurice a montré une augmentation spectaculaire de la prévalence de l'obésité en cinq ans chez les hommes et les femmes de 25 à 74 ans. La proportion des hommes obèses est passée en 5 ans (1987-1992) de 3,4 % à 5,3 %, tandis que chez les femmes elle est passée dans le même temps de 10,4 % à 15,2 %. Cette augmentation a été observée dans toutes les classes d'âge et tous les

groupes ethniques (32). Même si l'on peut avancer que Maurice n'est pas représentative des autres pays de la région africaine, cette étude fait apparaître à la fois les effets indésirables du changement de mode de vie dans des populations qui accèdent rapidement à la modernisation et la rapidité avec laquelle l'obésité peut devenir un problème de santé publique (28).

2.2 L'obésité et le surpoids en France

Le rapport ObEpi 2009 a permis une analyse du surpoids et de l'obésité de l'adulte de 18 ans et plus, en France, à travers les trois dernières décennies et selon les paramètres sociodémographiques (1).

Selon ce rapport, depuis 1997, le poids moyen des adultes de 18 ans et plus a augmenté de 3,1 kg, et la taille a augmenté de 0,5 cm. Sur cette même période, l'IMC moyen est passé de 24,3 kg/m² en 1997 à 25,3 kg/m² en 2009 soit une augmentation de 1 kg/m² depuis 1997.

Le tour de taille de la population a lui aussi connu une augmentation ; en 1997 il était de 85,2 cm, en 2009 il est de 89,9 cm. Cette augmentation s'observe avec l'âge et quel que soit le sexe.

En France, la prévalence du surpoids des adultes de 18 ans et plus est de 31,9 %, et celle des obèses est de 14,5 %. La prévalence de l'obésité connaît une augmentation régulière de 5,9 % par an depuis 1997 où elle était de 8,2 %. Elle est plus élevée chez les femmes (15,1 %) que chez les hommes (13,9 %) et elle augmente avec l'âge (1).

De plus, toutes les catégories socioprofessionnelles sont touchées mais à des degrés divers. Par exemple, la prévalence est moins élevée chez les cadres et les professions intellectuelles supérieures que chez les agriculteurs. Par ailleurs, cette prévalence est inversement proportionnelle au niveau d'instruction. En effet, en 2003, 15 % des individus sans diplôme ou ayant au plus le brevet des collèges étaient obèses alors que cette prévalence était de 5 % chez les diplômés de l'enseignement supérieur (33).

Le rapport ObEpi 2009 a également permis de déceler des disparités entre les huit groupes de région, les ZEAT (Zone d'Etude et d'Aménagement du Territoire) qui composent la France. Ainsi le Nord est la région dont la prévalence de l'obésité est la plus élevée (20,5 %) bien au dessus de la moyenne nationale (14,5 %). Suivent ensuite l'est (17,0 %) et le bassin parisien (16,6 %). Les autres régions ayant une prévalence de l'obésité inférieure à la moyenne nationale. Les régions dont la prévalence de l'obésité a connu la plus forte progression entre 1997 et 2009 sont la région parisienne (+ 88,6 %), l'est (+ 82,8 %) et l'ouest (+ 81,9 %). Le sud-est est la région dont la prévalence de l'obésité a le moins évolué (+ 44,2 %) (1).

2.3 L'obésité et le surpoids en région Limousin

Concernant le Limousin, la prévalence de l'obésité était de 13,8 % en 2009 soit proche de la moyenne nationale. Ainsi, le Limousin se situe au 14ème rang des régions de la métropole en termes de prévalence d'obésité qui est passée dans cette région de 8,9 % en 1997 à 13,8 % en 2009 soit une augmentation

de 55,1 % (1). Ces données sont confirmées par une étude de l'Observatoire Régional de Santé du Limousin (ORS Limousin) réalisée en 2004 auprès de médecins généralistes des départements de la Haute -Vienne, Creuse et Corrèze qui retrouvait respectivement 34,3 % et 16,0 % de patients en surpoids ou obèses dans leur patientèle (34).

En Haute-Vienne, toujours selon l'enquête menée par l'ORS Limousin (34), il y avait respectivement 32,9 % et 15,9 % de patients en surpoids ou obèses dans les patientèles des médecins généralistes en 2004.

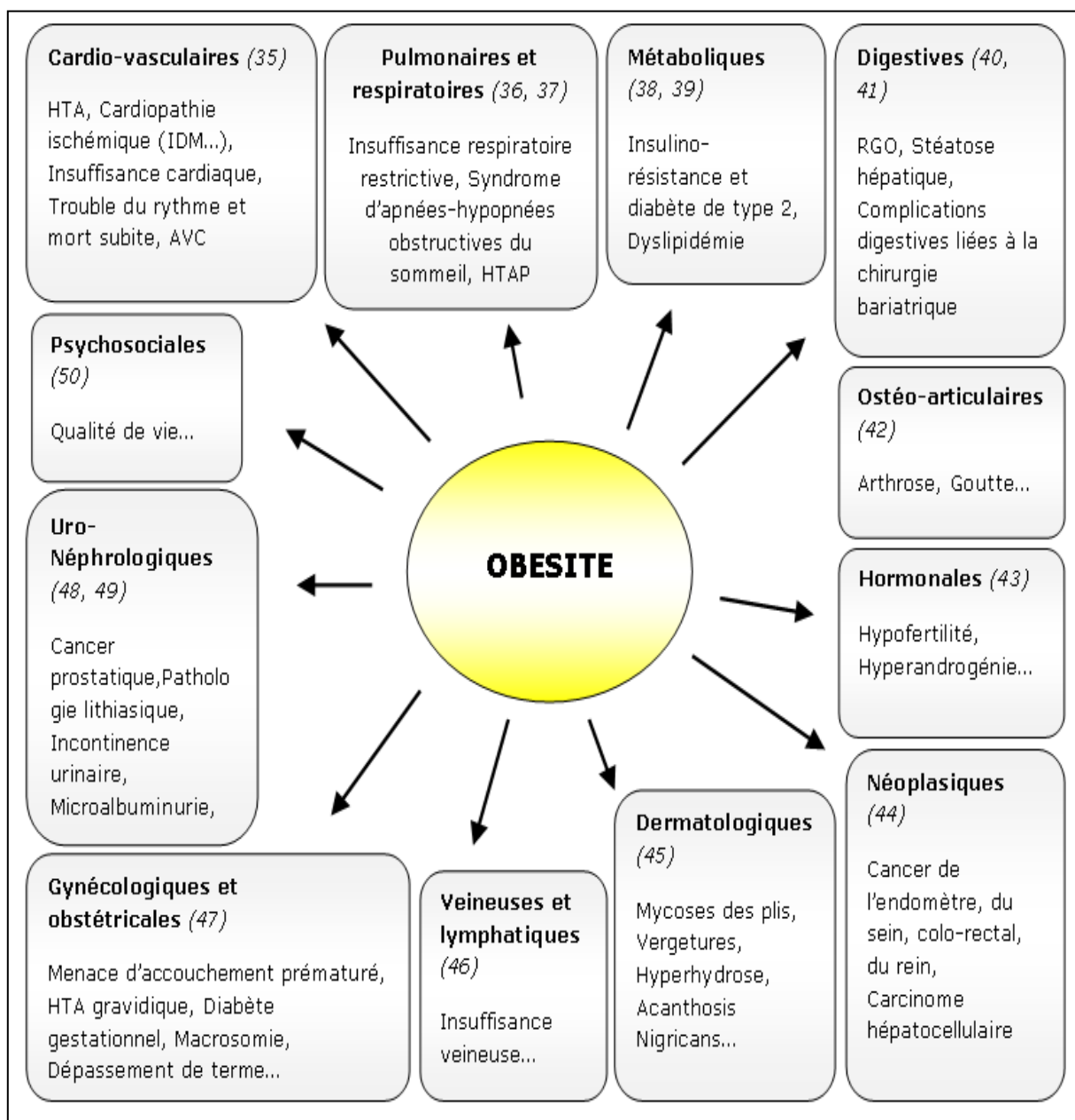
3. COMPLICATIONS ET CONSEQUENCES DE L'OBESITE

L'obésité est l'un des problèmes de santé les plus importants dans les sociétés occidentales. Ses conséquences pour la santé sont nombreuses, allant d'un risque accru de décès prématurés à plusieurs maladies ayant des effets indésirables sur la qualité de vie (19).

3.1 Principales pathologies associées à l'obésité

La figure 3 expose les principales complications associées à l'obésité :

Figure 3 : Principales complications associées à l'obésité



Cette multiplicité de complications explique l'importance et la nécessité de prendre en charge de façon précoce les patients obèses. A titre d'exemple, l'obésité représente un facteur de risque en cancérologie, puisqu'elle expose à un risque plus élevé de développer un cancer de l'endomètre (RR = 2 à 6 selon les études), du sein (augmentation du risque de 30 à 50 % chez la femme ménopausée), du colon ou du rectum (RR = 1,5 à 2 chez l'homme et 1,2 à 1,5 chez la femme) du rein ou du foie (44).

Il faut noter que la prévalence des maladies liées à l'obésité est différente selon le groupe ethnique (51). Néanmoins, même si la prévalence absolue peut varier, le risque relatif d'une maladie donnée est à peu près le même partout dans le monde.

3.2 Rapport entre obésité et mortalité

Les rapports entre obésité et mortalité ont suscité de nombreuses controverses. Si un certain nombre d'études anciennes ont fait état d'une association (courbe en U ou en J) avec des taux de mortalité plus importants aux extrémités supérieures et inférieures de l'éventail des poids, quelques-unes ont montré une progression graduelle de la mortalité avec le poids, tandis que d'autres n'ont rapporté aucune association. Ces études comportaient des erreurs de conception liées à l'absence de prise en compte du tabagisme (ce qui peut entraîner un taux artificiellement élevé chez les sujets de poids normal), des affections comme l'hypertension artérielle (HTA), l'hyperglycémie ou les dyslipidémies, des effets d'une perte de poids associée à la maladie ou encore de la standardisation sur l'âge (19).

Cependant, des travaux tels la « Nurse's Health Study » ou ceux de la « National Health and Nutrition Examination Survey » (NHANES), ayant éliminé les biais de l'analyse, ont montré qu'il existe une relation continue presque linéaire entre l'IMC et la mortalité (52). En 2010, une étude menée auprès de 1,46 millions d'adultes (âgés de 19 à 84 ans), de type européen non fumeurs sur une période de 5 à 28 ans, a montré que les personnes classées en surpoids et celles obèses avaient respectivement un risque de mortalité toutes causes confondues augmenté de 13 et 44 % par rapport aux personnes ayant un IMC compris entre 22,5 et 24,9 (53). Cette relation n'est pas surprenante étant donné le rapport essentiellement linéaire que l'on observe entre le poids et les pathologies telles l'HTA, le diabète de type 2 et la cardiopathie coronarienne.

Plus précisément, de part la prévalence des complications de l'obésité et de l'association de ses complications, il existe un risque de mortalité accru chez le sujet obèse. Par exemple, de nombreuses études ont démontré la très grande prévalence de syndrome d'apnée-hypopnée obstructif du sommeil chez les obèses et l'aggravation de la morbi-mortalité cardiovasculaire en cas d'association des deux pathologies (36).

3.3 Effets « protecteurs » de l'obésité

Paradoxalement, malgré le rapport entre l'obésité et l'apparition de comorbidités ou l'augmentation du risque de mortalité, il a été montré un rôle

protecteur de celle-ci dans la survenue de certaines pathologies aiguës. Ainsi, chez le sujet de plus de 75 ans, l'obésité a des effets favorables sur l'ostéoporose et la survenue des fractures de hanches (54), ou encore lors de septicémie ou pneumopathie (55). Par ailleurs, le statut nutritionnel des patients obèses ou en surpoids permettrait de ralentir l'évolution de certaines pathologies chroniques ou tout du moins d'améliorer les conditions de vie des patients atteints par ces maladies : sclérose latérale amyotrophique (56), démence, cancer, insuffisance cardiaque ou respiratoire, ostéoporose, etc. (55, 57).

Ainsi, l'obésité représente un facteur de risque de développer une pathologie chronique (telle l'insuffisance respiratoire par exemple), mais pourrait jouer un rôle protecteur en termes de diminution du taux de mortalité lors d'un épisode de décompensation aiguë (pneumopathie par exemple).

3.4 Coût économique du surpoids et de l'obésité

L'obésité occupe l'un des premiers rangs parmi les pathologies chroniques en tant que fardeau pour les systèmes de santé (58). Les coûts économiques de l'obésité ont été évalués dans plusieurs pays développés et représentent une fourchette de 2 à 7 % des coûts de soins de santé totaux. Il s'agit d'estimations prudentes basées sur des critères variables, mais qui indiquent nettement que l'obésité représente l'un des postes de dépenses les plus importants dans les budgets de santé nationaux. Bien qu'il n'y ait eu aucune étude sur l'impact économique de l'obésité dans les pays en voie de développement, le poids économique grandissant des maladies non transmissibles liées à l'obésité (diabète de type 2, dyslipidémie, HTA...) y a déjà été reconnu par un certain nombre d'organismes internationaux, dont l'OMS. Les données préliminaires laissent à penser qu'une grande partie des coûts économiques de l'obésité pourraient être évités grâce à une prévention ou à des stratégies d'intervention efficaces. Étant donné la charge de morbidité que représentent déjà les troubles carenciels et les maladies infectieuses endémiques, la prévention de l'obésité est non seulement capitale, mais constitue aussi la seule approche sensée pour planifier les politiques de santé publique dans les pays en voie de développement (19).

4. PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

La médecine de l'obésité est un exercice médical complexe, qui ne se résume pas à « chercher à faire perdre du poids » en imposant un régime restrictif, plus ou moins sophistiqué. Fondée sur une étude attentive et respectueuse de la demande et des besoins de l'individu, cette médecine nécessite du temps et doit s'inscrire dans la durée. Elle doit mettre au service des patients les progrès en termes de médecine préventive et curative.

La prise en charge du patient obèse comporte plusieurs étapes clefs : enrôlement et orientation des patients, évaluation complète de l'état nutritionnel, établissement d'objectifs thérapeutiques, choix et mise en œuvre d'un système de prise en charge approprié et enfin surveillance et évaluation de l'efficacité de la prise en charge.

4.1 L'évaluation de l'état nutritionnel

En plus des données cliniques et paracliniques permettant de définir le degré de surpoids ou d'obésité, cette évaluation comporte la réalisation d'une enquête alimentaire et la quantification de l'activité physique.

4.1.1 L'enquête alimentaire

Elle permet d'évaluer quantitativement et qualitativement les apports nutritionnels du patient sur une période déterminée et d'analyser le comportement alimentaire du patient obèse tout en apportant des informations sur le contexte socioculturel et économique dans lequel se trouve le patient (59, 60).

La réalisation de cette enquête passe par :

- l'interrogatoire du patient sur ses habitudes alimentaires à travers une journée qui permet d'analyser les conduites et expériences alimentaires et de dépister d'éventuels troubles du comportement alimentaire associés : hyperphagie (excès d'apport alimentaire), tachyphagie (prise trop rapide du repas), grignotage, consommation d'aliments la nuit (Night Eating Syndrome) et compulsions alimentaires (59) ;
- la méthode du relevé alimentaire, établi par le patient sur quelques jours ou sur une semaine entière (60) qui est la plus utile en pratique quotidienne pour la collecte d'informations sur les habitudes alimentaires. Il est demandé au patient de noter tous les apports alimentaires de façon qualitative et quantitative, le contexte de la prise alimentaire (lieu, horaire, seul ou accompagné, etc.), les sensations associées (faim, impulsion, etc.) et les circonstances déclenchant les prises alimentaires (convivialité, sollicitation). Le calcul des apports en calories, en macro et micronutriments se fait par lecture du carnet à partir de tables de composition des aliments. Certains logiciels médicaux contiennent une table de composition des aliments qui facilite les calculs et permet un gain de temps. En pratique quotidienne, le calcul précis

des apports caloriques est chronophage. La démarche clinique consiste à identifier les priorités sur lesquelles va se baser l'action diététique: existe-t-il des prises alimentaires extra- prandiales? Quelles-sont les erreurs diététiques sur le plan quantitatif et qualitatif (consommation d'aliments de haute densité calorique...)? Etc.

Même si l'enregistrement alimentaire apporte des informations précises sur les aliments consommés, le fait de noter les aliments peut modifier à la fois le type, le nombre et la quantité des aliments ingérés. Ainsi, la principale limite de cette méthode est la sous-estimation fréquente des ingesta qui expose à prescrire une restriction alimentaire excessive. Le travail thérapeutique dans ce cas consiste à aider le sujet à mieux identifier ses prises alimentaires et leur densité calorique.

L'interprétation des résultats d'une enquête alimentaire nécessite la connaissance de l'histoire nutritionnelle du patient qui concerne l'évolution du poids (ascendante ou descendante du fait d'un régime, ou stable par un contrôle volontaire). Elle permet de situer le poids actuel du sujet par rapport au poids minimum et maximum obtenu par le sujet. Les informations fournies par l'enquête alimentaire permettent au médecin de définir avec le patient des objectifs raisonnables et donc une prise en charge adaptée à son vécu et à son mode de vie.

Il existe d'autres possibilités ou aides à l'évaluation des apports alimentaires, telles le rappel des 24 heures, rapide, mais ne permettant pas de caractériser l'alimentation globale d'un individu, ou les questionnaires de fréquence de consommation permettant d'identifier une consommation excessive ou au contraire insuffisante de certaines classes d'aliments (60).

4.1.2 L'évaluation de la dépense énergétique et de l'activité physique

Parallèlement à l'enquête alimentaire, l'évaluation de l'activité physique est une étape essentielle de l'examen du patient obèse. L'évaluation du bilan énergétique permet de définir une stratégie thérapeutique adaptée en aidant à déterminer un niveau raisonnable d'apport en fonction de l'objectif de traitement poursuivi. La mesure de la dépense énergétique fait par ailleurs partie des examens à réaliser pour explorer certains cas rares d'obésité (obésité génétique ou syndromique) ou dans certains cas spécifiques (perte de poids massive après chirurgie par exemple).

La dépense énergétique journalière est traditionnellement divisée en trois composantes : la dépense énergétique de repos (DER), la thermogénèse qui dépend chez l'homme principalement de l'alimentation, et la dépense énergétique liée à l'activité physique. Nous limiterons la discussion à la DER et la mesure de l'activité physique compte tenu de la faible participation de la thermogénèse postprandiale à la dépense énergétique totale (61, 62).

4.1.2.1 La dépense énergétique de repos

La DER est le poste le plus important de la dépense énergétique journalière (deux tiers environ). Elle correspond à la quantité d'énergie utilisée pour le maintien des fonctions vitales. De façon globale, la DER dépend du poids du sujet. Les autres facteurs prédictifs identifiés de la DER sont le sexe (plus faible chez la femme), la taille (augmente avec la taille), la situation hormonale (en particulier état thyroïdien), ainsi que certains facteurs génétiques probables, encore inconnus. En termes de composition corporelle, les variations interindividuelles de la DER liées au poids, à la taille ou au sexe sont en fait principalement dues aux variations de masse maigre : la DER augmente linéairement avec la MM, reflet de la masse cellulaire active. Celle-ci rend compte de 80 à 85 % de la variabilité interindividuelle de la DER.

Nous ne nous attarderons pas sur les méthodes de mesure (calorimétrie indirecte) ou de calcul de la DER, qui représente un « poste fixe » de la DE globale, sur laquelle le praticien ne pourra pas influencer dans la lutte contre l'obésité. L'application majeure de la mesure ou de calcul de la DER en pratique courante est de pouvoir estimer la dépense énergétique journalière et donc les besoins du patient. Cette estimation est un guide à la prescription diététique en complément des données de l'enquête alimentaire.

4.1.2.2 L'activité physique

Le niveau d'activité physique joue habituellement un rôle important dans la genèse de l'obésité et dans sa prise en charge. Il est donc essentiel pour le praticien de savoir l'évaluer puisque c'est par l'augmentation de cette activité qu'il va être possible d'augmenter la DE journalière. Deux types de méthodes sont utilisées pour évaluer l'activité physique : les méthodes subjectives et objectives.

4.1.2.2.1 Les méthodes subjectives

Elles comprennent les questionnaires auto administrés, le journal d'activité ou encore les entretiens. Comparable à la tenue d'un carnet alimentaire, le carnet ou questionnaire d'activité physique correspond au report par le sujet lui-même de ses activités à intervalles réguliers, pendant un à plusieurs jours. Le sujet précise la nature, la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité. Les questions concernent différents types d'activités : professionnelles, loisirs, sports, ou des activités spécifiques (62).

De nombreux questionnaires ont été élaborés mais peu ont été adaptés en français. Les questionnaires validés et utilisés en français sont :

- le Questionnaire d'Activité Physique de Saint-Etienne (QAPSE),
- le Score d'activité Physique de Dijon,
- et le questionnaire de BAECKE

Cependant, aucun questionnaire destiné spécifiquement aux sujets obèses n'existe actuellement (63).

La dépense énergétique liée à l'activité physique peut être calculée en multipliant le coût énergétique moyen de chaque activité par le nombre de périodes et la durée pendant laquelle elle est pratiquée. L'expression des résultats obtenus peut se faire en termes d'unités arbitraires, de durée (par exemple, heures/semaine d'activités de loisirs ou professionnelles), de kcal ou d'équivalent métabolique (MET). Le MET est le rapport du coût énergétique d'une activité donnée sur la dépense de repos obtenu assis et au calme et il correspond à 1 kcal/kg/h.

Une classification des activités physiques a été élaborée qui permet de définir pour chaque type d'activité physique l'intensité correspondante en METs (64) : par exemple, un sommeil allongé représente 0,9 MET, le cyclisme en loisir avec une vitesse inférieure à 16 km/h a une intensité de 4,0 METs, la marche (environ 5 km/h) représente a une intensité de 4,5 METs, la course à pied (environ 12 km/h) a une intensité de 13,5 METs et la natation (crawl d'intensité modérée (45 m/minute) une intensité de 8,0 METs (65).

Tout comme les questionnaires d'évaluation des apports alimentaires, ces méthodes subjectives d'évaluation de l'activité physique ont des limites, en particulier le risque de surestimation par le patient.

4.1.2.2.2 Les méthodes objectives

Elles permettent grâce à des outils de mesurer les marqueurs physiologiques et physiques de l'activité.

Le podomètre permet de calculer le nombre de pas effectués par un sujet. L'appareil se présente sous la forme d'un boîtier qui se fixe latéralement à la ceinture au-dessus de la hanche. Lors de la marche, le contact du pied avec le sol à chaque pas entraîne une accélération verticale de la hanche et un mouvement de haut en bas du levier contenu dans le boîtier permettant d'enregistrer un événement (pas). Après avoir mesuré la longueur (en cm) du pas habituel du sujet, le résultat peut être converti en distance parcourue (en km) (62, 66). Le podomètre ne mesure pas l'intensité du mouvement. Ainsi, cet appareil ne permet pas de faire la distinction entre des efforts impliquant des dépenses énergétiques différentes. La précision dans l'estimation du nombre de pas effectués et de la distance parcourue est par ailleurs variable en fonction des modèles disponibles (62). Le podomètre, peu coûteux et simple d'utilisation, est surtout utile pour un individu donné afin de l'aider à orienter son activité physique en particulier de transport.

