

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2014

THÈSE N°

Évaluation par les patients en région Limousin de la prise en charge de leur obésité en médecine générale et suggestions d'amélioration

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 17 Octobre 2014

par

Lucile DARTHOU-POUCHARD

née le 27/10/1983, à Paris 14^{ème}

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Jean-Claude DESPORT Président
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER Juge
Mme le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLÉMENT Juge
M le Docteur Pierre JÉSUS Juge

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES pour la
REDACTION des DEDICACES

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire

BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
COLOMBEAU Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service

ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
FUNALOT Benoît	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE

MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE- TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-RENIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME, Assesseur

ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLAT Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE

WEINBRECK Pierre
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
MALADIES INFECTIEUSES
Responsable de service

YARDIN Catherine
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel
Professeur des Universités
MEDECINE GENERALE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène
Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

DURAND Karine
Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

DURAND-FONTANIER Sylvaine
Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
ANATOMIE

ESCLAIRE Françoise
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

LE GUYADER Alexandre
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE

LIA-BALDINI Anne-Sophie
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MARIN Benoît
Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et
PREVENTION

MOUNIER Marcelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEURS ASSOCIES

BUISSON Jean-Gabriel	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique	Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
-------------------------	---------------------------------------------------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE des UNIVERSITES

BARRAUD Olivier	Maître de Conférences associé des Universités BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
-----------------	--------------------------------------------------------------------------

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie	Professeur des Universités Emérite
VIDAL Elisabeth	Professeur des Universités Emérite

Le 09 septembre 2013

Remerciements

A mon président et directeur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Claude DESPORT

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de Nutrition, Limoges

Vous me faites l'honneur de présider ma thèse. Votre