Les accéléromètres permettent d'obtenir des mesures du mouvement et de son intensité, mais aussi des mesures de la dépense énergétique liée à l'activité. Les accéléromètres portables utilisent les propriétés de la céramique piézo-électrique qui, en se déformant sous l'effet d'une force appliquée dans une direction donnée, génère une différence de potentiel proportionnelle aux accélérations et décélérations lors des mouvements des membres ou du tronc. Le signal est traduit sous forme de courbe et l'aire sous cette courbe est intégrée et totalisée sur un intervalle de temps donné. Les résultats sont alors exprimés en unités de mouvements (62). Différents modèles d'accéléromètres portables sont commercialisés : de type uniaxial mesurant les mouvements du

tronc selon l'axe vertical seulement, ou triaxial permettant d'obtenir des mesures des mouvements du tronc dans les trois plans de l'espace. Néanmoins, lors des activités statiques (port de charges, vélo, rameur, etc.) toute l'énergie dépensée n'est pas reflétée par l'accélération et la décélération de la masse corporelle (62, 64).

La mesure de la fréquence cardiaque se base sur l'existence d'une relation linéaire entre fréquence cardiaque et consommation d'oxygène (VO₂) chez un individu soumis à un exercice de puissance progressivement croissante et au dessus d'un certain seuil d'activité dit «point d'inflexion de la fréquence cardiaque» (62). L'appareil de mesure se compose d'un émetteur, avec des électrodes précordiales maintenues par une sangle thoracique, et d'un microprocesseur sous la forme d'une montre-bracelet enregistrant la fréquence cardiaque en continu. Il est ainsi possible de déterminer pour une période donnée, la fréquence cardiaque moyenne, le pourcentage du temps passé au-dessus de la fréquence de repos ou d'un seuil de fréquence cardiaque donnée. Après calibration individuelle, c'est-à-dire la détermination pour chaque sujet de la relation entre la fréquence cardiaque et la VO₂ lors d'exercices standardisés, les données de fréquence cardiaque peuvent être converties en dépense énergétique.

4.1.2.2.3 Evaluation de l'activité physique en pratique courante

La plupart des méthodes précédemment décrites s'appliquent au cadre des explorations physiologiques et épidémiologiques. Cependant, il est possible, en pratique courante, en particulier en médecine générale, d'utiliser des méthodes dérivées ou simplifiées.

Ainsi, lors de l'évaluation du sujet obèse, des questions simples, dérivées des principaux questionnaires utilisés en épidémiologie, permettent d'évaluer en quelques minutes lors de la consultation le niveau habituel d'activité (ou d'inactivité...) physique du patient. Le tableau 3 présente un exemple d'évaluation de l'activité physique en pratique courante (62) :

Tableau 3 : Evaluation du niveau habituel d'activité physique en courante (62)

Type d'activité	Noter
Professionnelle	Profession principale Intensité approximative de l'activité professionnelle (faible, modérée, élevée)
Domestique	Activités réalisées au domicile (entretien...) Intensité approximative de l'activité domestique
Loisirs et sports	Activités actuelles et antérieures, en identifiant l'activité de marche au cours des loisirs Pour chaque activité : l'intensité, la durée de chaque session, la fréquence de la pratique, le cadre (libre, club, association...)
Transports, trajets	Temps de trajets quotidiens Mode de trajet actif (marche, vélo...) ou non
Occupations sédentaires	Temps passé devant écran (télévision, jeu vidéo, ordinateur...) Temps passé en position assise

La marche est l'activité physique la plus fréquemment pratiquée. Elle est aussi l'activité prise en exemple dans les recommandations actuelles d'activité physique pour la population générale ou le sujet obèse. Dans ce contexte, le podomètre est un outil simple d'utilisation, qui peut permettre aux sujets eux-mêmes une autoévaluation du nombre de pas quotidiens, et représente une aide à la fixation d'objectifs réalistes de majoration de l'activité physique en fonction de chaque sujet. Une méta-analyse récente a par ailleurs démontré que l'utilisation du podomètre était associée à une augmentation significativement plus importante de l'activité physique dans les études d'intervention comparant des groupes avec et sans cet instrument (67).

4.2 Les objectifs thérapeutiques

Au terme de la première évaluation, le médecin doit discuter avec le patient des objectifs, des priorités et des modalités du traitement, en tenant compte de sa demande et des objectifs qu'il s'est souvent lui-même fixé.

L'objectif prioritaire du praticien est d'écouter avec empathie les difficultés exprimées par le patient et de soulager, dans la mesure du possible, les symptômes gênants immédiatement accessibles. Ainsi, l'une des premières étapes dans la prise en charge consiste à explorer les plaintes et à les rapporter aux comorbidités associées, afin de restaurer au mieux son état somatique et d'améliorer sa qualité de vie. Par exemple, une gêne thoracique peut tout aussi bien traduire un asthme, un reflux gastro-œsophagien, une douleur angineuse, pouvant être accessibles à un traitement simple. Cette étape témoigne de l'écoute du praticien et favorise l'instauration d'une relation

de confiance permettant l'adhésion du patient au projet thérapeutique et son suivi sur le long terme. Après ce recueil, il devient plus aisé d'investir le patient dans sa prise en charge, et d'instaurer avec lui des objectifs en termes de perte de poids, de modification des habitudes de vie et de suivi psychologique (68).

4.2.1 La perte de poids

Une réduction pondérale de 5 à 10 % du poids initial est actuellement considérée comme un objectif de première intention réaliste qui correspond à ce que la majorité des sujets obèses sont capables d'atteindre en trois à six mois et de maintenir pendant plus d'un an. Bien qu'il paraisse modeste, cet objectif permet d'améliorer l'état de santé (en particulier métabolique) et tient compte des limites biologiques et psychologiques liées à la perte de poids (69).

Néanmoins, une perte de poids de 10 à 20 % peut être envisagée lorsque celle-ci respecte l'équilibre nutritionnel, somatique, psychologique et social de l'individu.

4.2.2 La nutrition

Le patient obèse doit arriver à déplacer l'obsession centrée sur son poids vers une préoccupation concernant ses habitudes alimentaires et son mode de vie. Ceci lui permet d'identifier les déterminants essentiels de la prise de poids (erreurs diététiques, inactivité physique...). Dans cette optique, l'acceptation d'une prise en charge diététique et la lutte contre la sédentarité sont des objectifs essentiels (59).

4.2.3 Les objectifs psychologiques et motivations

Le maintien de l'équilibre psychologique du patient est important dans la prise en charge de son obésité. Ainsi, l'entretien motivationnel permet au thérapeute d'aider le patient à mettre en balance d'une part les inconvénients liés à son état actuel et à l'absence de remise en question de son mode de vie, et d'autre part les bénéfices qu'il aura s'il prend en charge son problème de poids : la satisfaction liée à la réussite d'un projet, une modification de l'image corporelle, des avantages vestimentaires, une amélioration dans les gestes de la vie quotidienne, un meilleur état de santé et une meilleure estime de soi, le respect des autres, etc (59). Ce processus essentiel permet au patient d'exprimer ses motivations profondes ou son manque de motivation.

4.3 La prise en charge nutritionnelle

Il est essentiel que la prise en charge à long terme du sujet obèse soit centrée sur les modifications du mode de vie en intégrant les différentes approches décrites précédemment (activité physique, diététique, comportement).

Outre les objectifs thérapeutiques préalablement définis, la stratégie thérapeutique doit tenir compte également de la gravité de l'obésité, c'est-à-dire de la sévérité (grade d'IMC) et de ses complications. Cependant, dans la majorité des cas, les mesures thérapeutiques fondées sur la diététique et

l'activité physique doivent être mise en place en priorité (68). Ainsi, la prise en charge nutritionnelle initiale repose sur la lutte contre la sédentarité et la modification des habitudes alimentaires. Les éléments clefs cette prise en charge sont : l'activité physique, les interventions diététiques, et la prise en charge psycho-comportementale.

4.3.1 L'activité physique

L'initiation ou l'augmentation d'une activité physique quotidienne permet de lutter contre la sédentarité. Au-delà de la perte de poids, l'activité physique est associée de façon bénéfique à de nombreux paramètres de santé et module le développement des principales complications de l'obésité, en premier lieu le diabète de type 2 et les pathologies cardiovasculaires (70). Il a été montré que l'effet sur la perte de poids de l'activité physique est modeste (71), cependant, la perte de poids obtenue en associant régime et programme d'activité physique est supérieure à celle résultant du régime seul. En plus de potentialiser la perte pondérale en association à l'équilibre alimentaire et de diminuer la perte de masse maigre secondaire aux régimes restrictifs, l'intérêt majeur de l'activité physique est le maintien du poids ou la moindre reprise de poids après perte pondérale initiale (72). C'est pourquoi il faut encourager les patients à effectuer cette activité sur le long terme.

Les activités physiques conseillées sont adaptées aux capacités des patients et à leur état de santé. Il est recommandé au patient d'avoir une activité physique d'intensité modérée de 30 à 45 minutes 5 à 7 jours par semaine. Cet objectif peut être atteint progressivement en commençant par une durée de 10 minutes, 3 jours par semaine. Les sports d'endurance tels la marche rapide, la course à pied, le vélo et la natation sont à privilégier. D'autres mesures peuvent être mise en place afin d'aider les patients obèses inactifs ou peu actifs, peu motivés à pratiquer le sport, à avoir une activité physique debout pendant au moins 3 heures supplémentaires par jour en remplacement du temps passé en position assise (73), l'important pour ces patients étant de modifier progressivement leur mode de vie en « se dépensant » un peu plus tout les jours. Le tableau 4 présente différentes mesures de promotion de l'activité physique, qu'il est aisé de proposer au patient lors de la consultation :

Tableau 4 : Mesures aidant à la promotion de l'activité physique (74)

Lorsque cela est possible, se déplacer à pied, pour atteindre 30 minutes de marche soutenue par jour.
Etre plus actif pour ses activités quotidiennes comme le ménage ou les courses.
Dans les transports en commun, s'arrêter plusieurs stations avant la destination pour terminer le trajet en marchant.
Utiliser de préférence les escaliers à l'ascenseur.
Ne pas rester assis pendant de longues périodes, par exemple profiter du temps de la publicité à la télévision. Adopter des loisirs plus actifs, la danse par exemple.
Le cas échéant, augmenter les activités telles que le jardinage ou le bricolage ; sortir son chien plus souvent et le promener plus longtemps.

4.3.2 Les interventions diététiques

Les conseils diététiques peuvent être prodigués par n'importe quel médecin (médecin généraliste, nutritionniste...) ou un(e) diététicien(ne), à la condition que la formation du praticien soit suffisante et actualisée afin de ne pas alimenter les idées reçues du patient. Cette prescription diététique pose souvent des difficultés au médecin généraliste, qui n'a pas toujours la chance de bénéficier de la collaboration d'un diététicien. En effet, il s'agit d'un acte complexe et long, que ne favorise ni le statut des diététiciens, ni les conditions actuelles de pratique de la médecine générale (75).

Outre la notion de « régime », il est utile de rappeler au patient les conseils pour une alimentation équilibrée et diversifiée valable pour l'ensemble de la population générale : consommer au moins cinq fruits et légumes par jour, consommer une part de sucre dits « lent » lors de chaque repas, réduire la part des lipides et des sucres dits « rapides », consommer du sel en quantité raisonnable, assurer des apports suffisants en fer, calcium, vitamine D, limiter les calories des boissons, limiter la consommation d'alcool, faire la « chasse » aux graisses cachées... etc. Visant à respecter la culture alimentaire, le conseil diététique doit être établi en collaboration avec le patient et s'adapte aux informations recueillies lors de l'analyse des conduites et des apports alimentaires. Ainsi, les recommandations sont fondées sur les principes suivants (75) :

- maintenir convivialité et plaisir alimentaire ;
- prendre en compte les effets potentiellement délétères de la restriction (risque d'aggravation de troubles du comportement alimentaire tels les compulsions alimentaires, rebonds pondéraux, etc.) ;
- savoir être à l'écoute des signaux internes (la faim, l'envie de manger, le rassasiement) ;
- gérer les rapports avec l'environnement, les achats, les modalités de stockage... etc. ;
- adapter les apports énergétiques à la situation individuelle ;
- réduire la densité calorique ;
- diversifier et équilibrer l'alimentation ;
- prendre en compte les troubles du comportement alimentaire.

La réduction de la densité calorique passe par une restriction calorique modérée et équilibrée des apports alimentaires. C'est le « régime » ayant montré le plus d'efficacité comparé aux autres types de régime (74). Cette prise en charge diététique est recommandée dans la majorité des cas. L'objectif est d'atteindre un équilibre alimentaire où la restriction calorique est modérée (diminution d'environ 600 Kcal par jour, selon le niveau d'apport initial évalué et selon la DER) et la ration alimentaire est partagée entre glucides (50 à 55 %), lipides (30 à 35 %) et protéines (10 à 20 %). Cette réduction calorique s'obtient par la diminution ou la suppression des aliments à

forte densité calorique avec une alimentation riche en fibres et en hydrate de carbone d'absorption lente permettant d'atteindre plus rapidement et de prolonger la sensation satiété (74).

Les autres types de régime n'ont pas montré plus d'efficacité que la restriction calorique modérée et exposent à des risques d'effets indésirables graves. Parmi ces régimes, ceux dits «très basse calorie» apportant moins de 800 Kcal par jour, censés réduire rapidement la masse grasse, entraînent une consommation de la masse maigre après épuisement des réserves en glycogène et peuvent induire des carences multiples, ou une dénutrition protéino-énergétique majeure. Ainsi, des morts subites liées à des régimes dont la ration quotidienne contenait moins de 600 Kcal ont été rapportées (74). D'autres régimes dit «hyperprotéinés», ne proposent pas de restriction calorique mais une réduction d'apport des hydrates de carbone (produits sucrés, féculents) à 3 à 10 % de la ration énergétique (moins de 20 g par jour), le reste étant apporté par la consommation à volonté de graisses et de protéines afin d'augmenter la sensation de satiété. Comme avec d'autres régimes extrêmes, des effets indésirables ont été rapportés parmi lesquels des cas d'hypocalcémie, d'hypokaliémie, d'acidocétose et de pancréatite ayant conduit au décès (74).

4.3.3 Prise en charge psycho-comportementale

La recherche et l'identification des troubles psychologiques et des pathologies psychiatriques sous jacentes est essentielle lors de la prise en charge d'un sujet obèse car ils peuvent être source d'inefficacité du traitement.

La thérapie comportementale s'appuie sur le diagnostic du comportement alimentaire et le repérage des éléments contribuant à l'obésité grâce aux informations fournies par le carnet alimentaire. Cette analyse, partagée avec le patient, permet de contourner les obstacles à la perte de poids. Après cette phase vient la définition des objectifs du traitement puis la mise en œuvre d'un programme thérapeutique et enfin l'évaluation des résultats (74, 76).

Deux approches sont utilisées dans la gestion des troubles du comportement alimentaire:

- La première consiste à promouvoir les techniques de contrôle du stimulus : contrôler la vitesse des prises alimentaires, les limiter à des lieux et des moments précis et éliminer les prises alimentaires automatiques et incontrôlées. Plusieurs consignes sont utilisées afin de mieux organiser et de mieux structurer les prises alimentaires : manger assis, avec des couverts et une assiette, ne rien faire d'autre en mangeant, manger plus lentement. De plus, ces prises alimentaires peuvent être planifiées avec comme consigne de ranger les aliments tentateurs hors de vue, d'éviter de faire les courses l'estomac vide, de réduire la consommation de chaque aliment (surtout des aliments à forte densité calorique) sans supprimer les aliments préférés (74, 76).
- La deuxième approche privilégie le travail sur la restriction cognitive en permettant la réintroduction des aliments considérés comme interdits par le patient mais sur lesquels il craque régulièrement (compulsion...), afin

de lever le sentiment de culpabilité occasionné par ces prises alimentaires. Le thérapeute peut alors demander au patient de repérer et de noter le discours intérieur qu'il se tient à cette occasion. Il s'agit le plus souvent de craintes paniques de grossir ainsi que de pensées de dévalorisation liées à l'idée de faute et de péché (76).

Par ailleurs, un système de soutien personnalisé destiné aux sujets présentant une surcharge pondérale ou une obésité, avec participation de la famille et recours à un personnel qualifié, peut considérablement améliorer l'issue au niveau de la perte de poids et de son maintien. Des groupes d'entraide peuvent également offrir une forme utile et peu coûteuse de soutien permanent (19).

4.4 Les traitements médicamenteux

Si les adaptations du mode de vie sont la pierre angulaire du traitement de l'obésité, le recours à des traitements médicamenteux est parfois utile dans la stratégie thérapeutique.

Le traitement médicamenteux de l'obésité est assez décevant en raison du manque d'efficacité des molécules ou des effets secondaires parfois graves que certaines molécules peuvent entraîner. Le débat concernant l'efficacité des traitements médicamenteux de l'obésité reste ouvert, alimenté par le retrait ou la suspension de l'autorisation de mise sur le marché de nombreuses molécules ces dernières années. Mauvaises pratiques cliniques d'abord, alertes sanitaires portant sur des effets secondaires graves ensuite, ont terni l'image de la pharmacothérapie de l'obésité. De nombreux produits ont été utilisés mais abandonnés : les extraits thyroïdiens, les diurétiques, les amphétamines, les laxatifs ou les plantes amaigrissantes comme le thé, la reine des près ou la feuille de frêne. Plus récemment, deux molécules ont été retirées du marché : la sibutramine (Sibutral®) suspendue en janvier 2010 en raison de la survenue d'effets indésirables cardiovasculaires (77) et le rimonabant (Acomplia®) en octobre 2008 en raison de la survenue d'épisodes dépressifs (78).

Un seul traitement médicamenteux est actuellement disponible en France comme en Europe ou aux Etats Unis dans la prise en charge de l'obésité, pour une utilisation à long terme : l'orlistat ou tetrahydrolipstatine (Xenical ®, Alli®), qui agit dans l'estomac et dans l'intestin grêle en inhibant les lipases gastro-intestinales, limitant ainsi l'absorption des triglycérides alimentaires qui sont alors éliminés dans les selles. Il est indiqué en association à un régime modérément hypocalorique, dans le traitement de l'obésité ou du surpoids, avec un IMC supérieur ou égal à 28 kg/m², associé à d'autres facteurs de risques cardiovasculaires. Ce traitement doit être arrêté après 12 semaines si le patient n'a pas perdu au moins 5 % du poids initial mesuré au début du traitement. La plupart des effets indésirables de l'orlistat sont liés à son mode d'action (stéatorrhées...) (79, 80).

Même si l'orlistat est actuellement la seule molécule pouvant être utilisée de façon légale dans le traitement de l'obésité, il existe des perspectives à moyen termes, ouverte en particulier par les analogues injectables du GLP-1, dont l'effet sur le poids a clairement été établi.

4.5 Le traitement chirurgical

Selon Basdevant et al, la chirurgie de l'obésité représente le traitement le plus efficace dans la prise en charge de l'obésité morbide en termes de perte pondérale, d'amélioration des comorbidités et de la qualité de vie (73). Cette prise en charge répond à des indications bien définies :

- obésité morbide ou obésité sévère associée à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil et autres troubles respiratoires sévères, diabète de type 2, maladies ostéo-articulaires invalidantes, stéatohépatite non alcoolique...) ;
- après un ou plusieurs échecs du traitement conventionnel de l'obésité, c'est-à-dire d'un traitement combinant plusieurs approches thérapeutiques : régime diététique, thérapie comportementale, activité physique. Les recommandations françaises indiquaient que la durée de prise en charge médicale doit être au moins égale à un an avant d'envisager la chirurgie ;
- l'obésité doit être stable (ou s'aggraver) depuis cinq ans pour envisager une chirurgie (81).

De plus, en pratique, une évaluation globale personnalisée et multidisciplinaire devrait être réalisée avant de porter l'indication d'un traitement chirurgical, dans laquelle la recherche d'un trouble du comportement alimentaire est un point essentiel. En effet, la chirurgie n'est pas un acte isolé dans le processus continu des soins encadrant un sujet obèse : elle suppose un encadrement particulier en amont et en aval. D'ailleurs, si le médecin généraliste n'est pas nécessairement le maître d'œuvre du projet chirurgical, il participe à la préparation du patient à cette échéance, puis au suivi au long cours après la chirurgie. A l'inverse, le médecin généraliste peut aussi être amené à dissuader un patient s'il ne remplit pas les critères d'éligibilité ou présente des contre-indications (82).

Il existe plusieurs techniques chirurgicales, certaines sont basées sur une restriction gastrique seule (anneaux gastrique et gastrectomie longitudinale) et d'autres y associent le phénomène de malabsorption (« bypass gastrique »).

Le suivi nutritionnel en postopératoire de ces malades est indispensable et devrait être amélioré, le plus difficile étant de fidéliser les patients car la moitié ne consultent plus au-delà de deux ans. Ce suivi doit être centré sur le risque de carences d'apport, la prescription de suppléments diététiques (acides gras essentiels, vitamines...), le risque de trouble du comportement alimentaire et la prévention de la reprise pondérale à long terme (83). Afin de favoriser ce suivi, l'implication du médecin généraliste au projet thérapeutique est essentielle : ainsi, en relation avec une équipe spécialisée, le MG assurera le suivi au long cours du patient opéré et veillera à la qualité des apports en micronutriments, vitamines ou sels minéraux, à la normalité des examens biologiques de surveillance, et au-delà, au suivi de l'ensemble de la transformation corporelle du patient (82).

5. L'OBESITE ET LA MEDECINE GENERALE

5.1 Enjeux et missions du médecin généraliste dans la prise en charge du patient obèse

Toutes les fonctions de la médecine générale sont à l'œuvre lorsqu'il s'agit d'aborder le sujet obèse : accès de premier recours, approche globale, continuité et coordination des soins, dépistage et prévention (84). Ainsi, le dépistage précoce et la coordination rapide des soins permettent d'améliorer le pronostic évolutif de la maladie, non seulement en limitant l'évolution, mais aussi en permettant une prise en charge précoce des comorbidités qui y sont associées.

La médecine générale a ceci de particulier qu'elle offre, sans discrimination de sexe, d'âge ou de motif, la possibilité de consulter rapidement à toute personne qui en ressent le besoin. Elle constitue donc le premier maillon du système de soins de la prise en charge du patient obèse. De plus, au devant de la forte prévalence de l'obésité en France (1), elle est aussi le moyen le plus exhaustif en termes de population cible et le plus économique en termes de coût de santé publique de faire face au problème lié à l'obésité.

Les enjeux pour le MG sont donc de dépister les sujets à risque d'obésité, de proposer un accompagnement adapté (prévention ou soins en fonction du stade de la maladie), de définir avec le patient une stratégie adaptée dans le cadre d'une information éclairée et d'une décision médicale partagée (82). La prise en charge globale du sujet obèse, en tenant compte des besoins et attentes des patients, rend le MG privilégié en tant qu'interlocuteur, puisqu'il déteint une place de choix pour une approche fine du patient, de son mode et conditions de vie, de son environnement socioprofessionnel.

Au terme de cette démarche initiale, le MG aura souvent à solliciter l'avis de spécialistes ou autres professionnels de santé, jouant ainsi son rôle de coordinateur de soins.

5.2 Analyse de la demande d'amaigrissement

Au devant des données de la science, le praticien trouve une légitimité à la perte de poids de ses patients obèses. Cependant, le patient trop corpulent peut chercher ailleurs les raisons de perdre du poids voir d'y renoncer. Il est donc important d'intégrer cette dimension subjective afin d'asseoir une base solide à la démarche de prise en charge.

Dans l'exercice de la médecine générale, à l'inverse de la consultation spécialisée, le motif de consultation n'est pas nécessairement la perte de poids. C'est donc au MG qu'incombe la mission d'aborder le sujet avec ses patients obèses. Il est important d'analyser la demande du patient et de définir si le moment est opportun pour aborder la question de la perte de poids (82). Une aide au praticien peut tout simplement être un motif de consultation en

relation avec un excès pondéral, à la condition que le patient soit à même d'accepter l'idée d'un lien de causalité si on le lui suggère.

Lorsque la demande de perte de poids émane directement du patient, la situation est plus simple pour le MG, qui doit tout de même s'attacher à connaître les motivations de cette demande : souvent, elle traduit une souffrance physique ou psychique, et afin d'instaurer une relation de confiance durable favorisant une efficacité de la prise en charge, il est nécessaire de prendre en charge ces symptômes, parfois rapidement accessibles aux thérapeutiques simples (cf supra, reflux gastro-œsophagien par exemple).

Cette étape d'analyse est primordiale afin de déterminer avec le patient obèse les moyens d'un changement de comportement, et l'instauration d'un projet thérapeutique (82).

5.3 Mise en place du projet thérapeutique

Au terme de l'analyse de la demande d'amaigrissement, de l'analyse de la situation clinique (stade d'obésité, complications, comorbidités associées...) et de l'évaluation de l'aptitude au changement de comportement, il est bon de fixer avec le patient un projet thérapeutique, adapté, personnalisé, comportant des objectifs réalistes. La mise en place de ce projet doit tenir compte de différents points forts de l'analyse (82) :

- tenir compte des motifs personnels et intimes motivant la perte de poids, sans se limiter au seul retentissement organique de l'obésité ;
- ne prescrire des examens complémentaires à visée étiologique que si la clinique est évocatrice ;
- ne pas oublier le retentissement métabolique et fonctionnel de l'obésité : en aucun cas la prise en charge ne se limite à une perte de poids. Elle doit intégrer le traitement de toutes les complications associées ;
- ne pas mésestimer un trouble de l'humeur, en particulier une dépression demandant des soins spécifiques, prioritaires avant toute tentative de prise en charge de l'obésité ;
- de la même façon, repérer les troubles du comportement alimentaires sous jacents, et savoir orienter le patient vers un thérapeute en cas de difficultés de prise en charge ;
- tenir compte de la dimension culturelle du patient, de ses croyances, de ses représentations, en particulier lors de la prescription diététique ;
- ne pas fixer un poids à atteindre ni un délai : aucune donnée scientifique ne permet de déterminer avec exactitude l'espérance de perte de poids totale et la cinétique de cette perte. Au mieux, fixer une fourchette, afin de ne pas provoquer un sentiment d'échec chez le patient en cas de non atteinte de l'objectif ;
- favoriser et valoriser l'activité physique, qui en plus de son efficacité combinée à la diététique sur la perte de poids, permet de réduire les risques cardio-vasculaires et d'améliorer le bien-être du patient ;

- tenir compte des expériences antérieures pour construire le projet de soin.

5.4 Accompagnement thérapeutique et psychologique

5.4.1 Base de la prescription diététique et d'activité physique en médecine générale

Bien évidemment il n'est pas possible de demander à tous les MG d'acquérir une expertise diététique à hauteur des professionnels formés spécifiquement. En revanche, il y a des bases auxquelles le MG ne peut se désintéresser lors d'une approche diététique auprès d'un patient obèse. Ainsi, de façon simplifiée, cette approche menée en cabinet de médecine générale repose sur :

- l'analyse de la densité calorique d'un repas au travers d'un carnet alimentaire ;
- l'identification des consommations excessives des aliments à forte densité calorique ;
- l'identification des erreurs dans les choix alimentaires en fonction des recommandations,
- l'identification de troubles du comportement alimentaire.

A cette approche diététique s'ajoute l'évaluation du niveau d'activité physique et la promotion de cette activité (cf supra : Tableau 4 : Mesures aidant à la promotion de l'activité physique). Comme toujours, les conseils diététiques associés au renforcement de l'activité physique se font dans le respect de la culture, des goûts du patient, et du plaisir alimentaire.

5.4.2 Coordination avec les spécialistes

Le MG peut s'appuyer sur un réseau de professionnels qui assurent, dans des proportions variables (selon la disponibilité des professionnels ou encore l'offre de soin selon le secteur géographique), la prise en charge des patients obèses. L'un des rôles du MG est de s'assurer de la pertinence des critères pour adresser un patient aux différents spécialistes : diététicienne, nutritionniste, psychologue, psychiatre, éducateur sportif... Dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire, le MG reste le coordonateur du projet de soins afin d'assurer les relais d'information et d'analyser les choix thérapeutiques dans le cadre de la décision médicale partagée. Ce rôle est particulièrement important lorsqu'il s'agit de discuter une chirurgie bariatrique ou encore après cet acte, afin de favoriser le suivi et de limiter la perte de vue des patients opérés (82).

5.5 Difficultés rencontrées par le MG dans sa gestion de l'obésité

Si les MG considèrent l'obésité comme une maladie chronique nécessitant un accompagnement thérapeutique sur le long cours (7) et qu'ils demeurent en première ligne dans la prise en charge de l'obésité, pour autant, ils sont

confrontés en pratique aux multiples difficultés liées à l'encadrement de ces patients (82). Il existe trois types de facteurs limitant cette prise en charge: les obstacles liés aux patients, aux médecins et au contexte extérieur.

5.5.1 Difficultés de prise en charge liées aux patients

Pour certains, le manque de motivation du patient est perçu comme le principal obstacle à la prise en charge de l'obésité en médecine générale (7, 10, 11). D'après Lehr-Drylewicz et al. (12), cette notion est accentuée par l'évolution insidieuse et asymptomatique de la maladie, qui participe à la déresponsabilisation du patient : les patients asymptomatiques refusent de modifier leur mode de vie et leurs habitudes alimentaires adoptées depuis l'enfance (« S'ils ne se plaignent de rien, ils n'ont pas envie d'entendre »). De plus, les patients obèses opposent souvent des arguments à leur propre prise en charge, difficiles à contourner en consultation : manque de temps pour effectuer une activité physique, déni des habitudes alimentaires inadaptées, etc. (12, 14). Ainsi, il existe un désintérêt du patient, les médecins déclarant être confrontés à l'absence de demande des obèses « bien portants » concernant leur problème de poids : l'obésité n'est alors abordée que lors de l'apparition d'une comorbidité à prendre en charge.

L'absence de suivi des conseils délivrés représente un obstacle fréquemment retrouvé dans la littérature (7, 10, 16). Cette mauvaise observance concerne à la fois les conseils diététiques, d'activité physique, ou de prise en charge psychologique. En plus de représenter une difficulté à l'initiation ou au maintien d'une perte de poids, elle représente un obstacle à l'instauration d'une relation de qualité entre le patient et le praticien, contribuant au découragement de celui-ci (14). Il est par ailleurs difficile pour les MG de faire accepter le suivi au long cours de conseils simples, les résultats étant bien souvent modestes à court terme, alors que les patients souhaitent des solutions rapides « miraculeuses », poussés par la tendance actuelle de l'idéal minceur (12). Ces demandes incongrues, en association aux idées préconçues des patients concernant la prise en charge diététique (régimes hyperprotéinés, etc.) constituent un facteur supplémentaire de mauvais suivi des conseils délivrés et une limite à l'encadrement de l'obésité en médecine générale (14).

Les troubles du comportement alimentaire sous-jacents ou les pathologies psychiatriques sous-jacentes, telle la dépression, constituent un obstacle à l'encadrement du sujet obèse par le MG (10, 14), d'autant plus que les patients refusent souvent d'admettre l'existence de ces troubles et acceptent mal la nécessité d'un encadrement psychologique (82). Pour 11,6 % des MG du département de la Haute-Vienne en 2008, la présence de troubles du comportement alimentaire perturbait leur prise en charge de l'obésité (10).

5.5.2 Difficultés liées aux praticiens

Le déficit de formation des MG à propos de la prise en charge de l'obésité (7, 10, 85) est une limite à l'encadrement du patient obèse. Cette carence s'applique parfois aux connaissances des causes de la maladie (85), néanmoins, ce défaut de formation concerne essentiellement les modalités de prise en

charge thérapeutiques. Ainsi, si dans une étude réalisée en 2008 en Haute-Vienne (10), la majorité des MG avaient des habitudes globalement conformes aux recommandations concernant le diagnostic de l'obésité et les objectifs de perte pondérale, seulement 13 % d'entre eux préconisaient l'association tripartite intervention diététique, activité physique, et encadrement psycho-comportemental. Cette association est pourtant largement recommandée (4, 16, 69), d'autant plus que l'inefficacité d'un seul type de prise en charge a déjà été démontrée (86). Dans la même enquête, un quart des MG avaient recours aux traitements médicamenteux, plus de 20 % utilisaient les régimes hyperprotidiques, et seul la moitié d'entre eux avaient recours à une consultation diététique, suggérant donc un manque de connaissances. Cela va dans le sens de l'étude française de Thuan et Avignon (7) qui rapporte que pour les MG désirant prendre en charge un patient obèse, la collaboration avec un diététicien n'apparaît pas comme une priorité, malgré l'importance de cette consultation.

Le sentiment d'inefficacité et d'impuissance des MG au devant de la pathologie obésité est fréquemment rapporté comme obstacle. Les MG se sentent parfois démunis et en échec face à l'absence de résultat (7, 13, 16), ou encore face au refus des patient d'appliquer les conseils prodigués (12). Il en résulte un manque de confiance dans la gestion de l'obésité, rendant plus difficile encore l'encadrement de cette pathologie. Cette situation peut conduire à une véritable « démission » du praticien qui se trouve perdu entre ce sentiment d'impuissance d'un côté et la multitude d'offres commerciales sans fondement scientifique proposées aux patients de l'autre (12).

Certaines enquêtes réalisées auprès de patients en excès pondéral, suggèrent un désintérêt des praticiens, se caractérisant par l'absence de délivrance de conseils de perte de poids (9, 87, 88) ou par une sous-estimation par les MG de l'importance de la prévalence de l'obésité (13), constituant une limite à la prise en charge.

Les représentations négatives de l'obésité ont pour conséquence un manque de sensibilisation à la prise en charge des patients obèses au cours des études médicales et un regard médical péjoratif sur ces malades (14). Ces attitudes négatives mettent en échec les différentes mesures proposées et sont autant d'obstacles à une relation médecin malade de qualité (13, 14, 82, 89). Même si ces comportements délétères ne concernent qu'une faible proportion des praticiens (88), ces stigmatisations et discriminations sont fréquemment décrites (2, 13, 82). Les comportements négatifs seraient d'autant plus marqués que la surcharge pondérale du patient est importante (90), que la proportion d'obèses est faible dans la patientèle (14) et que le poids des praticiens est normal (92). Etre une femme, avoir des connaissances pertinentes et l'expérience clinique de gestion de poids semblerait prédire des attitudes positives envers l'obésité et une efficacité plus élevée dans la gestion du poids (91).

Le manque de temps lors de la consultation semble être une barrière majeure à l'éducation nutritionnelle (82), d'autant plus que la démographie médicale est en baisse (12). La consultation de l'obèse est fortement consommatrice de

temps, ce qui représente un obstacle supplémentaire à la prise en charge. (7, 10, 87)

Pour d'autres auteurs, l'organisation actuelle du système de soins avec manque de coordination entre professionnels de santé est un facteur limitant à la prise en charge des patients obèses en médecine générale. (12)

Enfin, le manque d'équipement du cabinet médical des omnipraticiens (pèse personne adapté, brassard, chaise, etc.) pourrait représenter un obstacle à l'encadrement des patients obèses (82).

5.5.3 Difficultés liées au contexte extérieur

Les difficultés liées au contexte extérieur comprennent l'ensemble des obstacles indépendants des praticiens ou des patients, tels l'abondance des facteurs impliqués dans la genèse de la maladie, l'environnement socio-familial, l'absence de structure d'encadrement ou encore l'action nocive des médias et des industriels.

La multiplicité et l'interdépendance des causes d'excès pondéral, rendent difficile l'organisation de la prise en charge initiale : l'obésité est une pathologie complexe, aux facteurs étiologiques multiples, compliquant la mise en place d'un schéma thérapeutique. Cette complexité d'initiation d'un encadrement optimal peut par ailleurs être amplifiée par l'existence concomitante de plusieurs comorbidités, le MG pouvant rapidement se sentir dépassé par l'ampleur de la tâche (82).

L'insuffisance de structures et de moyens d'aide à l'activité physique (94), le manque de centres de soins spécialisés pour les patients obèses (12), le déficit de spécialistes ou les difficultés d'orientations vers ces spécialistes, sont autant d'obstacles potentiellement rencontrés par le MG.

Le contexte socio économique dans lequel évoluent les patients obèses peut représenter une limite supplémentaire. Ainsi, la situation socio-économique précaire de certains patients est susceptible d'influencer les pratiques des médecins, qui abandonneraient plus facilement (12). Par ailleurs, face à la prévalence de l'obésité plus élevée dans les catégories socio professionnelles les plus basses et aux inégalités sociales de santé qui limitent l'accès au soins de spécialité, le MG est souvent isolé, sans aide pour l'encadrement de tels patients (94).

Les différences culturelles, religieuses ou autres, nécessitent souvent une adaptation de la prise en charge diététique (82) obligeant le MG à s'adapter à chaque situation, ce qui peut être d'autant plus complexe si celui-ci ne dispose pas de temps ou de connaissances suffisantes en diététique.

Le lobbying de l'industrie agroalimentaire, les publicités et la presse grand public véhiculant des idées préconçues sont des barrières à l'action du praticien. De même, La multitude d'offres commerciales sans fondement scientifique, et les nombreuses méthodes de perte de poids douteuses proposées par des « gourous » rendent plus difficile encore la tâche pour le MG (12).

5.6 Propositions d'amélioration de la prise en charge de l'obésité en médecine générale

De nombreuses suggestions d'amélioration de la prise en charge de l'obésité en médecine générale sont citées dans la littérature, mais ne font pas l'unanimité du corps médical selon les études.

Pour certains auteurs, au devant de l'épidémie d'obésité, c'est au niveau préventif qu'il faut agir (12). Ces actions de prévention et de dépistage impliquent une complémentarité de l'aide publique et des interventions médicales (12). En effet, si les MG peuvent jouer un rôle, par exemple en renforçant l'éducation alimentaire de toute la famille ou par le repérage précoce de l'obésité infantile (10), certaines solutions dépassent le domaine médical, impliquant les interventions des médias ou l'implication des commerçants : éducation nutritionnelle de la population générale (4, 16, 69), actions sur les annonces publicitaires, etc.

Certaines suggestions d'amélioration concernent directement le MG. Ainsi, un renforcement de la formation médicale, plébiscité dans de nombreuses études (7, 9, 10, 13), permettrait non seulement d'améliorer la prise en charge, mais aussi de lutter contre le sentiment d'inefficacité, de frustration, de pessimisme et d'aversion pour l'encadrement du sujet obèse (14). La sensibilisation des MG aux problèmes d'obésité et la lutte contre les attitudes négatives des praticiens doivent également être des sujets à aborder afin d'améliorer l'encadrement des patients (17, 91). L'aménagement de la consultation d'obésité pourrait représenter une solution, par la création d'une consultation dédiée, avec plus de temps (10, 12). Enfin, pour certains, une codification spéciale de la consultation d'obésité doit être mise en place, afin d'encourager les praticiens et favoriser ainsi leur adhésion au suivi de cette pathologie (12).

D'autres propositions d'amélioration possibles concernent la création ou le perfectionnement de structures de prise en charge et un renforcement des moyens de lutte contre l'obésité. Ces solutions impliquent souvent une action des pouvoirs publics :

- création de réseaux de prise en charge spécialisé (4, 10, 15, 16, 19),
- développement de centres spécialisés (10),
- promotion de l'activité physique et développement de structures d'activités physiques (10, 12),
- amélioration de la prise en charge psycho-comportementale (4, 10, 16, 19) par le développement de l'offre de soin ou des structures d'accueil,
- remboursement de la consultation diététique (10),
- développement d'ateliers d'éducation thérapeutique de groupe (10).

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE REALISEE

1. INTRODUCTION ET OBJECTIFS

De par sa position dans le parcours de soins, le médecin généraliste (MG) joue un rôle majeur dans la prise en charge de l'obésité, sur le plan préventif, diagnostique et thérapeutique (1). Cette tâche est rendue difficile par la faiblesse des moyens de la médecine générale (6) et par le fait que la région Limousin ne dispose pas de réseau destiné aux obèses adultes, ni d'offre d'activité physique adaptée en secteur libéral.

Les données portant sur la pratique des MG face à l'obésité sont orientées surtout sur la place des obèses dans les patientèle (7, 9). Pour autant, il existe trois types d'obstacles de prise en charge : difficultés liées aux patients, aux médecins et au contexte extérieur. Les principales limites liées aux patients sont le manque de motivation ou l'absence de suivi des conseils délivrés (7, 11, 12, 82) et leur désintérêt pour l'obésité (12, 82). Les obstacles liés aux praticiens sont variés : déficit de formation (82, 85), erreurs dans les modalités de prise en charge (10, 16, 86), manque de coordination entre professionnels de santé (12), désintérêt pour le problème obésité (7, 9, 12) et attitudes négatives envers les sujets obèses (13, 14, 82, 89). La multiplicité et l'interdépendance des causes de l'obésité (92), le contexte socio-économique précaire (12) ou encore le manque de moyen et d'aide à l'activité physique (93) sont autant d'obstacle extérieur représentant un frein à la prise en charge. Les solutions proposées pour améliorer la prise en charge de l'obésité en médecine générale sont multiples, mais ne font pas l'unanimité du corps médical. Les plus fréquemment citées sont : la création d'un « réseau obésité » (4, 16, 69), l'amélioration de la formation des médecins (7, 13, 14, 69), et la lutte contre les attitudes négatives des MG envers leurs patients obèses (11, 12, 17).

Cette étude fait suite à une enquête réalisée en 2008 par le Dr AVODE (10) à propos de la formation et des pratiques des MG du département de la Haute Vienne face à l'obésité, où peu de données concernant les difficultés rencontrées par ces médecins et leurs suggestions d'amélioration étaient exposées.

Ainsi, cette nouvelle enquête a pour principal objectif de faire le point sur les difficultés rencontrées par les MG du département de la Haute-Vienne face à l'obésité, et sur leurs propositions d'amélioration de cette prise en charge.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les principaux freins à cette prise en charge, afin de proposer des éléments de décision mieux adaptés pour les MG et des éléments actualisés d'orientation de la politique de santé départementale.

2. METHODOLOGIE

2.1 Echantillonnage

Cette étude, réalisée en mars et avril 2012, se basait sur un recueil de données réalisé auprès de 200 médecins généralistes du département de la Haute-Vienne, à l'aide d'un questionnaire anonyme déclaratif envoyé par voie postale. L'échantillonnage avait été établi par tirage au sort parmi les 469 MG de Haute-Vienne, avec l'aide de l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecin Libéraux.

La population étudiée était donnée comme représentative de l'ensemble des médecins généralistes du département de la Haute Vienne.

2.2 Descriptif du questionnaire

Le questionnaire avait été élaboré à partir des données relevées dans l'enquête précédente (10) et en prenant en compte les difficultés et suggestions d'amélioration à la prise en charge identifiées dans la littérature. Il comportait quatre grands groupes de questions (annexes 1, 2, 3, 4 et 5) :

- la première partie relevait la description de la population de MG interrogés,
- la deuxième partie renseignait sur les difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge des patients obèses,
- la troisième partie s'intéressait aux propositions d'amélioration de cette prise en charge,
- la quatrième partie évaluait la satisfaction des MG concernant cette prise en charge.

2.2.1 Description de la population

Les questions posées concernaient l'âge, le sexe des médecins, le lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), leur activité (nombre de journées de consultation par semaine, nombre de patients suivis dans la semaine, nombres de patients adultes de plus de 18 ans en surpoids ou obèses suivis) et leur niveau de formation en nutrition. Lorsque les médecins avaient une formation en nutrition, il leur était demandé de préciser le type de formation (Diplôme Universitaire, Diplôme Inter Universitaire, Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire, Autre). S'ils répondaient « Autre », une question ouverte leur permettait de décrire plus précisément leurs compétences en nutrition.

2.2.2 Difficultés rencontrées dans la prise en charge du sujet obèse

La seconde partie du questionnaire s'intéressait aux difficultés que les MG étaient susceptibles de rencontrer face aux patients obèses. Un tableau énumérait 18 difficultés potentiellement rencontrées, liées aux praticiens, aux patients ou au contexte extérieur :

Tableau 5 : Difficultés de prise en charge énoncées dans le questionnaire

Manque de motivation du patient ou désintérêt pour son problème d'obésité
Mauvais suivi des conseils d'activité physique par le patient
Mauvais suivi des conseils diététiques par le patient
Mauvais suivi des conseils concernant la prise en charge psychologique
Existence de troubles du comportement alimentaire sous-jacents
Existence de pathologies psychiatriques sous-jacentes
Manque de temps pour la prise en charge
Manque d'efficacité des traitements
Absence de codification spécifique pour la consultation d'obésité
Absence de remboursement de la consultation diététique
Délais de consultations spécialisées trop longs
Manque de coordination des professionnels de santé
Insuffisance de formation des praticiens concernant la prise en charge de l'obésité
Sentiment d'inefficacité de l'acte médical
Peu ou pas d'intérêt du praticien pour la pathologie obésité
Multiplicité et interdépendances des comorbidités liées à l'obésité
Manque d'équipement du cabinet médical
Manque de moyen et de structure d'aide à l'activité physique

Pour chaque item, les médecins étaient invités à signaler s'ils rencontraient ou non la difficulté énoncée. Ils devaient classer par degré de difficulté chacune de leur réponse positive (de 1 : aucune difficulté, à 4 : difficulté maximum).

Une question ouverte leur permettait d'énumérer d'autres obstacles rencontrés.

Enfin, les MG étaient interrogés sur l'influence de leur perception du patient obèse dans leur pratique :

- Pensez-vous que l'obésité est une pathologie pour laquelle le patient est plus responsable que pour une autre pathologie ? Ceci représente-t-il un frein à votre prise en charge ?
- Pensez-vous que la morphologie du patient obèse modifie votre abord à son égard ?
- Pensez-vous avoir des attitudes négatives envers vos patients obèses ?
- La prise en charge du patient obèse : - vous effraie-t-elle ? - vous décourage-t-elle ?

2.2.3 Suggestions d'amélioration de la prise en charge

La troisième partie de l'enquête renseignait sur les propositions d'amélioration possibles de cette prise en charge. Un tableau énumérait 17 suggestions d'amélioration potentielles :

Tableau 6 : Suggestions d'amélioration de prise en charge proposées dans le questionnaire

Création d'un réseau de soins spécialisé
Amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire
Éducation alimentaire de toute la famille
Codification spéciale pour la consultation du patient obèse
Remboursement de la consultation diététique
Développement de l'éducation nutritionnelle à l'école
Dépistage et prise en charge de l'obésité infantile
Développement de structures d'aide à l'activité physique
Développement de groupes de parole
Développement d'ateliers d'éducation thérapeutique de groupe
Disposer de plus de temps pour le traitement et le suivi des patients obèses
Amélioration de la formation des médecins
Amélioration de la prise en charge psycho-comportementale
Développement de centres pour le traitement des patients obèses
Actions sur les annonces publicitaires
Lutte contre la discrimination et la stigmatisation du patient obèse (y compris auprès du corps médical)
Sensibilisation du grand public aux effets néfastes du temps de passage devant les écrans

Les praticiens étaient invités à signaler si chacun des items proposés leur paraissait de bon sens. Il était demandé aux médecins de classer par degré de pertinence leurs réponses positives (de 1 : non pertinent, à 4 : très pertinent).

Une question ouverte permettait également de suggérer d'autres propositions d'amélioration non citées dans le tableau.

2.2.4 Satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de leur prise en charge du sujet obèse

La quatrième partie du questionnaire s'intéressait à la satisfaction des médecins généralistes quant à leur prise en charge globale de leurs patients obèses. En cas de non satisfaction, il leur était demandé de justifier leur réponse.

2.3 Analyse statistique

La base de données a été réalisée en utilisant le logiciel Microsoft Office Excel.

Le traitement statistique des données a été réalisé grâce au logiciel Stat View® (SAS 9,1, Cary, États-Unis).

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne \pm écart-type éventuellement minimum, maximum et médiane. Ceux des variables qualitatives sont présentés en pourcentages.

Les comparaisons des distributions des variables quantitatives ont été réalisées grâce au test de Student et à l'analyse de variance. Les comparaisons des variables qualitatives entre deux groupes ont été réalisées par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher en fonction des effectifs théoriques des groupes considérés.

Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

3. RESULTATS

Sur les 200 questionnaires envoyés, 68 ont été retournés remplis, soit un taux de réponse de 34,0 %. Trois médecins (1,5 %) ont renvoyé le questionnaire sans l'avoir rempli.

3.1 Description de la population

3.1.1 Données générales

Les caractéristiques générales quantitatives de la population étudiée sont données par le tableau 7.

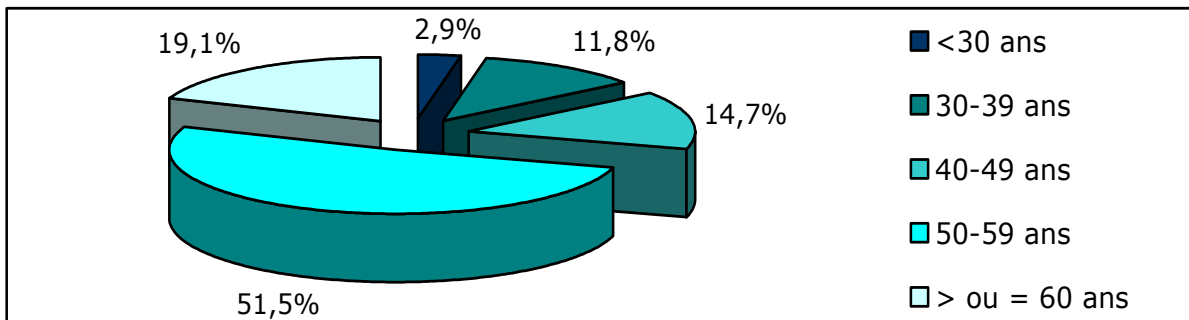
Tableau 7 : Caractéristiques générales quantitatives de la population de médecins répondants

Variable	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	Médiane	Nombre de répondants
Age	52,0	9,9	27	70	55	68
Nombre de journées de consultation/semaine	4,9	0,9	2	6	5	65
Nombre de patients/semaine	97,3	37,4	20	200	90	66

Le sexe ratio homme/femme est de 2,1 (46 hommes pour 22 femmes) et 67,6 % des répondants sont des hommes.

La répartition par tranche d'âge des médecins répondants est donnée par la figure 4.

Figure 4 : Répartition des médecins répondants par tranche d'âge



Les figures 5 et 6 présentent la répartition par tranche d'âge des médecins répondants selon le sexe.

Figure 5 : Répartition par tranche d'âge des médecins de sexe féminin

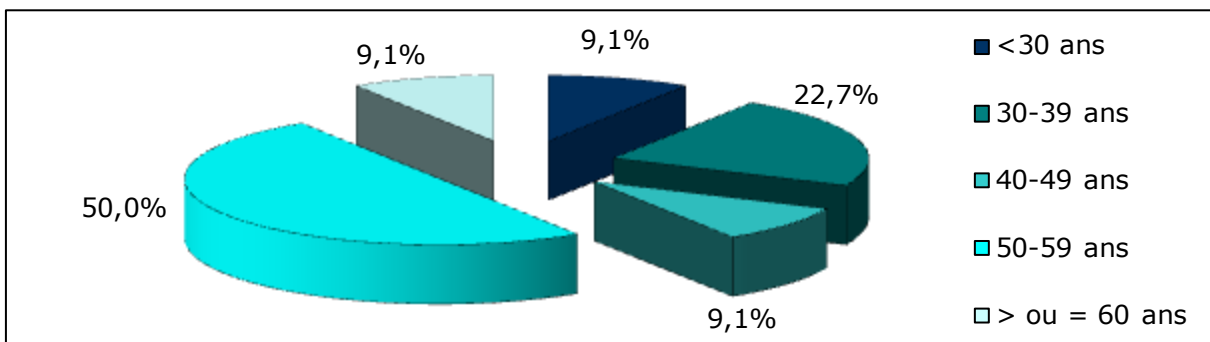
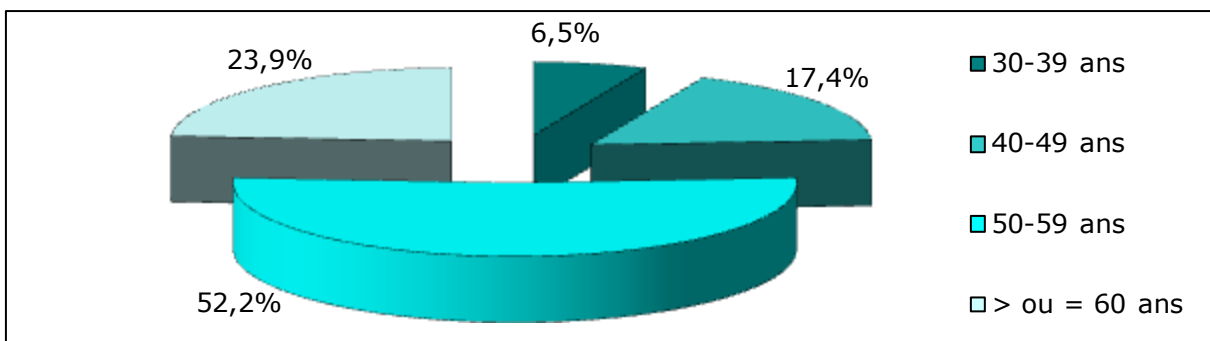


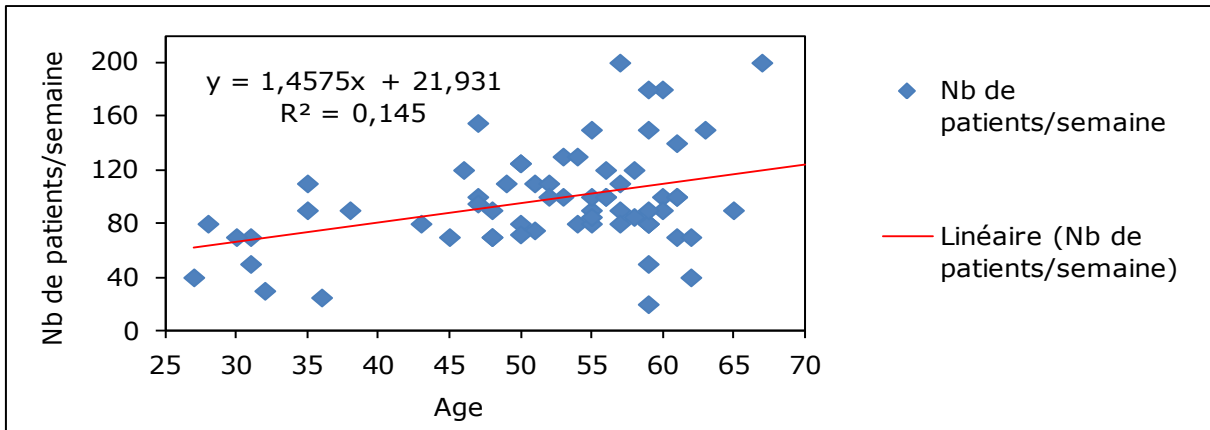
Figure 6 : Répartition par tranche d'âge des médecins de sexe masculin



L'âge moyen des médecins répondants diffère de façon significative selon le sexe : les hommes ont en moyenne 54,3 +/- 8,4 ans et les femmes 47,3 +/- 11,2 ans (p= 0,006).

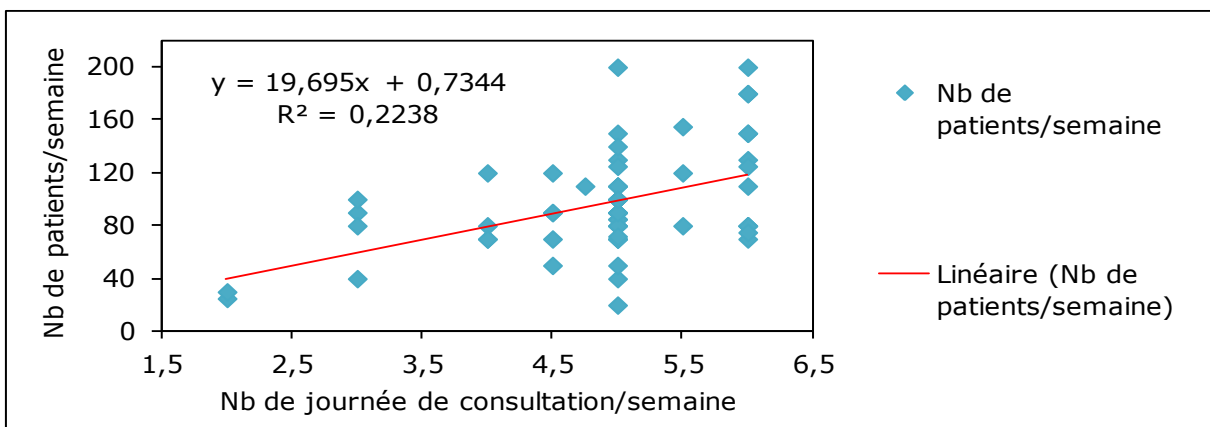
Concernant les caractéristiques générales quantitatives des médecins répondants (tableau 7), l'analyse permet de mettre en évidence des corrélations fortes (figure 7, 8, 9 et 10) :

Figure 7 : Liaison entre l'âge des MG et le nombre de patients reçus en consultation par semaine



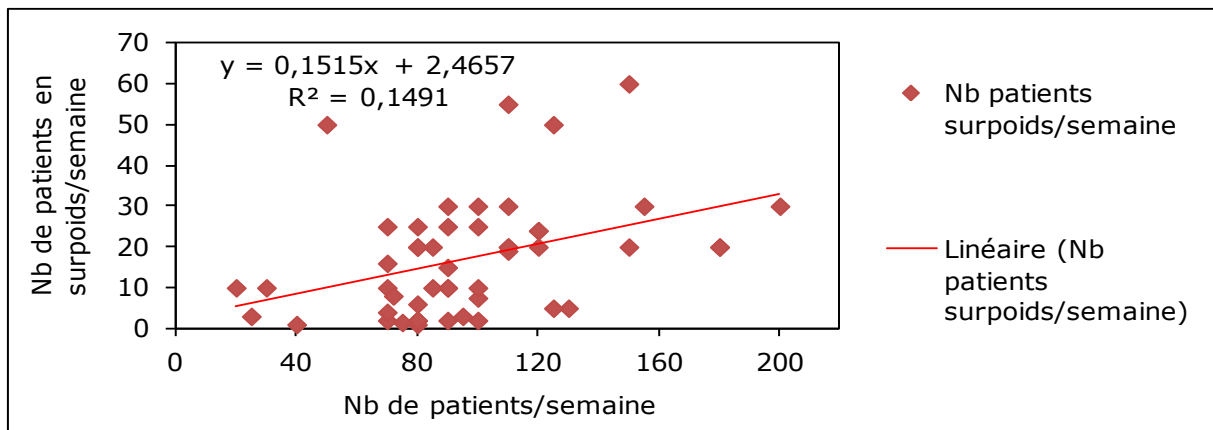
Il existe un lien entre l'âge et le nombre de patients reçus en consultation par semaine : plus les médecins sont âgés, plus ils suivent de patients ($p = 0,002$, $R^2 = 0,15$) (figure 7). En revanche, l'âge n'est lié à aucun autre critère.

Figure 8 : Liaison entre le nombre de journées de consultation par semaine et le nombre de patients suivis par semaine



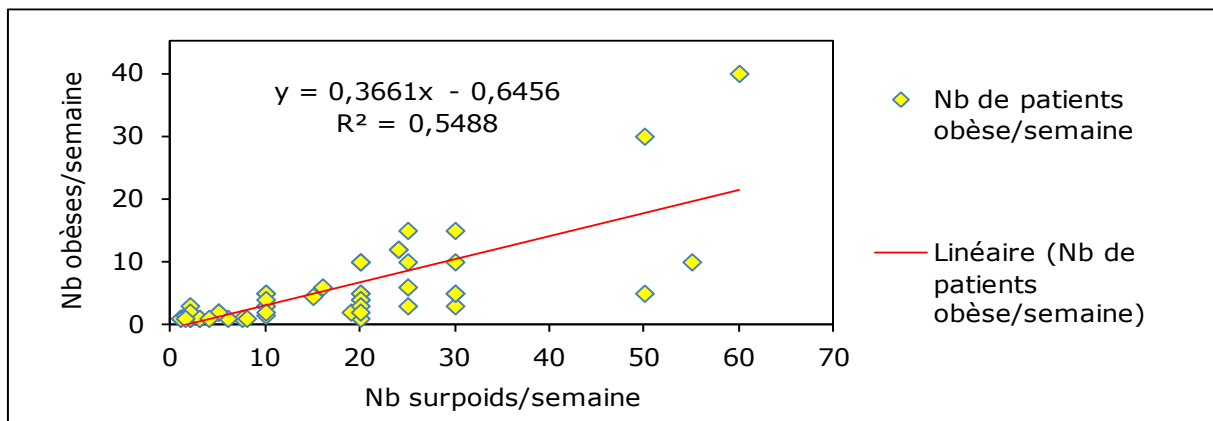
Il existe une liaison entre le nombre de journées de consultation par semaine et le nombre de patients suivis par semaine : plus il y a de jours travaillés dans la semaine, plus les MG voient un nombre important de patients ($p < 0,0001$, $R^2 = 0,22$) (figure 8).

Figure 9 : Liaison entre le nombre total de patients et le nombre de patients obèses suivis par semaine



Le nombre de patients reçus en consultation par semaine est aussi corrélé au nombre de patients en surpoids suivis : plus les MG reçoivent de patients, plus ils ont de patients en surpoids dans leur patientèle ($p = 0,005$, $R^2 = 0,15$) (figure 9). En revanche, l'association entre le nombre de patients obèses suivis et le nombre de patients vus par semaine n'est pas significative ($p = 0,08$).

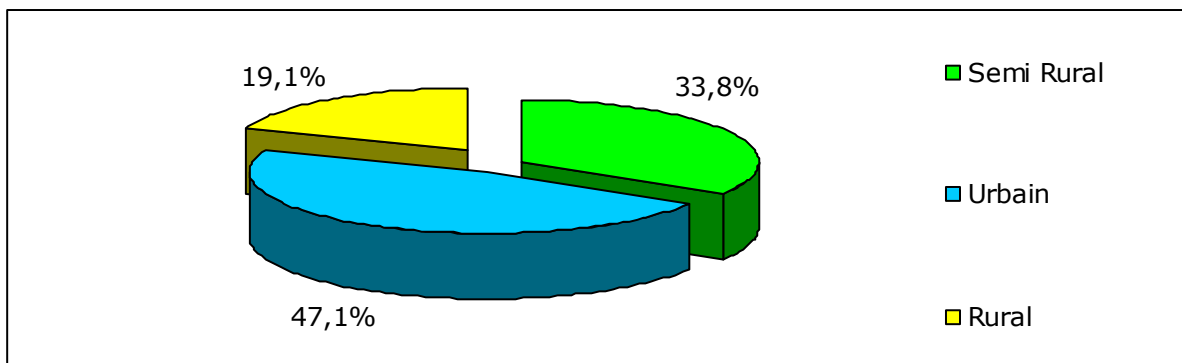
Figure 10 : Liaison entre le nombre de patients en surpoids et obèses suivis par semaine



Enfin, il existe un lien fort entre le nombre de patients en surpoids et obèses suivis : plus les MG ont de patients en surpoids dans leur patientèle, plus la proportion de patients obèses suivis est élevée ($p < 0,0001$, $R^2 = 0,55$) (figure 10).

La figure 11 présente la répartition des médecins répondants selon le lieu d'exercice :

Figure 11 : Répartition des médecins répondants selon le lieu d'exercice



Il n'existe aucune liaison entre le lieu d'exercice et les autres critères.

3.1.2 Formation en nutrition des MG

Sur les 68 médecins ayant répondu à l'enquête, 27,9 % (n = 19) ont mentionné avoir une formation en nutrition.

La figure 12 présente le type de formation en nutrition des médecins ayant mentionné être formé. La figure 13 précise le type de formation des médecins formés ayant répondu « Autre formation ».

Figure 12 : Type de formation en nutrition des médecins ayant mentionné être formé

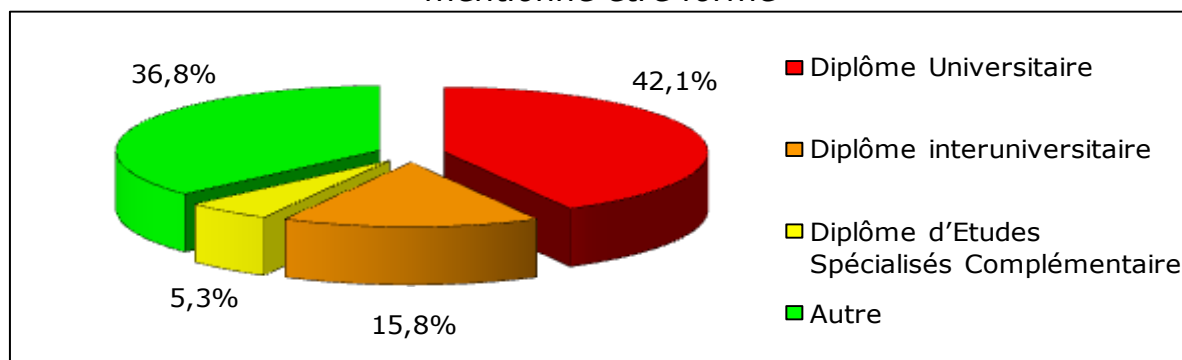
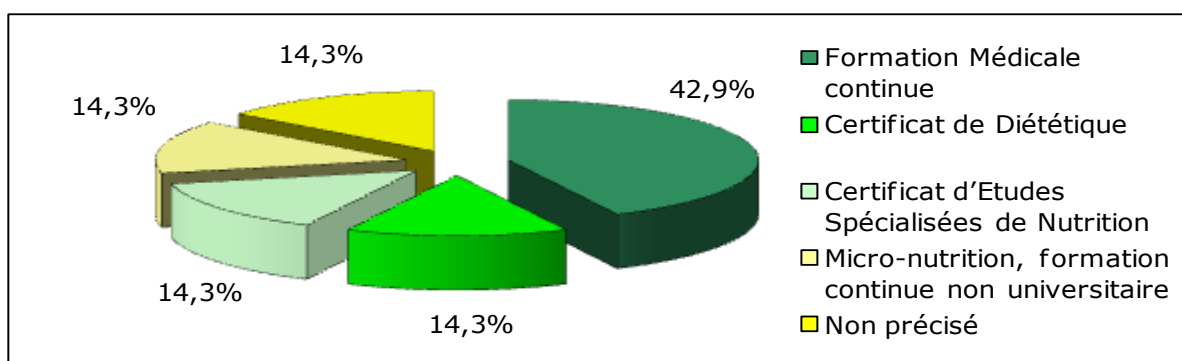


Figure 13 : Type de formation en nutrition des MG ayant spécifié avoir une autre formation

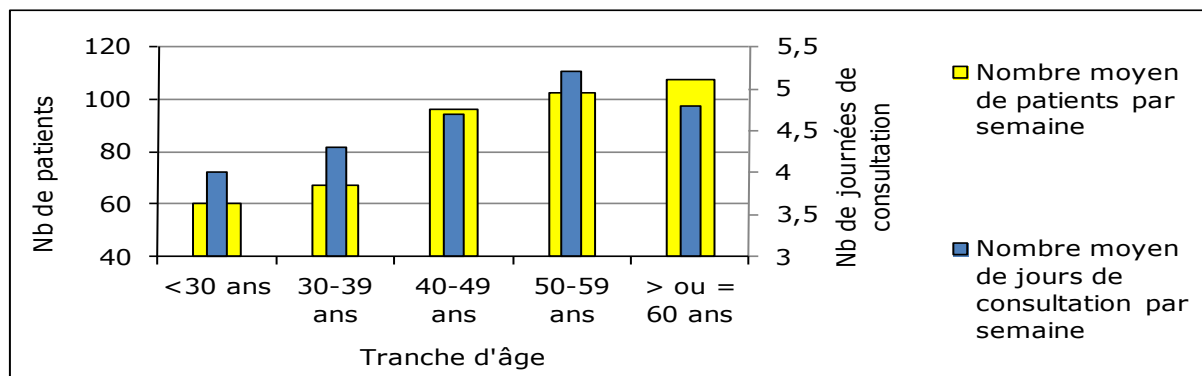


Il n'existe aucune liaison entre le niveau de formation des MG répondants et les autres critères quantitatifs ou qualitatifs.

3.1.3 Activité des médecins

La figure 14 présente l'activité des médecins répondants selon leur âge :

Figure 14 : Activité des médecins selon leur âge



Comme le montre précédemment la figure 7, il existe une liaison significative entre l'âge des MG et le nombre de consultations hebdomadaires : plus les MG sont âgés, plus ils voient un nombre important de patients par semaine ($p = 0,002$, $R^2 = 0,15$). Cette tendance se retrouve dans la figure 14 où la distribution graphique du nombre de patients vus en consultation par semaine en fonction des tranches d'âge est similaire à celle observée en fonction de l'âge en valeur absolue (figure 7). En revanche, il n'existe pas de liaison entre le nombre de jours de consultation par semaine et l'âge en valeur absolue ($p = 0,17$) ou par tranche d'âge.

La figure 15 indique le niveau d'activité des médecins répondants selon le sexe :

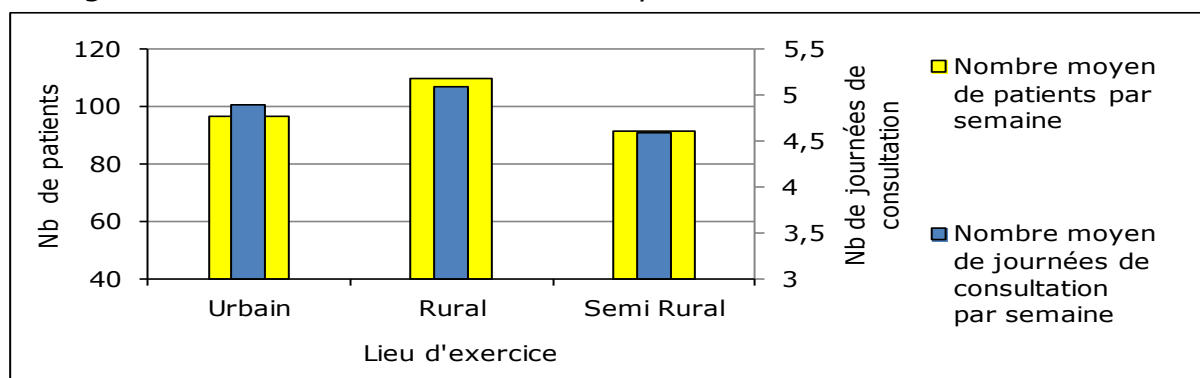
Figure 15 : Activité des MG selon le sexe



Il existe une différence significative de l'activité selon le sexe en termes de nombre de consultations par semaine : les hommes voient en moyenne 104,6 +/- 40,6 et les femmes 81 +/- 23,3 patients par semaine ($p = 0,02$). En revanche, il n'y a pas de liaison entre le sexe et le nombre de jours de consultation hebdomadaire ($p=0,53$).

La figure 16 présente le niveau d'activité des médecins selon le lieu d'exercice :

Figure 16 : Activité des médecins répondants selon le lieu d'exercice



Il n'y a pas de différence significative d'activité des médecins selon le lieu d'exercice, en termes de patients vus en consultation par semaine ($p = 0,39$) ou de nombre de jours consultés par semaine ($p = 0,26$).

3.1.4 Prise en charge des patients obèses

Pour le calcul de la proportion de patients en surpoids ou obèses suivis, nous avons utilisé le nombre moyen de patients suivis par les médecins répondants, en incluant uniquement ceux ayant mentionné le nombre de patients en surpoids ou obèses suivis par semaine.

Le tableau 8 renseigne sur la part d'activité liée aux patients en surpoids ou obèses dans l'activité des médecins répondants :

Tableau 8 : Part de patients obèses ou en surpoids dans l'activité des MG ayant mentionné le nombre de patients obèses ou en surpoids suivis par semaine

Variable	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	Nombre
Nombre de patients / semaine	96,3	36,7	20	200	51*
Nombre de patients en surpoids/semaine	16,8	14,4	1	60	52**
Nombre de patients obèses/semaine	5,5	7,1	1	40	52**
Part de patients en surpoids dans l'activité (%)	18,6	17,3	1,25	60	51*
Part de patients obèses dans l'activité (%)	6,5	9,5	1	50	51*

* médecins ayant mentionné à la fois le nombre de patients vus par semaine et le nombre de patients en surpoids ou obèses suivis par semaine (75 % des répondants, $n = 51$)

** médecins ayant mentionné le nombre de patients en surpoids ou obèses suivi par semaine (76,5 % des répondants, $n=52$)

Le tableau 9 indique la proportion de patients en surpoids ou obèses selon le sexe des médecins :

Tableau 9 : Part des patients en surpoids ou obèses suivis selon le sexe des MG

Sexe	Nombre moyen de patients en surpoids par semaine	Nombre moyen de patients obèses par semaine	Part des patients en surpoids dans la patientèle (%)	Part des patients obèses dans la patientèle (%)
Hommes	19,8	6,9	18,9	6,6
Femmes	11,6	3	14,1	3,6

Il existe une différence significative de moyenne de patients en surpoids suivis selon le sexe, les hommes suivant en moyenne plus de patients en surpoids que les femmes ($p = 0,04$). En revanche, cette différence n'est pas significative concernant les patients obèses ($p = 0,052$).

Le tableau 10 indique la proportion de patients en surpoids ou obèses selon l'âge des médecins :

Tableau 10 : Part de patients en surpoids ou obèses suivis selon l'âge des MG

Tranche d'âge	Nombre moyen de patients en surpoids par semaine	Nombre moyen de patients obèses par semaine	Part de patients en surpoids dans la patientèle (%)	Part de patients obèses dans la patientèle (%)
<30ans	13	8	21,7	13,3
30-39 ans	14	3,3	21,3	5
40-49 ans	13,4	3,8	13,6	3,8
50-59 ans	18,2	6,4	17,7	6,2
> ou = 60 ans	20,6	6,7	19,6	6,4

Comme signalé précédemment, il n'existe pas de lien significatif entre l'âge des MG et le nombre de patients en surpoids ou obèses suivi par semaine.

Le tableau 11 indique la proportion de patients en surpoids ou obèses suivis selon le lieu d'exercice des médecins :

Tableau 11 : Part des patients en surpoids ou obèses suivis selon le lieu d'exercice

Lieu d'exercice	Nombre moyen de patients en surpoids par semaine	Nombre moyen de patients obèses par semaine	Part de patients en surpoids dans la patientèle (%)	Part de patients obèses dans la patientèle (%)
Urbain	18,3	6,5	18,4	6,6
Rural	19,6	4,9	17,5	4,4
Semi Rural	13,2	4,5	15,7	5,4

Le lieu d'exercice n'a aucune influence sur la part de patients en surpoids ($p = 0,43$) ou obèses ($p = 0,64$) dans les patientèles.

Le tableau 10 indique la proportion de patients en surpoids ou obèses selon le niveau de formation des médecins :

Tableau 12 : Part des patients en surpoids ou obèses selon le niveau de formation

Formation en Nutrition	Nombre moyen de patients en surpoids par semaine	Nombre moyen de patients obèses par semaine	Part des patients en surpoids dans la patientèle (%)	Part des patients obèses dans la patientèle (%)
Non formés	16,2	5,4	16,7	5,6
Formés	17,8	5,8	18,8	6,1

Comme signalé précédemment, il n'y a pas de différence significative entre le nombre de patients en surpoids ($p = 0,72$) ou obèses ($p = 0,85$) suivis selon le niveau de formation des MG.

3.2 Difficultés rencontrées par les MG lors de la prise en charge du sujet obèse

3.2.1 Difficultés de prise en charge suggérées dans le questionnaire

Elles sont présentées par le tableau 13 :

Tableau 13 : Données concernant les difficultés de prise en charge rencontrées par les MG face à l'obésité et le degré moyen de difficulté par item.

Propositions de difficulté *	Nombre de réponses positives	% de réponses positives	degré moyen de difficulté
Mauvais suivi des conseils d'activité physique par le patient	64	94,1	3,4
Manque de motivation du patient ou désintérêt pour son problème d'obésité	63	92,6	3,4
Mauvais suivi des conseils diététiques par le patient	62	91,1	3,3
Existence de troubles du comportement alimentaire sous-jacents	57	83,8	3,2
Mauvais suivi des conseils concernant la prise en charge psychologique	49	72	3,2
Multiplicité et interdépendances des comorbidités liées à l'obésité	45	66,2	3
Existence de pathologies psychiatriques sous-jacentes	43	63,2	3
Sentiment d'inefficacité de l'acte médical	40	58,8	3
Absence de remboursement de la consultation diététique	37	54,4	3,2
Manque de temps pour la prise en charge	36	52,9	3,1
Manque d'efficacité des traitements	35	51,5	3,1
Insuffisance de formation des praticiens concernant la prise en charge de l'obésité	34	50	3,1
Absence de codification spécifique pour la consultation d'obésité	33	48,5	2,9
Manque de moyen et de structure d'aide à l'activité physique	30	44,1	2,9
Délais de consultations spécialisées trop longs	28	41,1	2,8
Manque de coordination des professionnels de santé	24	35,2	2,9
Peu ou pas d'intérêt du praticien pour la pathologie obésité	19	28	2,6
Manque d'équipement du cabinet médical	14	20,6	2,6

*  Difficultés liées aux patients

 Difficultés liées aux MG

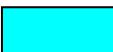
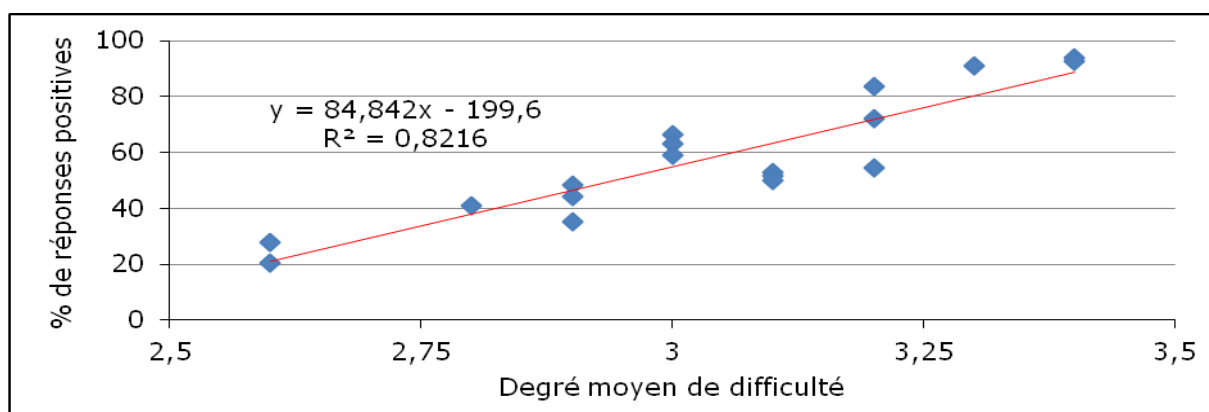
 Difficultés liées au contexte extérieur

Figure 17 : Liaison entre le pourcentage de réponses positives et le degré de difficulté



Il existe une liaison forte entre le pourcentage de réponses positives et le degré de difficulté énoncé par les MG. Ainsi, plus une difficulté est signalée présente par les MG, plus son degré de difficulté est élevé ($R^2 = 0,82$, $p < 0,0001$) (figure 17). Cette affirmation se vérifie pour chacune des propositions de difficulté, sans exception.

L'analyse croisée permet de mettre en évidence des liens (ou au contraire, une absence de lien) entre certaines propositions de difficultés ou encore entre ces propositions et les critères quantitatifs ou qualitatifs de la population étudiée : nous avons choisi d'analyser en priorité les critères les plus représentatifs de l'activité des MG interrogés :

- insuffisance de formation des praticiens concernant la prise en charge de l'obésité,
- manque de temps pour la prise en charge,
- sentiment d'inefficacité de l'acte médical,
- peu ou pas d'intérêt du praticien pour la pathologie obésité.

La proposition concernant l'insuffisance de formation des praticiens, citée par 34,0 % des répondants, est en lien avec « le manque de temps pour la prise en charge du sujet obèse », puisque 67,6 % des MG ayant plébiscité cet item affirment que le manque de temps représente une difficulté à l'encadrement de l'obésité, cette proportion étant de 38,2 % chez les MG n'ayant pas évoqué le manque de formation ($p = 0,03$). Par ailleurs, pour 76,4 % des MG soulignant le manque de formation (contre 41,1 % des MG n'ayant pas cité cet item), le sentiment d'inefficacité de l'acte médical est une difficulté supplémentaire ($p = 0,007$). Pour 50,0 % des MG évoquant le manque de formation (contre 5,8 % de ceux ne citant pas cette difficulté), le « désintérêt pour la pathologie obésité » représente un obstacle ($p = 0,0002$).

De la même façon, le manque de temps pour la prise en charge du sujet obèse, cité par 36,0 % des répondants, est en lien avec l'insuffisance de formation, puisque 63,9 % des MG ayant affirmé que le manque de temps représente un obstacle (contre 34,4 % de ceux n'ayant pas cité cet item) considèrent que l'insuffisance de formation est une difficulté ($p = 0,03$). Pour

44,4 % des répondants ayant souligné le manque de temps (contre 9,4 % de ceux ne citant pas cet obstacle), le désintérêt pour la pathologie obésité représente un obstacle ($p = 0,003$).

L'absence ou le manque d'intérêt des praticiens pour la pathologie obésité, soulignée par 19,0 % des répondants, est en lien avec le manque de temps, puisque 84,2 % des MG considérant le manque d'intérêt pour la pathologie comme une difficulté (contre 40,8 % de ceux n'ayant pas cette considération) estiment que le manque de temps est un obstacle ($p = 0,003$). De même, pour 89,5 % des MG approuvant le manque d'intérêt (contre 34,7 % de ceux ne l'approuvant pas), le défaut de formation est une difficulté de prise en charge ($p = 0,0002$). 89,5 % des MG évoquant le désintérêt comme obstacle (contre 46,9% de ceux ne l'évoquant pas), estiment que le sentiment d'inefficacité rend difficile la prise en charge de l'obésité ($p = 0,004$).

Concernant le sentiment d'inefficacité de l'acte médical cité comme difficulté par 40,0 % des répondants, il est en lien avec le degré de formation en nutrition : 82,5 % des MG non formés (contre 57,1 % des MG formés) déclarent que ce sentiment d'inefficacité est un obstacle. Cette liaison est confirmée par celle avec le manque de formation, puisque pour 65,0 % des MG estimant que le sentiment d'inefficacité est un obstacle (versus 28,6 % de ceux n'ayant pas cet avis), le manque de formation est une difficulté supplémentaire. Enfin, cette notion d'obstacle lié au sentiment d'inefficacité est liée au désintérêt pour la pathologie obésité, puisque pour 42,5 % des répondants déclarants comme difficulté le sentiment d'inefficacité (contre 7,1 % ne le soulignant pas), la prise en charge du sujet obèse est rendue difficile par le manque d'intérêt du praticien.

Ainsi, il existe des liens forts entre l'insuffisance de formation des praticiens, leur sentiment d'inefficacité au devant de l'obésité et leur manque d'intérêt ou de temps pour la prise en charge du sujet obèse.

L'analyse croisée de l'item « manque de motivation du patient ou désintérêt pour son problème d'obésité », cité comme difficulté par 92,6 % des répondants, n'a révélé aucune liaison aux autres critères.

3.2.2 Autres difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge de l'obésité

Sur les 68 médecins répondants, dix (14,7 %) ont déclaré rencontrer d'autres difficultés dans la prise en charge des patients obèses. Parmi ces dix médecins, trois (4,4 %) n'ont pas expliqué quels étaient les obstacles supplémentaires rencontrés.

Deux médecins (2,9 %) ont exprimé être mis en échec par un taux faible de sujets obèses dans leur patientèle, n'ayant pas l'habitude d'aborder le problème obésité avec leur patient. Pour un médecin (1,5 %), faire prendre conscience au patient que les complications de l'obésité apparaissent à long terme représente une difficulté supplémentaire à la prise en charge. Le fait que l'encadrement du sujet obèse nécessite une prise en charge au long cours est un obstacle cité par un autre médecin. Pour un autre répondant, l'absence de reconnaissance des compétences du MG en termes d'encadrement de l'obèse

est une difficulté à cette prise en charge, bien qu'il ne précise pas si cette non-reconnaissance émane des patients ou des autres spécialistes. Un médecin considère que l'absence totale de volonté politique de prendre en compte les déterminants socio culturels et environnementaux participant à la genèse de l'obésité rend plus difficile l'abord du patient obèse. Enfin, pour un dernier répondant, les intérêts financiers, en particulier de l'industrie médicale, pharmaceutique et agroalimentaire, représentent un obstacle majeur à cette prise en charge.

3.2.3 Influence de la perception de l'obésité par les MG sur leur pratique

Afin d'évaluer l'influence de la perception du patient obèse par les MG sur leur pratique, une série de questions leur était posée concernant leur avis sur la responsabilité du patient dans sa pathologie, leurs attitudes vis-à-vis de ces mêmes patients, et leur ressenti au devant de l'encadrement de la pathologie obésité.

A propos de la responsabilité du patient, 50 % des médecins répondants (n = 34) considèrent que l'obésité est une pathologie pour laquelle le patient est plus responsable que pour une autre pathologie chronique. Cette affirmation représente un frein à la prise en charge des patients obèses pour 30,9 % des répondants (n = 21).

Le tableau 14 expose les réponses des médecins à propos de leurs attitudes et sentiments face à la prise en charge de l'obésité :

Tableau 14 : Perception de l'obésité par les MG et influence sur leur pratique

Unité	Modification de l'abord du patient obèse selon sa morphologie		Existence d'attitudes négatives envers les patients obèses		Frayeur vis-à-vis de la prise en charge du patient obèse		Découragement vis-à-vis de la prise en charge du patient obèse	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jamais	26	38,2	33	48,5	32	47,1	13	19,1
Parfois	33	48,5 *	30	44,1	28	41,2	26	38,2
Souvent	6	8,8	3	4,4	5	7,3	26	38,2
Toujours	2	2,9	0	0	2	2,9	2	2,9
Sans réponse	1	1,5	2	2,9	1	1,5	1	1,5
TOTAL	68	99,9	68	100	68	100	68	99,9

* Les cellules bleues représentent les réponses les plus fréquentes

3.3 Propositions d'amélioration de la prise en charge du patient obèse en médecine générale

3.3.1 Propositions d'amélioration suggérées dans le questionnaire

Elles sont présentées par le tableau 15 :

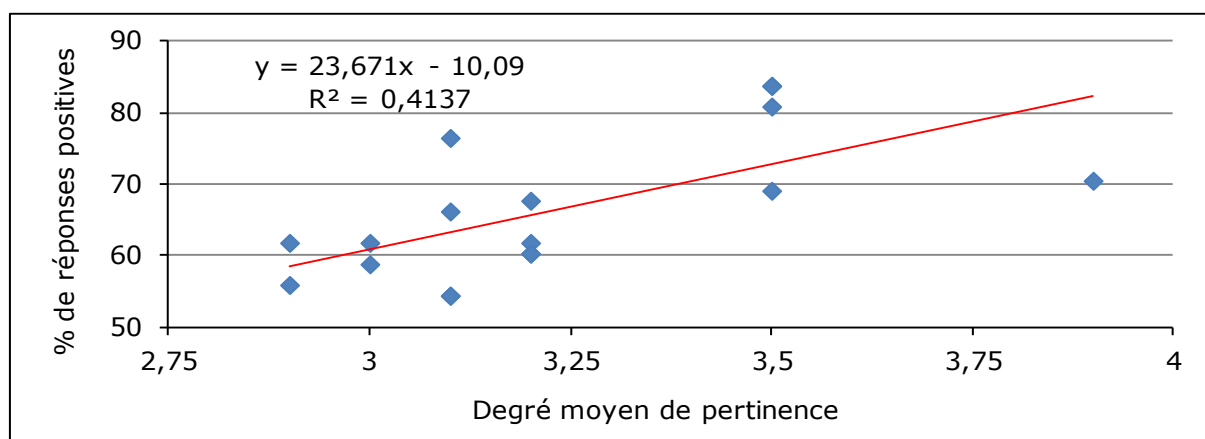
Tableau 15 : Données concernant les suggestions d'amélioration de la prise en charge de l'obésité et le degré moyen de pertinence par item

Suggestions d'amélioration proposées	Nombre de réponses positives	% de réponses positives	Degré moyen de pertinence
Éducation alimentaire de toute la famille	57	83,8	3,5
Dépistage et prise en charge de l'obésité infantile	57	83,8	3,5
Développement de l'éducation nutritionnelle à l'école	55	80,9	3,5
Amélioration de la prise en charge psychocomportementale	50	76,5	3,1
Sensibiliser le grand public aux effets néfastes du temps de passage devant les écrans	48	70,5	3,9
Remboursement de la consultation diététique	47	69,1	3,5
Lutte contre la discrimination et la stigmatisation du patient obèse (y compris auprès du corps médical)	46	67,7	3,2
Amélioration de la formation des médecins	45	66,2	3,1
Création d'un réseau de soins spécialisé	42	61,8	3
Développement d'ateliers d'éducation thérapeutique de groupe	42	61,8	2,9
Disposer de plus de temps pour le traitement et le suivi des patients obèses	42	61,8	3,2
Développement de structure d'aide à l'activité physique	41	60,3	3,2
Développement de centres pour le traitement des patients obèses	41	60,3	3,2
Amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire	40	58,8	3
Développement de groupes de parole	38	55,9	2,9
Codification spéciale pour la consultation du patient obèse	37	54,4	3,1
Actions sur les annonces publicitaires	37	54,4	3,1

*  Suggestions d'amélioration concernant les médecins, les professions para-médicales et l'encadrement médical des patients

 Suggestions d'amélioration concernant les pouvoirs publics et le secteur privé

Figure 18 : Liaison entre le pourcentage de réponses positives et le degré de pertinence



Il existe une liaison forte entre le pourcentage de réponses positives et le degré de pertinence énoncé par les MG. Ainsi, plus une suggestion d'amélioration est plébiscitée par les répondants, plus elle apparaît pertinente ($R^2 = 0,41$, $p = 0,0035$) (figure 18). Cette corrélation est mise en défaut pour trois items : le développement d'ateliers d'éducation thérapeutique de groupe ou de groupes de parole qui présentent un degré de pertinence moindre que d'autres items pourtant moins fréquemment cités et la sensibilisation du grand public aux effets néfastes du temps de passage devant les écrans qui présente le plus haut degré de pertinence alors qu'il n'est qu'en cinquième position en termes de pourcentage de réponses positives.

3.3.2 Autres suggestions d'amélioration de la prise en charge de l'obésité proposées par les MG

Parmi les répondants, 8 médecins ont suggéré d'autres propositions d'amélioration non citées dans le tableau :

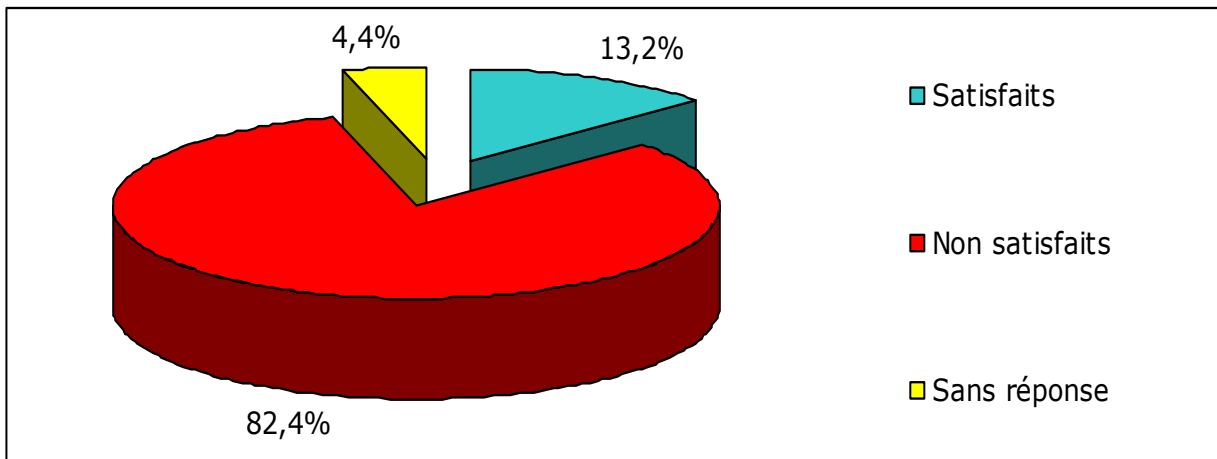
- insister sur l'éducation et la prise en charge des enfants et adolescents à risque ou déjà obèses (1 médecin répondant soit 1,5 %),
- augmentation de la vraie éducation physique à l'école (1,5 %),
- structure en hospitalisation en milieu "semi fermé" (1,5 %),
- taxer les calories pathogènes (1,5 %),
- insister sur le bénéfice d'une perte de poids modérée (5 à 10 %) vis-à-vis des comorbidités (1,5 %),
- ne pas en faire une maladie comme d'autres (1,5 %),
- augmenter l'intérêt porté par le médecin afin de développer une force de persuasion (1,5 %).

3.4 Satisfaction des MG quant à leur prise en charge globale de l'obésité

3.4.1 Taux de satisfaction des MG

Sur les 68 médecins répondants, 65 (95,6 %) ont exprimés leur opinion concernant leur prise en charge des patients obèses (figure 19).

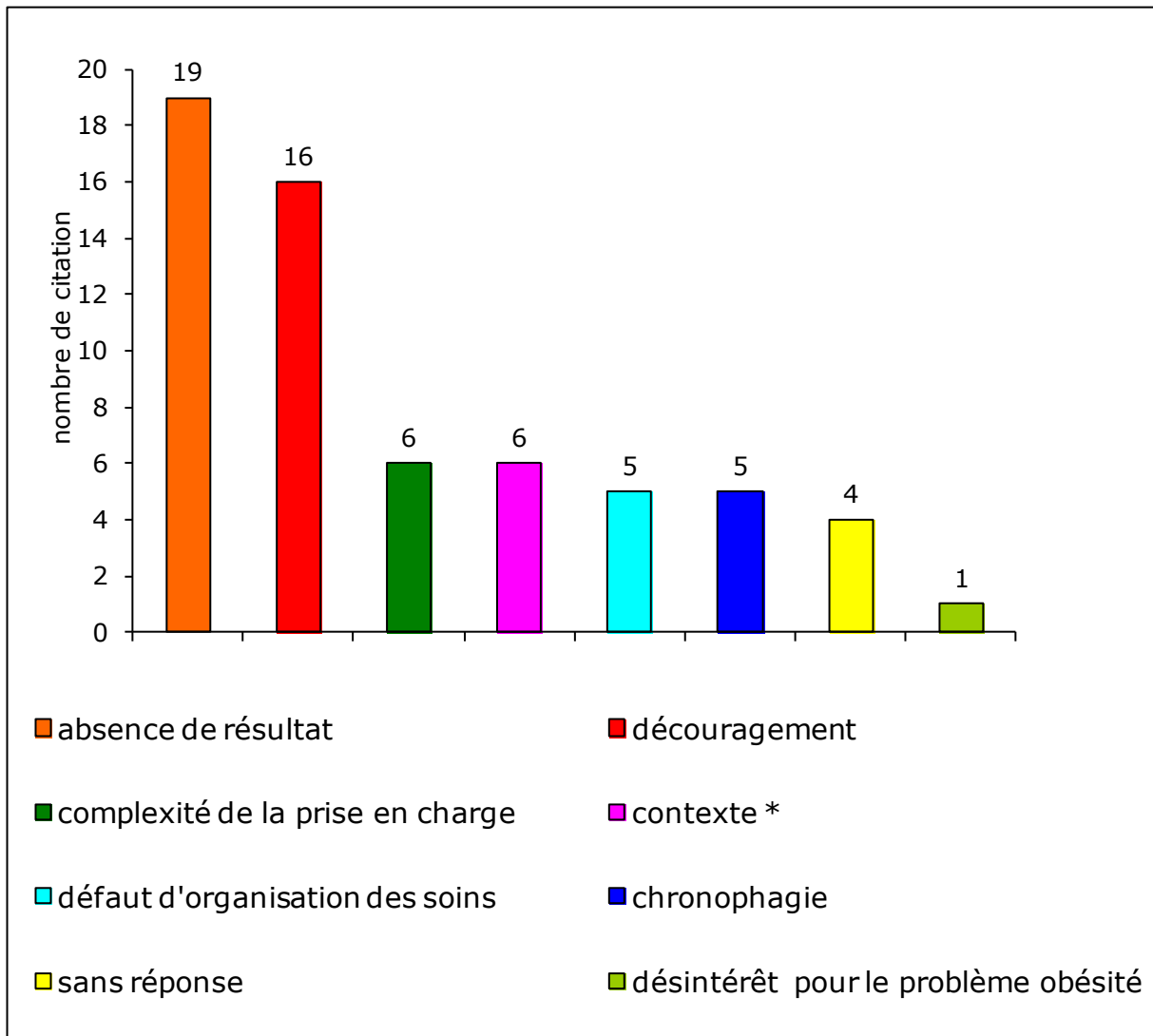
Figure 19 : Opinion des MG quant à leur prise en charge globale de l'obésité



3.4.2 Explications à l'insatisfaction des MG concernant la prise en charge des sujets obèses

Sur les 54 médecins insatisfaits, 50 ont justifié leur réponse, avec parfois plusieurs justificatifs. Nous avons référencé puis trié ces justificatifs par groupes de réponses, présentés par la figure 20 :

Figure 20 : Explications à l'insatisfaction des MG quant à la prise en charge globale de leur patients obèses



* Sont définis par « contexte » les difficultés liées à l'environnement telles les problèmes sociaux, les différences culturelles, l'environnement publicitaire, etc.

4. DISCUSSION

Cette étude confirme l'importance de la prévalence en médecine générale des patients en surpoids et obèses qui représentent respectivement 18,6 % et 6,5 % des patientèles. La majorité des difficultés de prise en charge rapportées par les MG semblent liées aux patients, peu sont en rapport avec le manque de structures de prise en charge ou d'équipement médical, et le désintérêt présumé des praticiens ne représente visiblement pas un obstacle à l'encadrement du sujet obèse. Parmi les suggestions d'amélioration de la prise en charge relevées, celles liées directement à la pratique et aux attitudes des MG n'apparaissent pas comme une priorité. Les répondants mettent en avant des axes d'amélioration concernant la famille, l'école, les pouvoirs publics et de manière paradoxale par rapport aux difficultés rencontrées, le milieu et les structures d'accueil. La suggestion la plus fréquemment citée s'appliquant à l'exercice médical concerne la prise en charge psycho-comportementale des patients. Ainsi, si les MG se sentent concernés par cette problématique, ils ne souhaitent pas pour autant être en première ligne dans la lutte pour l'amélioration de l'encadrement des patients obèses. Cependant, un des points essentiels relevé dans l'étude est l'insatisfaction des MG quant à leur prise en charge globale de l'obésité, qui concerne plus de quatre médecins sur cinq (82,4 %). Il serait alors nécessaire de proposer à court terme des solutions aux praticiens afin de leur permettre de progresser dans la gestion de l'obésité.

L'étude présente est déclarative, les réponses sont subjectives. Il peut donc y avoir une mésestimation de certains critères. Cependant, cette enquête a été réalisée sur une période courte, d'un mois, entre mars et avril 2012, excluant tout effet temporel sur les résultats. Le nombre de questionnaires envoyés ($n = 200$) et le taux de réponses (34 %) sont modestes en comparaison à d'autres études réalisées en région PACA (1076 MG avec taux de réponses à 55,8 %) (13) ou Languedoc-Roussillon (744 MG avec un taux de réponses supérieur à 80 %) (7) et sont également plus bas que ceux de l'étude réalisée en Haute-Vienne en 2008 (200 questionnaires envoyés, taux de réponses de 40,5 %) (10). On peut donc s'interroger sur la représentativité de la population étudiée par rapport à l'ensemble des MG du département de la Haute-Vienne et de la région Limousin. Le sexe ratio en Haute-Vienne et Limousin en 2011 était respectivement de 1,74 et 2,15 proche de celui de l'étude (2,1) et la moyenne d'âge respectivement de 51,2 et 52,3 ans (52,0 ans dans l'étude) (95).

De plus, la répartition par tranche d'âge paraît représentative de celle de l'ensemble des MG de Haute-Vienne en 2011, où 14,7 % avaient moins de 40 ans (14,7 % dans l'étude), 24,1% entre 40 et 49 ans (14,7 % dans l'étude), 46,4 % entre 50 et 59 ans (51,5 % dans l'étude) et 14,7 % plus de 60 ans (19,1 dans l'étude) (95). L'activité des médecins de l'étude se superpose à celle de l'ensemble des MG de Haute-Vienne, qui travaillent en moyenne 4,85 journées par semaine (4,9 pour l'enquête) et reçoivent en moyenne 109,1 patients par semaine en 2011 (97,3 pour l'enquête). Cette activité des

médecins généralistes apparaît liée à l'âge et au sexe, mais semble indépendante du lieu d'exercice ou du niveau de formation en nutrition. Même si la répartition par zone géographique des médecins répondants diffère de celle de l'ensemble des MG de la Haute-Vienne, où 17,1 % exercent en milieu rural (19,1 % pour l'enquête), 61 % en zone urbaine (47,1 % dans l'étude) et 22 % en zone mixte ou semi-rurale (33,8 % pour l'enquête) (95), on peut considérer que ce point a peu d'incidence sur la représentativité des résultats puisque l'analyse n'a révélé aucune liaison entre la répartition géographique et les autres critères de l'étude.

Bien que le pourcentage de médecins formés en nutrition dans cette enquête (27,9%) soit supérieur à celui de l'étude réalisée en 2008 (23,5 %) (10), il reste pourtant faible. Ceci semble en concordance avec l'étude Thuan en Languedoc-Rousillon, où seulement 42 % des MG s'estimaient bien préparés à la prise en charge de l'obésité (7). Comme précisé précédemment, ce niveau de formation n'influence pas le type d'activité des MG, ce qui est surprenant, puisque l'on pourrait s'attendre à ce que les médecins formés en nutrition reçoivent plus de patients en surpoids ou obèses en consultation que les non formés.

Dans notre enquête, la proportion de patients obèses au sein des patientèles est nettement inférieure à celle observée dans l'étude de 2008 (6,5 % contre 19,5 %). Cet écart peut s'expliquer par une différence de formulation du questionnaire : en 2008, les MG étaient interrogés uniquement sur la proportion de patient obèses dans leur patientèle, alors que dans la nouvelle étude, il leur était demandé de distinguer surpoids et obésité. Nous pouvons donc postuler qu'il y a eu un amalgame entre surpoids et obésité dans l'enquête de 2008, avec une surestimation du taux d'obésité. Ceci étant, ce chiffre de 6,5 % reste inférieur à ceux observés dans la littérature : une étude australienne réalisée en 2006 relevait une prévalence de 22,4 % de patients obèses parmi 30476 patients suivis par les MG (8) ; l'étude réalisée en Languedoc-Roussillon en 2005 rapportait quant à elle que 13 % des 299 MG interrogés avaient plus de 10 % de patients obèses dans leur patientèle (7) ; celle réalisée en 2004 par l'ORS Limousin relevait respectivement 32,9 % et 15,9 % de patients obèses ou en surpoids dans les patientèles de MG en Haute-Vienne.

En l'absence de donnée explicative dans cette étude, la raison de la différence de moyenne de patients en surpoids suivis selon le sexe des MG reste à préciser. Enfin, il existe un autre biais dans notre enquête, dans la mesure où les médecins ayant répondu peuvent être ceux qui sont le plus sensibilisés ou intéressés au problème d'obésité.

Concernant les difficultés de prise en charge de l'obésité, les réponses données par les MG sont globalement cohérentes, puisque les items les plus fréquemment cités sont aussi ceux dont le degré de difficulté est le plus élevé.

Ce lien entre pourcentage de réponses positives et degré de difficulté est valable pour l'intégralité des items présentés dans l'enquête. Cette cohérence se retrouve dans une moindre mesure à propos des suggestions d'amélioration. Ainsi, les propositions les plus souvent citées sont aussi celles ayant obtenu un degré de pertinence le plus élevé, à l'exception du « Développement d'ateliers d'éducation thérapeutique de groupe » et du « Développement de groupes de parole » qui présentent un degré de pertinence moindre que d'autres items pourtant moins fréquemment signalés. A l'opposé, la « Sensibilisation du grand public aux effets néfastes du temps de passage devant écrans », n'est qu'en cinquième position des items les plus souvent cités mais comporte un degré de pertinence extrêmement élevé (3,9). L'ensemble suggère que pour certaines améliorations possibles, les MG ont des difficultés à situer l'intérêt de ces actions.

Parmi les 18 propositions de difficultés de l'étude, celles liées aux patients sont les plus souvent signalées : sur les six obstacles imputables aux patients, cinq arrivent en première position en termes de pourcentage de réponses positives et de degré élevé de difficulté. Ainsi, selon les médecins répondants, si la prise en charge de l'obésité est si complexe, c'est en premier lieu une question de responsabilité du patient. D'ailleurs, 50 % des MG de l'enquête estiment que l'obésité est une pathologie pour laquelle le patient est plus responsable que pour une autre pathologie chronique. Cette affirmation représente un frein à la prise en charge chez près d'un tiers des répondants (30,9 %). Cela s'explique par le fait que l'enquête est basée sur le point de vue des médecins, et ceci peut donc constituer un biais de réponse : les MG peuvent surestimer l'inobservance au devant d'un manque de confiance ou d'un problème de relation avec le malade. Ce degré d'inobservance est donc discutable et reste à vérifier par une étude complémentaire. A l'inverse, les études réalisées auprès de patients révèlent souvent une responsabilité médicale, par exemple par l'existence de comportements négatifs des praticiens à l'égard des obèses (88). Ce point est également à confirmer car ces comportements peuvent être surestimés par les malades. Ainsi, le mauvais suivi des conseils par les patients déjà identifié dans la littérature (7, 16) est constamment cité, en cohérence avec l'étude de 2008 (10) où cet obstacle, le plus fréquemment signalé, concernait 37,2 % des répondants. Cette inobservance s'applique aux conseils d'activité physique (94,1 % des médecins répondants, degré de difficulté à 3,4), aux conseils diététiques (91,1 % des répondants, degré de difficulté à 3,3) et à la prise en charge psychologique (72 % des répondants, degré de difficulté à 3,2). Cette difficulté est d'autant plus marquante qu'elle s'applique directement au trépied de prise en charge de base du patient obèse largement recommandé (4, 69). Pourtant, même si les MG signalent cette inobservance, il n'est pas certain que les conseils soient systématiquement délivrés selon les recommandations, au regard des résultats de l'étude de 2008 (10) où seulement 12,8 % des répondants préconisaient l'association tripartite (diététique, activité physique, soutien psychologique).

Le manque de motivation et le désintérêt des patients pour leur problème d'obésité, également bien décrit dans la littérature (7, 11) est le second écueil relevé dans l'étude (92,6 % des répondants, degré de difficulté à 3,4). Ceci confirme les résultats de l'enquête précédente (10) où il apparaissait comme la deuxième difficulté la plus fréquemment signalée (26,7 % des MG interrogés). Pour certains, cette déresponsabilisation est accentuée par l'évolution insidieuse et asymptomatique de l'obésité, les patients refusant de modifier leur mode de vie tant qu'ils ne ressentent pas les symptômes de la maladie (12). Cet obstacle se manifeste lorsque les patients opposent des arguments à leur propre prise en charge, difficiles à contourner en consultation tels le manque de temps pour effectuer une activité physique, le déni des habitudes alimentaires inadaptées ou des problèmes psychologiques sous-jacents et la sous-estimation des apports énergétiques (14). Cette constatation pourrait aller en faveur du développement de techniques motivationnelles, comme l'éducation thérapeutique, en plein essor (96). De ce fait, l'augmentation du nombre d'ateliers d'éducation thérapeutique de groupe ou de groupes de parole, plébiscitée respectivement par 61,8 % et 55,9 % des MG de l'enquête, tels qu'ils existent déjà en Haute-Vienne pour la prise en charge des sujets diabétiques, pourrait être un axe à développer.

Pour plus de 4 médecins répondants sur 5 (83,8 %), la prise en charge est rendue difficile par l'existence de troubles du comportement alimentaire sous-jacents. 63,2 % d'entre eux considèrent que la présence de pathologies psychiatriques en général représente un obstacle. Pourtant, dans l'étude de 2008 (10), seulement 11,6 % des MG du département de la Haute-Vienne estimaient que la présence de troubles du comportement alimentaire perturbait leur prise en charge de l'obésité. Ce contraste peut s'expliquer par une méthodologie d'enquête différente : dans la précédente étude, les réponses étaient libres, alors que dans l'enquête présente, des propositions de difficultés étaient suggérées et les MG n'avaient qu'à approuver ou non l'existence de ces obstacles. La présence de ces pathologies constitue un frein à l'encadrement du sujet obèse par le MG non seulement car les patients refusent souvent d'admettre l'existence de ces troubles et acceptent mal la nécessité d'un encadrement psychologique (14), mais aussi car l'offre de soins de ce secteur reste limitée dans le département et inégale dans sa répartition géographique. Par exemple, en 2008 en Limousin, il n'y avait que 50 psychiatres exerçant en secteur libéral, soit 7,3 / 100 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (10,4 / 100 000 habitants), et ces spécialistes n'exerçaient pour la majorité qu'en zone urbaine (97). Ce défaut de prise en charge est d'autant plus marqué que les médecins de l'enquête suggèrent à 76,5 % que l'amélioration de la prise en charge psycho-comportementale du sujet obèse serait une piste à explorer. Cette proposition, citée spontanément par 10,3 % des répondants de l'étude de 2008 (10), semble en concordance avec les recommandations des sociétés savantes (4, 69) et les résultats de plusieurs enquêtes (12, 16) où ce point est signalé comme fondamental. Ainsi, l'amélioration de la prise en charge psycho-comportementale, tant par la sensibilisation des praticiens et des patients, que par une action sur l'offre de soin au niveau départemental serait probablement une piste à approfondir.

Une autre difficulté fréquemment retrouvée dans l'enquête est la multiplicité et l'interdépendance des comorbidités liées à l'obésité (66,2 % des répondants, degré de difficulté à 3). Cette multiplicité de problèmes somatiques et psychologiques afférents est une limite de prise en charge bien connue (82). Elle oblige le praticien à assurer un suivi rigoureux, en recherchant au fur et à mesure des consultations l'apparition des complications, et à déterminer avec les patients des priorités de prise en charge. Cette tâche peut être rendue difficile par la différence de perception de la maladie par le patient et le praticien : là où le patient souhaite seulement une perte de poids rapide, considérant son obésité comme un obstacle à l'insertion sociale, le praticien va s'intéresser en priorité aux complications médicales (13). Ainsi, pour favoriser l'acceptation de prise en charge, le MG doit jouer un rôle informatif auprès du patient concernant les risques de comorbidités liées à sa maladie. Ceci implique un niveau de formation suffisant du MG, non seulement dans le but d'informer et d'expliquer au sujet obèse ce lien de causalité, mais aussi afin d'être en mesure de proposer au patient une stratégie de dépistage de ces comorbidités.

Pour certains, au vu de la faible efficacité des MG face à l'obésité, c'est au niveau préventif qu'il faut agir (12). Cette affirmation est mise en défaut par d'autres auteurs révélant que la prise en charge interventionnelle semble plus efficace que l'éducation ou la prévention (98). Dans l'étude, parmi les quatre suggestions d'amélioration concernant des actions préventives, deux sont en première et troisième position des items les plus cités : l'éducation alimentaire de toute la famille (83,8 % des répondants, degré de pertinence à 3,5) et le développement de l'éducation nutritionnelle à l'école (80,9 % des répondants, degré de pertinence à 3,5). Des actions menées sur la famille et l'école apparaissent donc comme une priorité, ce qui est de bon sens puisque l'environnement familial et social, ou plutôt les problèmes liés à cet environnement, peuvent être un facteur déclenchant, d'entretien ou d'aggravation d'une obésité, comme un facteur d'échec de la prise en charge thérapeutique. Ainsi, un obstacle fréquemment rencontré en cabinet de MG, bien décrit par les patients, est la difficulté d'initier un équilibre alimentaire, lorsque l'entourage refuse de participer à ce changement. Par exemple, comment peut-on espérer d'une patiente obèse qu'elle modifie son mode de vie à long terme lorsqu'elle se voit dans l'obligation de se préparer tous les jours, en plus du plat familial, un repas différent, ses proches n'acceptant pas de suivre les conseils délivrés ? L'éducation alimentaire au niveau familial, déjà plébiscitée par 17,9 % des répondants en 2008 (10) doit être basée sur des interventions médicales et des actions des pouvoirs publics (12). Cette complémentarité concerne également l'éducation nutritionnelle à l'école où le MG est aidé par la médecine scolaire et les services de Protection Maternelle et Infantile, dont le rôle devrait être renforcé au vu de l'importance du dépistage de l'obésité de l'enfant, si l'on souhaite à moyen terme freiner la croissance de l'épidémie d'obésité (12). Cette suggestion est d'ailleurs en deuxième position des propositions les plus fréquemment signalées (83,8 % des répondants, degré de difficulté à 3,5), et concernait déjà 10,3 % des MG en 2008 (10). La promotion du dépistage précoce de l'obésité à l'école et de

l'activité physique constitue une mesure phare du Plan Obésité 2010-2013 (99).

De façon plus globale, la lutte préventive est en premier lieu basée sur l'éducation de la population générale (69), telle qu'elle est menée depuis plusieurs années dans le cadre du PNNS (99), bien qu'il soit possible de remettre en question la puissance de son impact. D'une part, les objectifs en terme de baisse de la prévalence de l'obésité n'ont été que partiellement atteints, et d'autre part, de façon contradictoire, même si les MG sont demandeurs de plus d'aides de la part des pouvoirs publics, la proposition de majoration des actions préventives par annonces publicitaires ne fait pas l'unanimité (dernière position dans l'enquête avec 54,4 % des répondants, et seulement 2,6 % de répondant de l'étude de 2008 (10)). Enfin, parmi les mesures préventives visant à augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges, la sensibilisation du grand public aux effets néfastes du temps de passage devant écran est proposée par 70,5 % des MG de l'étude. Plusieurs travaux mettent en avant une corrélation directe entre la durée quotidienne passée devant les écrans de télévisions, ordinateurs ou consoles de jeux, et le niveau d'IMC, que se soit chez les enfants et adolescents (100) ou les adultes (101). De ce fait, en dehors de la prévention concernant les mesures diététiques et d'activité physique, il pourrait donc être intéressant de sensibiliser le grand public par une information directe quant aux effets délétères de ces nouvelles formes de loisirs virtuels.

Au devant des nombreuses conséquences de l'obésité, le MG se sent parfois démuni, comme le montre la présente étude où 79,4 % des répondants se disent découragés par l'obésité, à des degrés divers (38,2 % sont parfois ou souvent découragés, 2,9 % le sont toujours). Un médecin rapporte même avoir l'impression « d'être face à une montagne », illustrant bien ce sentiment d'impuissance. De la même façon, plus d'un répondant sur deux se dit effrayé vis-à-vis de cette prise en charge. Outre la multiplicité des comorbidités liées à l'obésité, le sentiment d'inefficacité, souligné par 58,8 % des répondants est amplifié par l'absence ou le peu de résultats (7, 13, 16), ou encore par le refus des patients d'appliquer les conseils prodigués (12). Le manque de confiance dans la gestion de la maladie peut aller jusqu'à une « démission » des MG favorisant les attitudes négatives à l'égard des patients (12). De plus, cette impression d'impuissance apparaît corrélée au niveau de formation des médecins : 50 % de l'ensemble des MG pensent que le manque de formation est un obstacle à la prise en charge, l'impression d'impuissance touche 82,5 % des MG non formés contre 57,1 % des MG formés, et parmi les MG estimant que le sentiment d'inefficacité est un obstacle, 65,0 % considèrent que le manque de formation est une difficulté. Le manque de formation, mis en évidence dans de nombreuses études (4, 16, 69, 85), concerne avant tout le versant thérapeutique, comme le montre l'enquête de 2008 (10). Alors que les répondants ne faisaient pas mention de l'insuffisance de formation dans les difficultés citées, de nombreuses erreurs de prises en charge étaient identifiées : peu d'association tripartite de prise en charge, peu de recours à la consultation diététique, trop de prescriptions médicamenteuses ou encore recours fréquents aux régimes hyper-protéiques. Une meilleure formation

serait donc la bienvenue, au vu de l'augmentation constante de la prévalence de l'obésité, cette suggestion d'amélioration étant d'ailleurs plébiscitée par 66,2 % des médecins de l'enquête. Ce souhait se retrouve dans la littérature (4, 7, 9, 13), cette amélioration de formation étant non seulement efficace sur la prise en charge mais aussi sur la perception de l'obésité. En effet, une étude réalisée en 2009 chez 255 MG américains a montré qu'une meilleure connaissance des régimes amaigrissants était associée à une diminution du sentiment d'inefficacité, de frustration, de pessimisme et d'aversion pour l'encadrement des patients obèses (14).

Le manque de temps pour la prise en charge est un problème récurrent dans l'étude, se manifestant de diverses manières : il représente un obstacle à la prise en charge pour 52,9 % des répondants, corrélé à l'insuffisance de formation ; c'est un critère d'insatisfaction cité à plusieurs reprises. Disposer de plus de temps pour l'encadrement du sujet obèse est une proposition approuvée par 61,8 % des répondants. Comme l'ont signalé de nombreuses enquêtes (7, 12, 87), la consultation du sujet obèse est effectivement consommatrice de temps, ce qui représente une barrière à l'éducation nutritionnelle (82) et aux actions préventives (102). Dans l'étude, même si les MG souhaitent disposer de plus de temps pour les patients obèses, ils ne semblent pas vouloir pour autant une rémunération supplémentaire, puisque la codification spéciale pour la consultation d'obésité est moins plébiscitée (54,4 % des répondants). Cette information doit toutefois être tempérée, ces résultats étant en contradiction avec ceux de l'étude précédente (10) : beaucoup plus de médecins souhaitaient une codification spéciale pour la consultation d'obésité (12,8 %), plutôt que de disposer de plus de temps pour prendre en charge leurs patients obèses (5,1 %).

Seulement 28 % des MG signalent que le manque ou l'absence d'intérêt pour la pathologie obésité est un obstacle à la prise en charge. Ceci va à l'encontre de plusieurs enquêtes où ce désintérêt est exprimé sous différentes formes : sous estimation de l'importance ou de la prévalence de l'obésité (13, 88), absence de conseils délivrés aux patients, etc. Ainsi, pour O Booth et Nowson, seulement 27 % des patients obèses ou en surpoids en milieu urbain australien consultant leur MG disaient recevoir des conseils de perte de poids (87), ou encore, selon une autre enquête australienne menée auprès de 367 patients obèses, seulement 58 % s'entre eux recevaient des conseils de perte de poids, ces conseils n'émanant de leur MG que dans un cas sur sept (9). Ainsi, soit le manque d'intérêt des MG pour la pathologie obésité est effectivement rare, soit cette discordance avec la littérature peut être liée à une sous déclaration de ce critère « manque d'intérêt ».

Dans notre enquête près d'un médecin sur deux (48,3 %) répond que la morphologie du patient obèse modifie parfois l'abord à son égard, et 48,5 % avouent avoir parfois (44,1 %), ou souvent (4,4 %), des attitudes négatives envers les patients obèses. Ceci est en concordance avec de nombreux travaux mettant en évidence ces comportements négatifs des praticiens (2, 13, 14, 82, 88), ayant pour conséquence un manque de sensibilisation à l'obésité (14). Plus de deux tiers des répondants de l'enquête (67,7 %) approuvent la proposition de lutte contre la discrimination et la stigmatisation des patients obèses, en accord avec le Plan Obésité 2010-2013 (99). Ce résultat va dans le

sens d'autres études (11, 17, 90) selon lesquelles les médecins ayant plus d'attitudes positives sont plus susceptibles d'être efficaces dans la gestion de l'obésité en soins primaires. Les MG doivent donc prendre conscience de l'importance d'aborder les patients obèses avec une attitude empathique et un vocabulaire approprié afin d'instaurer une relation de confiance avec le malade (103).

Le non-remboursement de la consultation diététique représente une limite pour 54,5 % des MG de l'étude, en cohérence avec la précédente enquête (10) où cette absence de prise en charge par les organismes sociaux avait été évoquée. Cet écueil paraît cohérent au vue de l'importance de la consultation diététique et de la prévalence forte de l'obésité chez les populations les plus défavorisées. Les MG de l'enquête estiment d'ailleurs pour 69,1 % d'entre eux que le remboursement de cette consultation permettrait d'améliorer la prise en charge, même si cette suggestion n'est visiblement pas au goût du jour, au regard de la politique de restriction budgétaire que subit actuellement le système de santé français. Cette mesure pourrait donc constituer un axe à exploiter afin de favoriser le suivi des patients, à l'inverse de la création d'une codification spéciale pour la consultation d'obésité en médecine générale qui ne semble pas constituer un avancement majeur d'après les MG interrogés.

Les délais de consultation spécialisée trop long et le manque de coordination entre professionnels de santé ne semblent pas être des obstacles importants pour le département étudié, bien que ces points soient identifiés dans la littérature (10, 12). De la même façon, l'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire ne fait pas partie des propositions les plus souvent signalées, et ceci peut être interprété de différentes manières : soit les MG considèrent qu'ils peuvent agir seul dans leur gestion de l'obésité, soit ils ne savent pas qu'il est nécessaire de faire un bilan des comorbidités, ce bilan impliquant la multidisciplinarité. Ces deux points suggèrent un déficit de formation puisqu'il n'est pas recommandé aux MG d'agir seul dans la gestion de l'obésité. Enfin, il est possible que les MG du département estiment qu'ils n'ont pas de difficulté à orienter leurs patients obèses vers les spécialistes, et que l'offre de soin, concernant la prise en charge des comorbidités, est suffisante. Pourtant, certains secteurs de soins de Haute-Vienne souffrent d'un déficit de praticiens. Par exemple, le département ne disposait que de neuf diététiciens en secteur libéral en 2011, ou encore le secteur psychiatrique libéral semble souffrir d'un manque de praticiens en région Limousin (97). Au devant des différentes possibilités d'interprétation, ce point concernant la coordination des soins mériterait d'être éclairci.

Si les MG de l'étude ne sont pas affectés par le manque de coordination et la difficulté d'accès aux spécialistes, la création d'un réseau de soin est une suggestion plébiscitée par 61,8 % des médecins de l'enquête. Cette information est d'autant plus importante que la région Limousin ne dispose d'aucune structure de type réseau destinée aux adultes obèses. Cette proposition était citée spontanément par près d'un quart des répondants de l'étude de 2008 (23,1 %) (10), renforçant l'idée qu'il s'agit d'un axe à explorer. Les sociétés savantes recommandent la création de ces structures (4, 69), dont l'intérêt a été prouvé par plusieurs auteurs (15, 16, 103). Néanmoins, même si la majorité des médecins considèrent comme souhaitable la création

d'un réseau dédié à l'obésité, il n'est pas spécifié dans l'étude s'ils accepteraient d'y adhérer ou non, ce point méritant d'être précisé par une enquête complémentaire. En effet, l'opposition entre la faible demande de coordination des professionnels de santé et le désir de création d'un réseau, suggère que les MG accepteraient d'être informés et épaulés par un réseau externe, sans pour autant s'impliquer et participer à la gestion de ce réseau. Pourtant, une étude italienne réalisée auprès de 2090 patients a démontré la possibilité d'inclusion des MG dans un tel réseau (15), par l'évaluation des patients au cabinet à l'aide d'outils simples tels des questionnaires ou des fiches de suivi, comportant le report de la pression artérielle, de l'IMC, des erreurs diététiques ou du degré de sédentarité. Une fiche de suivi standardisée et informatisée référençant l'évolution des paramètres cliniques, des principaux déterminants de l'obésité et des comorbidités associées pourrait peut-être représenter un outil d'aide à la prise en charge, à l'inverse d'un meilleur équipement du cabinet médical qui ne semble pas être prioritaire (seuls 20,6 % des répondants de l'enquête estiment être limités dans leur prise en charge par le manque d'équipement du cabinet). Toutefois, l'intérêt clinique d'un tel outil de suivi (type fiche standardisée et informatisée) n'a pas été évalué dans notre étude, restant à préciser par une enquête complémentaire.

Le développement de structures de prise en charge, sous différentes formes, est un des points signalé dans l'enquête. Les MG de l'étude plébiscitent la création de centres spécialisés. Une structure de ce type existe depuis peu dans le département, il n'est donc pas encore possible de prendre du recul quant à son impact. D'autres souhaiteraient des unités d'hospitalisation en milieu « semi fermé », telles qu'elles existent déjà pour la prise en charge de l'anorexie mentale, ce qui paraît absolument inapproprié, l'obésité ne se résumant pas à une pathologie psychiatrique. La création de structures d'aide à l'activité physique est une suggestion signalée par six médecins sur dix dans l'enquête, alors que le manque de moyens et de structures d'aide à l'activité physique ne représente visiblement pas une difficulté majeure (citée par seulement 44,1 % des répondants). Ainsi, si les médecins estiment que ces structures peuvent être utiles, ils considèrent probablement que ce n'est pas au manque de moyens qu'il faut imputer la responsabilité de la sédentarité des patients, mais au manque de motivation de ceux-ci. En effet, les MG de l'enquête considèrent à 50 % d'entre eux que le patient est responsable de sa pathologie, à 94,1 % d'entre eux qu'il ne suit pas les conseils d'activité physique, et à 92,6 % d'entre eux qu'il manque de motivation.

A propos de la satisfaction des MG quant à leur prise en charge globale de leurs patients obèses, le résultat de l'enquête est assez éloquent, puisque plus de huit MG sur dix se disent insatisfaits. Peu d'enquêtes d'opinion ont été réalisées jusqu'alors auprès des MG concernant la prise en charge du sujet obèse. Cependant, nos résultats font écho à ceux d'une étude de 2010 en région Aquitaine à propos de la gestion de l'obésité de l'enfant, où les MG interrogés se disaient globalement insatisfaits de leur prise en charge (104). Même si cette enquête n'est pas extrapolable à la notre, elle démontrait elle aussi que la complexité de la prise en charge apparaissait comme un critère d'insatisfaction majeur chez les MG concernés. Cette proportion considérable de MG insatisfaits porte à réflexion et nous laisse à penser qu'il est urgent de

proposer des mesures d'aides à la prise en charge. Cette insatisfaction étant source de découragement voire de « démission » du médecin traitant, il existe un risque d'abandon des patients obèses par leur médecin. Un MG de l'enquête, insatisfait, avoue d'ailleurs qu'il n'est « absolument pas intéressé par cette pathologie » et qu'en conséquence il n'attache « aucune importance à l'obésité lors des consultations », ce qui est inquiétant. 50 MG ont justifié leur insatisfaction, en cohérence avec les difficultés précédemment citées. Ainsi, la première source d'insatisfaction est l'absence de résultats (n = 19), suivie de peu par la complexité de la prise en charge (n = 16). Les notions de chronophage, découragement, désintérêt et défaut d'organisation des soins sont également citées. Le contexte dans lequel évolue les malades, qu'il s'agisse de l'environnement socio familial avec parfois un obstacle culturel, ou de façon plus global l'environnement publicitaire, avec l'action citée comme délétère de l'industrie agroalimentaire, représente un critère d'insatisfaction supplémentaire. Certains MG de notre enquête considèrent que l'absence totale de volonté politique de prendre en compte les déterminants socio culturels participant à la genèse de l'obésité est un facteur limitant. Pour un autre, ce sont « les intérêts financiers de l'industrie médicale, pharmaceutique et agroalimentaire » qui représentent un obstacle majeur, ce même médecin proposant de « taxer les calories pathogènes ». Il paraît en effet difficile et décourageant de lutter contre l'obésité par des actions préventives et éducatives, au vue des sommes astronomiques investies par le lobbying de l'industrie agroalimentaire.

CONCLUSION

Cette étude confirme l'importance de la prévalence de l'obésité dans les patientèles de MG du département de la Haute Vienne. Si les MG, de par leur position dans le parcours de soins, sont fortement impliqués dans l'encadrement des patients obèses, la grande majorité d'entre eux expriment une insatisfaction au devant des multiples difficultés rencontrées. La plupart des écueils de prise en charge rapportés par les MG semblent liés aux patients, peu sont en rapport avec le manque de structures de prise en charge ou d'équipement médical, et le désintérêt présumé des praticiens ne représente visiblement pas une limite à leur pratique. Ainsi, selon les médecins répondants, si la prise en charge de l'obésité est si complexe, c'est en premier lieu une question de responsabilité du patient. Toutefois, les MG sont conscients de l'insuffisance de formation et de l'existence de comportements négatifs, qui représentent un obstacle aux soins.

Cette enquête suggère plusieurs pistes d'amélioration de la prise en charge du sujet obèse en médecine générale. Les praticiens mettent en avant des axes concernant la famille, l'école, les pouvoirs publics et de manière paradoxale par rapport aux difficultés rencontrées, le milieu et les structures d'accueil spécialisées ou d'activité physique. Ainsi, si les MG se sentent concernés par cette problématique, ils ne souhaitent pas pour autant être en première ligne dans la lutte pour l'amélioration de l'encadrement des patients obèses. Pourtant, des mesures de sensibilisation des MG, pour amener à une prise de conscience des différences de perception entre les praticiens et les patients, devraient être menées, afin d'améliorer les relations médecins-malades et au final la prise en charge. Il semble par ailleurs indispensable de renforcer la formation des MG, afin que ceux-ci puissent à la fois mieux informer et mieux encadrer leurs patients obèses. L'aménagement des durées de consultation pourrait permettre à la fois d'améliorer l'abord thérapeutique du patient, par l'enrichissement des conseils diététiques par exemple, mais aussi de développer des actions préventives et éducatives essentielles dans la lutte contre la progression de l'épidémie d'obésité. Ces mesures, pour être efficaces, impliquent des actions concomitantes des pouvoirs publics, en matière de prévention ou de financement des soins, et la coordination des tous les professionnels de santé concernés. La création d'un réseau de soins dédié, tel qu'il existe déjà dans notre département pour d'autres pathologies chroniques, pourrait être bénéfique, à la condition que les MG acceptent d'adhérer à ce réseau. Enfin, le renforcement de certains secteurs de soins, en particulier psychiatrique ou psychologique et diététique, s'il constituait une orientation de politique de santé départementale, représenterait probablement une aide aux MG dans leur pratique quotidienne de la médecine de l'obésité.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire - Présentation de l'étude

ENQUETE REALISEE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA HAUTE-VIENNE : DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE, ET SUGGESTIONS D'AMELIORATION A CETTE PRISE EN CHARGE .

Suite à une enquête conduite par le Dr AVODE auprès des Médecins Généralistes de Haute-Vienne, à laquelle vous avez peut-être participé, des informations ont été obtenues concernant les pratiques courantes de prise en charge de l'obésité en Médecine Générale. A partir de ce travail, un article scientifique a été publié en septembre 2011 dans les Cahiers de Nutrition et de Diététique (Cah Nutr Diet 2011 ; 46 : 199-205)¹. Cependant, les difficultés rencontrées par le Médecin Généraliste face à l'obésité n'ont été que peu abordées dans cette enquête, ainsi que les solutions d'amélioration à la prise en charge de cette pathologie complexe.

Dans le cadre d'un travail de thèse, avec l'accord de l'URPS Médecins Libéraux, du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute Vienne, de l'ARS Limousin et le soutien du Centre spécialisé de la prise en charge de l'obésité sévère du CHU de Limoges, je souhaite poursuivre ces recherches.

Afin de m'aider dans cette démarche, je vous serais reconnaissant de bien vouloir répondre à ce questionnaire anonyme.

Philippe FAYEMENDY, *Interne de Médecine Générale*

Merci de bien vouloir me retourner le questionnaire ci-joint avant le **2 Avril 2012** à l'adresse suivante :

**Philippe FAYEMENDY
14, Rue Pierre Brossolette
87 350 PANAZOL**

¹***Attention, si vous souhaitez vous recevoir par mail l'article cité des Cahiers de Nutrition et de Diététique, joignez nous votre adresse mail, si possible sur un document séparé, de manière à conserver l'anonymat de cette enquête.***

Annexe 2 : Questionnaire - Première partie

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

-Age : _____

-Sexe : Homme Femme

-Lieu d'exercice : Urbain Rural Semi rural

-Nombre de jour de consultation par semaine : _____

-Nombre de patient par semaine : _____

-Nombre de patients adultes en surpoids ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) suivis par semaine (>18 ans) : _____

-Nombre de patients adultes obèses ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) suivis par semaine (>18 ans) : _____

-Avez-vous une formation en nutrition ? Oui Non

Si oui laquelle ? Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire (DESC)

Diplôme Universitaire (DU) Diplôme Inter Universitaire (DIU)

Autre

Si « autre », merci de préciser : _____

Annexe 3 : Questionnaire - Deuxième partie

DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE EN MEDECINE GENERALE		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Merci de bien vouloir indiquer le <u>degré de difficulté</u> par un chiffre de 1 à 4 :</p> <p>1 : aucune difficulté 2 : difficulté minimale 3 : difficulté moyenne 4 : difficulté majeure</p> </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">Cochez si OUI</div> </div>		
↓		↓
	Manque de motivation du patient ou désintérêt pour son problème d'obésité	
	Mauvais suivi des conseils d'activité physique par le patient	
	Mauvais suivi des conseils diététiques par le patient	
	Mauvais suivi des conseils concernant la prise en charge psychologique	
	Existence de troubles du comportement alimentaire sous-jacents	
	Existence de pathologies psychiatriques sous-jacentes	
	Manque de temps pour la prise en charge	
	Manque d'efficacité des traitements	
	Absence de codification spécifique pour la consultation d'obésité	
	Absence de remboursement de la consultation diététique	
	Délais de consultations spécialisées trop longs	
	Manque de coordination des professionnels de santé	
	Insuffisance de formation des praticiens concernant la prise en charge de l'obésité	
	Sentiment d'inefficacité de l'acte médical	
	Peu ou pas d'intérêt du praticien pour la pathologie obésité	
	Multiplicité et interdépendances des comorbidités liées à l'obésité	
	Manque d'équipement du cabinet médical	
	Manque de moyen et de structure d'aide à l'activité physique	
<p>-Rencontrez-vous d'autres difficultés dans la prise en charge du patient obèse ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Annexe 4 : Questionnaire -Troisième partie

PROPOSITION D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT OBESE EN MEDECINE GENERALE	
<p>Merci de bien vouloir indiquer le <u>degré de pertinence</u> des propositions d'amélioration par un chiffre de 1 à 4 :</p> <p>1 : Non pertinent 2 : Peu pertinent</p> <p>3 : Pertinent 4 : Très pertinent</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Cochez si OUI</div>	↓
↓	
Création d'un réseau de soins spécialisé	
Amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire	
Éducation alimentaire de toute la famille	
Codification spéciale pour la consultation du patient obèse	
Remboursement de la consultation diététique	
Développement de l'éducation nutritionnelle à l'école	
Dépistage et prise en charge de l'obésité infantile	
Développement de structures d'aide à l'activité physique	
Développement de groupes de parole	
Développement d'ateliers d'éducation thérapeutique de groupe	
Disposer de plus de temps pour le traitement et le suivi des patients obèses	
Amélioration de la formation des médecins	
Amélioration de la prise en charge psychocomportementale	
Développement de centres pour le traitement des patients obèses	
Actions sur les annonces publicitaires	
Lutte contre la discrimination et la stigmatisation du patient obèse (y compris auprès du corps médical)	
Sensibiliser le grand public aux effets néfastes du temps de passage devant les écrans	
<p>-Avez-vous d'autres suggestions d'amélioration pour la prise en charge du patient obèse en médecine générale ? _____</p> <p>_____</p>	

Annexe 5 : Questionnaire - Première partie (suite) et quatrième partie

-Pensez-vous que l'obésité est-une pathologie pour laquelle le patient est plus responsable que pour une autre pathologie ? Oui Non

Ceci représente-t-il un frein à votre prise en charge ? Oui Non

-Pensez-vous que la morphologie du patient obèse modifie votre abord à son égard ?

Jamais Souvent Parfois Toujours

-Pensez-vous avoir des attitudes négatives envers vos patients obèses ?

Jamais Souvent Parfois Toujours

-La prise en charge du patient obèse : - vous effraie-t-elle ?

Jamais Souvent Parfois Toujours

-vous décourage-t-elle ?

Jamais Souvent Parfois Toujours

ETES-VOUS SATISFAIT DE VOTRE PRISE EN CHARGE GLOBALE DE VOS PATIENTS OBESES ?

Oui Non

Si non, pourquoi : _____

BIBLIOGRAPHIE

1. ObEpi. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2009. [en ligne] Site disponible sur : http://www.roche.fr/fmfiles/re7199006/cms2_cahiers_obesite/AttachedFile_10160.pdf. (page consultée le 05/09/12)
2. Van Dijk L, Otters HB, Schuit AJ. Moderately overweight and obese patient in a general practice: a population based survey. *BMC Family Pract* 2006 ; 7 : 43.
3. Health E-stat. Prevalence of overweight, obesity and extreme obesity among adults: United States, trends 1976-80 through 2005-2006. [en ligne] http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/overweight/overweight_adult.pdf (page consultée le 05/09/12)
4. Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française, AFERO, ALFEDIAM. Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités. *Cah Nutr Diet* 1999 ; 34 : 15-35.
5. Lecerf J.M. Conduite thérapeutique, les objectifs. In : Poids et obésité. Lecerf JM, ed. John Libbey Eurotext, Paris, 2001 : 151-6.
6. Cornet P. Le médecin généraliste et la prévention, le dépistage et la prise en charge des obésités. In : Médecine de l'obésité. Basdevant A, Guy-Grand B, eds. Flammarion, Paris, 2004 ; 392-7.
7. Thuan JF, Avignon A. Obesity Management: Attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes (Lond)* 2005 ; 29 : 1100-6.
8. Valenti L, Charles J, Britt H. BMI of Australian general practice patients. *Aust Fam Physician* 2006 ; 35 : 570-1.
9. 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 Pract* 2008 ; 9 : 66.
10. Fayemendy P, Avodé Z, Pivois L, Desport JC et al. 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 pratiques ? *Cah Nutr Diet* 2011 ; 46 : 199-205.
11. 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. *Postgrad Med*. 2011 ; 123 : 214-9.
12. Lehr-Drylewicz et al. La prise en charge du surpoids en médecine générale : Mission impossible ? *Exercer* 2010 ; 94 : 132-7.
13. Bocquier A, Paraponaris A, Gourbeux JC, Lussaux PY, Basdevant A, Verger P. Management of obesity. Knowledge, attitudes, and practice of general practitioners in the PACA region: result of a telephone survey. *Presse Med* 2005 ; 34 : 769-75.
14. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity (Silver Spring)*. 2009 ; 17 : 1710-6.
15. Donfrancesco C et al. Italian network for obesity and cardiovascular disease surveillance : a pilot project. *BMC Family Pract* 2008 ; 9 : 53.
16. Quilliot D, Roché G, Mohebbi H, Sirvaux MA, Böhme P, Ziegler O. Non surgical management of obesity in adults. *Presse Med* 2010 ; 39 : 930-44
17. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Appl Nurs Res*. 2011 ; 24 : 127-37.
18. Basdevant A et al. Définition des obésités. In : Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Basdevant A. Lavoisier Médecine Sciences, Paris, 2011 : 3-9.
19. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapports techniques Juin 1997. [en ligne] http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf (page consultée le 05/09/12)
20. Craddock D. Obesity and its management. Third edition. Churchill Livingstone, Edimburgh . 1978 : 160-73.

21. Wood DA et al. A randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice : principal results of the British Family Heart Study. *Br Med J* 1994 ;308 : 313-20.
22. St Jeor ST. Measurement of food intake. In: *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. Brownell KD, Fairburn CG. Guilford Press, New York ; 1995 : 100-4.
23. Despres J.P. L'obésité abdominale, une maladie métabolique. John Libbey Eurotext, Paris 2007 : 165.
24. Couet C, Jacobi D et al. Composition corporelle. In : *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Basdevant A. Lavoisier Médecine Sciences, Paris, 2011 : 401-9.
25. Lukasky H.C. Methods of assessment of human body composition: traditional and new. *Am J Clin Nutr* 1987 ; 46 : 537-556.
26. Barbe P, Ritz P. Composition corporelle. *Cah Nutr Diét* 2005 ; 40 : 3 [en ligne] http://www.lewebducen.fr/PCEM2-DCEM1_files/Composition%20corporelle.pdf (page consultée le 05/09/12)
27. Charles MA. Epidémiologie de l'obésité. In : *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Basdevant A. Lavoisier Médecine Sciences, Paris, 2011 : 21-6.
28. World Organization of Health. Global databa on Body Mass Index. 2006. [en ligne] <http://apps.who.int/bmi/index.jsp> (page consultée le 05/09/12)
29. Japan Society for the Study of Obesity. New criteria for "obesity disease" in Japan. *Circ J* 2002 ; 66 : 987-92.
30. Branca F, Lobstein T, Nikogosian H et al. Le défi de l'obésité dans la région Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé et les stratégies de lutte. OMS 2007. [en ligne] <http://www.euro.who.int/document/E90159.pdf?> (page consultée le 05/09/12)
31. Lee S.A., Wen W., Hong Xu W., et al. Prevalence of obesity and correlations with lifestyle and dietary factors in Chinese men. *Obesity* 2008 ;16 : 1440-7.
32. Hodge AM et al. Incidence, increasing prevalence, and predictors of change in obesity and fat distribution over 5 years in the rapidly developing population of Mauritius. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996 ; 20 : 137-146.
33. De Saint Pol T. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. INSEE 2007. [en ligne] <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1123/ip1123.pdf> (page consultée le 05/09/12)
34. Burbaud F, Feblot A et al. Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les consultants de médecine générale en Limousin. ORS Limousin 2006. [en ligne] http://www.ors-limousin.org/publications/synthese/2006/nutMG_synth3.pdf (page consultée le 05/09/12)
35. Oppert JM, Basdevant A. Complications cardiovasculaires. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 197-202.
36. Gonzales-Bermejo J. Complications respiratoires. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 179-86.
37. Chiheb S et al. Hypertension artérielle pulmonaire. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 249-58.
38. Hartemann A et al. Insulino-résistance et diabète. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 192-6.
39. Bruckert E. Dyslipidémie. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 203-7
40. Galéano C et al. Pathologies digestives liées à l'obésité. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 219-24.
41. Ratzu V et al. Stéathopathie métabolique. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 208-18.
42. De Gennes C. Complications ostéo-articulaires. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 225-33.
43. Bongain A et al. Excès pondéral en gynécologie obstétrique. 1996. [en ligne] http://www.med.univ-rennes1.fr/cngof/publications/publi96_7.html (page consultée le 05/09/12)

44. Fezeu L et al. Obésité et cancers. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 272-9.
45. Comte C. Dermatoses. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 246-8.
46. Vignes S. Complications veineuses et lymphatiques. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 238-45.
47. Cedergren MI. Optimal gestational weight for body mass index categories. *Obstet Gynecol*, 2007 ; 110 : 759-764.
48. Laville M. Complications rénales. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 267-71.
49. Bart S. Conséquences urologiques. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 261-6.
50. Touzier-Benaroch E. Qualité de vie. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier médecine-sciences, Paris 2011 : 280-3.
51. Kumanyika SK. Special issues regarding obesity in minority populations. *Annals of Internal Med* 1993 ; 119 : 650-4.
52. Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ. Body weight and mortality among women. *N Engl J Med* 1995 ; 333 : 677-85.
53. De Gonzales AB and al. Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adult. *N Eng J Med* 2010 ; 363 : 2211-9.
54. Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, Klein S. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society For Nutrition NAASO, The Obesity Society. *Am J Clin Nutr* 2005 ; 82 : 923-34.
55. Martin-Ponce E, Santolaria F, Aleman-Valls MR, Gonzalez-Reimers E, Martinez-Riera A. Factors involved in the paradox of reverse epidemiology. *Clin Nutr* 2010 ; 29 : 501-6.
56. Marin B, Desport JC, Kajeu P, Jesus P, Nicolaud B, Nicol M, Preux PM, Couratier P. Alteration of nutritional status at diagnosis is a prognostic factor for survival of amyotrophic lateral sclerosis patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011 ; 82 : 628-34.
57. Marques EA, Moreira P et al. Appendicular fat mass is positively associated with femoral neck bone mineral density in older women. *Menopause* 2012 ; 19 : 311-8.
58. Julia C et al. Impact médico-économique de l'obésité. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 27-32.
59. Gougis S. Analyse du comportement alimentaire. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 382-9.
60. Romon M. Evaluation des apports alimentaires. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 390-3.
61. Oppert JM et al. Mesure des dépenses énergétiques et de l'activité physique. In : Basdevant A, Laville M. Traité de nutrition clinique. Flammarion Médecine Science, Paris 2011 : 337-43.
62. Oppert JM. Evaluation de la dépense énergétique et de l'activité physique. In : Basdevant A. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 395-400.
63. Varray A Les questionnaires d'activité physique - application aux BPCO. *Revue des Maladies Respiratoires*, 2005 ; 22 : 747-53.
64. Levine JA. Measurement of energy expenditure. *Public Health Nutr* 2005 ; 8 : 1123-32.
65. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC et al. Compendium of physical activities: an update of physical activities codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc* 2000 ; 32 : 498-516.

66. Esliger W, Tremblay MS et al. Establishing a profile of physical activity and inactivity : the next generation. *Appl Physiol Nutr Metab*, 2007 ; 32 : 217-230.
67. Bravata DM et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health : a systematic review. *JAMA* 2007 ; 298 : 2296-304.
68. Poitou-Bernet C. Prise en charge médicale. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 410-3.
69. Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité. *Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France 1998*. [en ligne] http://www.afero.asso.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=6&Itemid=7. (page consultée le 05/09/12)
70. Oppert JM et al. Activité Physique et traitement de l'obésité. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 414-20.
71. Physical Activity and Health Guidelines. Physical activity Guideline Advisory Committed Report. Washington, USDHHS 2008. [en ligne] <http://books.google.fr/books?id=cRcWq0aBu5wC&pg=PA323&lpg=PA323&dq=Physical+Activity+Guidelines+Advisory+Committee.+Physical+activity+Guideline+Advisory+Committee+Report.+Washington,+USDHHS+2008&source=bl&ots=I1GpBsoOT8&sig=Nb58JvHRkMycTUE7ZVxTvSeTdCQ&hl=fr#v=onepage&q=Physical%20Activity%20Guidelines%20Advisory%20Committee.%20Physical%20activity%20Guideline%20Advisory%20Committee%20Report.%20Washington%2C%20USDHHS%202008&f=false> (page consultée le 05/09/12)
72. Catenacci VA et al. the role of physical activity in producing and managing Weight loss. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab*, 2007 ; 3 : 518-529.
73. Basdevant A, Carruba M, Hancu N et al. Management of Obesity in Adults: Project for European Primary Care. *Int. J. Obes Relat Metab Disord* 2004 ; 28 : 226-31.
74. Obésité : maigrir sans médicament. *Rev Prescrire* 2007. [en ligne] <http://www.prescrire.org/docu/archive/aLaUne/dossierObesiteMaigrir.php> (page consultée le 05/09/12)
75. Gougis S. Conseils Nutritionnels. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 421- 31.
76. Thérapies comportementales et cognitives. Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. [en ligne] <http://www.gros.org/comportement-alimentaire/therapies.php> (page consultée le 05/09/12)
77. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Sibutral®. Suspension de l'autorisation de mise sur le marché, 2010. [en ligne] <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiques-Points-presse/Sibutramine-Sibutral-R-Suspension-de-l-autorisation-de-mise-sur-le-marche-Communiqué> (page consultée le 05/09/12)
78. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Acomplia®. Suspension de l'autorisation de mise sur le marché, 2008. [en ligne] <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiques-Points-presse/Acomplia-R-suspension-de-l-autorisation-de-mise-sur-le-marche> (page consultée le 05/09/12)
79. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Données techniques sur l'Orlistat®, 2009. [en ligne] http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/3c5a77bf6a185d1d087ad1671efd01da.pdf. (page consultée le 05/09/12)
80. Ziegler O. Traitements médicamenteux de l'obésité. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 451-63.
81. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Synthèse des recommandations de bonne pratique. HAS 2009. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/obesite_-_prise_en_charge_chirurgicale_chez_ladulte_-_synthese_des_recommandations.pdf (page consultée le 05/09/12)
82. Cornet P, Touizier-Benaroch E. Prise en charge en médecine générale. In : Basdevant A. *Traité de médecine et chirurgie de l'obésité*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris 2011 : 470-6.

83. Rigaud D. Conséquences nutritionnelles de la chirurgie bariatrique. In : Cano N, Barnoud D, Schneider S, Vasson MP, Hasselman M, Leverve X. Traité de nutrition artificielle de l'adulte. 3è édition. Springer Paris 2007 : 993-1006.
84. Pouchain D, Attali C et al. Médecine Générale. Concepts et pratiques. Masson Paris 1996.
85. Epling JW, Morley CP, Ploutz-Snyder R. Family physician attitudes in managing obesity : a cross-sectional survey study. BMC Res Notes 2011 ;4 :473.
86. Tsai A, Wadden T. Treatment of obesity in primary care in the United States: a systematic review. J Gen Intern Med 2009 ; 24 : 1073-9.
87. Booth A, Nowson CA. Patient recall of receiving life style advice for overweight and hypertension from their general practitioner. BMC Family Pract 2010 ; 11 : 8.
88. Wadden TA, Anderson DA, Foster GD, Bennett A, Steinberg C, Sarwer DB. Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. Arch Fam Med. 2000 ; 9 :854-60.
89. Fogelman Y, Vinker S, Lachter J et al. Managing obesity: A survey of attitude and practices among Israeli primary care physicians. Int J Obes Relat Metab Disord 2002 ; 26 : 1393-97.
90. Harvey EL, Hill AJ. Health professionals' views of overweight people and smokers. Int J Obes Relat Metab Disord 2001 ; 25 : 1253-61.
91. Zhu D, Norman IJ, While AE. The relationship between health professionals' weight status and attitudes towards weight management: a systematic review. Obes Rev 2011 ; 12 : 324-37.
92. Kacenenbogen N. Weight management in general practice. Rev Med Brux 2006 ; 27 : 361-71
93. Eley DS, Eley RM. How do rural GPs manage their inactive and overweight patient? Aust Fam Phys 2009 ; 38 :747-8.
94. Fernandez D et al. Inégalités sociales des enfants face au surpoids en Alsace : données de la visite médicale d'accès en école élémentaire, France, 2001-2002. Bull epidemiol Hebd 2007 ; 2-3 : 20-23.
95. Données démographiques concernant les médecins généralistes en Limousin. Source ARS 2011. Exploitation ORSL. <http://www.ors-limousin.org/>
96. Grimaldi A. Education thérapeutique. In : Basdevant A et al. Traité de médecine et chirurgie de l'obésité. Paris : Lavoisier Médecine Sciences, 2011 :243-9.
97. ORSL. Atlas de la santé en Limousin, 2010. [en ligne] http://www.ors-limousin.org/publications/rapport/2011/ATLAS_partie-D_offre-de-soins.pdf (page consultée le 05/09/12)
98. Flodgren G, Deane K, Dickinson HO, Kirk S, Alberti H, Beyer FR, Brown JG, Penney TL, Summerbell CD, Eccles MP. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese people. Cochrane Database Syst Rev, 2010 ;17 :CD000984.
99. Plan Obésité 2010-2013. [en ligne] http://www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf (page consultée le 05/09/12)
100. Maher C, Olds TS et al. Screen time is more strongly associated than physical activity with overweight and obesity in 9-16 year old Australians. Acta Paediatr 2012 ; 10 : 1651-2227.
101. Inoue S, Sugiyama T, Takamiya T, Oka K, Owen N, Shimomitsu T. Television viewing time is associated with overweight/obesity among older adults, independent of meeting physical activity and health guidelines. J Epidemiol 2012 ; 22 : 50-6.

102. Lettre d'information ORS PACA – INSERM U 379 / N°7. La prise en charge en médecine de ville du surpoids et de l'obésité : résultats d'une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes de la région PACA. [en ligne] http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/05-SY2.pdf (page consultée le 05/09/12)
103. Guérin R, Lassere E, Moreau A et al. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. *Exercer* 2008 ; 84 : 135-41.
104. Ducos G, Bastet, Pétregne F. Le médecin généraliste et l'obésité de l'enfant. Une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes aquitains. John Libbey Eurotext, Paris 2010 ; 6 : 131-4.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	7
GLOSSAIRE DES ABBREVIATIONS	9
SOMMAIRE	10
INTRODUCTION	12
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'OBESITE ET PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE EN MEDECINE GENERALE	14
1. DEFINITION DE L'OBESITE	15
1.1 Les mesures de base en pratique clinique	15
1.1.1 L'indice de masse corporelle	15
1.1.2 La mesure du tour de taille et l'estimation de l'adiposité abdominale	17
1.2 L'étude de la composition corporelle	18
1.2.1 La mesure des plis cutanés et du périmètre brachial	19
1.2.2 Les mesures paracliniques de la composition corporelle	20
2. EPIDEMIOLOGIE	22
2.1 La prévalence de l'obésité et du surpoids dans le monde	22
2.2 L'obésité et le surpoids en France	23
2.3 L'obésité et le surpoids en région Limousin	23
3. COMPLICATIONS ET CONSEQUENCES DE L'OBESITE	25
3.1 Principales pathologies associées à l'obésité	25
3.2 Rapport entre obésité et mortalité	26
3.3 Effets « protecteurs » de l'obésité	26
3.4 Coût économique du surpoids et de l'obésité	27
4. PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE	28
4.1 L'évaluation de l'état nutritionnel	28
4.1.1 L'enquête alimentaire	28
4.1.2 L'évaluation de la dépense énergétique et de l'activité physique	29
4.1.2.1 La dépense énergétique de repos	30
4.1.2.2 L'activité physique	30
4.1.2.2.1 Les méthodes subjectives	30
4.1.2.2.2 Les méthodes objectives	31
4.1.2.2.3 Evaluation de l'activité physique en pratique courante	32

4.2	Les objectifs thérapeutiques.....	33
4.2.1	La perte de poids	34
4.2.2	La nutrition	34
4.2.3	Les objectifs psychologiques et motivations.....	34
4.3	La prise en charge nutritionnelle.....	34
4.3.1	L'activité physique	35
4.3.2	Les interventions diététiques	36
4.3.3	Prise en charge psycho-comportementale	37
4.4	Les traitements médicamenteux	38
4.5	Le traitement chirurgical.....	39
5.	L'OBESITE ET LA MEDECINE GENERALE	40
5.1	Enjeux et missions du médecin généraliste dans la prise en charge du patient obèse	40
5.2	Analyse de la demande d'amaigrissement.....	40
5.3	Mise en place du projet thérapeutique	41
5.4	Accompagnement thérapeutique et psychologique	42
5.4.1	Base de la prescription diététique et d'activité physique en médecine générale	42
5.4.2	Coordination avec les spécialistes.....	42
5.5	Difficultés rencontrées par le MG dans sa gestion de l'obésité.....	42
5.5.1	Difficultés de prise en charge liées aux patients	43
5.5.2	Difficultés liées aux praticiens.....	43
5.5.3	Difficultés liées au contexte extérieur	45
5.6	Propositions d'amélioration de la prise en charge de l'obésité en médecine générale.....	46
	DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE REALISEE	47
1.	INTRODUCTION ET OBJECTIFS	48
2.	METHODOLOGIE	49
2.1	Echantillonnage	49
2.2	Descriptif du questionnaire	49
2.2.1	Description de la population	49
2.2.2	Difficultés rencontrées dans la prise en charge du sujet obèse	49
2.2.3	Suggestions d'amélioration de la prise en charge	51
2.2.4	Satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de leur prise en charge du sujet obèse	51
2.3	Analyse statistique.....	52
3.	RESULTATS	52
3.1	Description de la population	52
3.1.1	Données générales.....	52

3.1.2	Formation en nutrition des MG.....	56
3.1.3	Activité des médecins	57
3.1.4	Prise en charge des patients obèses	58
3.2	Difficultés rencontrées par les MG lors de la prise en charge du sujet obèse	60
3.2.1	Difficultés de prise en charge suggérées dans le questionnaire.....	60
3.2.2	Autres difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge de l'obésité ..	63
3.2.3	Influence de la perception de l'obésité par les MG sur leur pratique	64
3.3	Propositions d'amélioration de la prise en charge du patient obèse en médecine générale	65
3.3.1	Propositions d'amélioration suggérées dans le questionnaire	65
3.3.2	Autres suggestions d'amélioration de la prise en charge de l'obésité proposées par les MG	66
3.4	Satisfaction des MG quant à leur prise en charge globale de l'obésité	67
3.4.1	Taux de satisfaction des MG	67
3.4.2	Explications à l'insatisfaction des MG concernant la prise en charge des sujets obèses	67
4.	DISCUSSION	69
	CONCLUSION.....	79
	ANNEXES	80
	BIBLIOGRAPHIE	85
	TABLE DES MATIERES.....	91
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	94
	TABLE DES TABLEAUX.....	95

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Exemple de réglette permettant le calcul de l'IMC	15
Figure 2 : Composition corporelle (Brozek 1963)	19
Figure 3 : Principales complications associées à l'obésité	25
Figure 4 : Répartition des médecins répondants par tranche d'âge.....	53
Figure 5 : Répartition par tranche d'âge des médecins de sexe féminin	53
Figure 6 : Répartition par tranche d'âge des médecins de sexe masculin	53
Figure 7 : Liaison entre l'âge des MG et le nombre de patients reçus en consultation par semaine	54
Figure 8 : Liaison entre le nombre de journées de consultation par semaine et le nombre de patients suivis par semaine	54
Figure 9 : Liaison entre le nombre total de patients et le nombre de patients obèses suivis par semaine	55
Figure 10 : Liaison entre le nombre de patients en surpoids et obèses suivis par semaine	55
Figure 11 : Répartition des médecins répondants selon le lieu d'exercice	56
Figure 12 : Type de formation en nutrition des médecins ayant mentionné être formé	56
Figure 13 : Type de formation en nutrition des MG ayant spécifié avoir une autre formation	56
Figure 14 : Activité des médecins selon leur âge	57
Figure 15 : Activité des MG selon le sexe.....	57
Figure 16 : Activité des médecins répondants selon le lieu d'exercice	58
Figure 17 : Liaison entre le pourcentage de réponses positives et le degré de difficulté	62
Figure 18 : Liaison entre le pourcentage de réponses positives et le degré de pertinence	66
Figure 19 : Opinion des MG quant à leur prise en charge globale de l'obésité	67
Figure 20 : Explications à l'insatisfaction des MG quant à la prise en charge globale de leur patients obèses	68

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Valeurs de référence de l'IMC (OMS)	16
Tableau 2 : Risques liés à l'excès pondéral et au tour de taille (TT) (23).....	18
Tableau 3 : Evaluation du niveau habituel d'activité physique en courante (62).....	33
Tableau 4 : Mesures aidant à la promotion de l'activité physique (74)	35
Tableau 5 : Difficultés de prise en charge énoncées dans le questionnaire	50
Tableau 6 : Suggestions d'amélioration de prise en charge proposées dans le questionnaire	51
Tableau 7 : Caractéristiques générales quantitatives de la population de médecins répondants	52
Tableau 8 : Part de patients obèses ou en surpoids dans l'activité des MG ayant mentionné le nombre de patients obèses ou en surpoids suivis par semaine.....	58
Tableau 9 : Part des patients en surpoids ou obèses suivis selon le sexe des MG	59
Tableau 10 : Part de patients en surpoids ou obèses suivis selon l'âge des MG	59
Tableau 11 : Part des patients en surpoids ou obèses suivis selon le lieu d'exercice .	60
Tableau 12 : Part des patients en surpoids ou obèses selon le niveau de formation..	60
Tableau 13 : Données concernant les difficultés de prise en charge rencontrées par les MG face à l'obésité et le degré moyen de difficulté par item.	61
Tableau 14 : Perception de l'obésité par les MG et influence sur leur pratique	64
Tableau 15 : Données concernant les suggestions d'amélioration de la prise en charge de l'obésité et le degré moyen de pertinence par item	65

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

ABSTRACT

Introduction : Obesity is a public health problem that affects in France at least one person in seven over 15 years. By its position in the course of care, general practitioners (GPs) play a major role in making management of this chronic disease. In this approach, it faces many obstacles, and there are few data regarding his feelings about this situation. A survey was conducted in the department of Haute-Vienne, with the aim to take on the difficulty faced by GPs, their suggestions for improvement, and their overall opinion against this disease.

Methodology : The study was based on a compilation of data from GPs of the department of Haute-Vienne using an anonymous questionnaire declarative. Sampling was performed at 200 MG using the Regional Union of Health Professionals - Doctor Liberals. The questionnaire fell epidemiological data on MG interviewed, perceived their difficulties, their suggestions for improvements and their feelings against this disease. Statistical tests were Chi2 test, Fisher's exact test, Student's t test or analysis of variance between groups.

Results : 34.0% of the GPs approached responded to the survey. Obese adult patients accounted for 6.5% of customers, overweight patients for 18.6%. 27.9% of respondents had training in nutrition. Most of the problems of care reported were related to patients (lack of motivation and noncompliance), few were related to the lack of facilities for care or medical equipment. Suggestions for improvement directly related to the practice and attitudes of GPs did not appear as a priority. Respondents put forward areas for improvement concerning the family, school, government and the community or the SPEs. GPs wanted better training and improved psychological care of patients. 82.4% of respondents were dissatisfied with their treatment of obesity.

Conclusions : The management of obese patients is an important part of the activity of GPs, which are mostly dissatisfied with this disease. For GPs, patients are primarily responsible obstacles to care. Preventive actions carried out with families and schools by public authorities appear priority for GPs. Improving medical education and supply structures or host environment, the development of sectors of care (psychiatry, dietetics) and networks, would be to explore.

KEYWORDS

Obesity, General Medicine, dissatisfaction, difficulty care, suggestions for improvement

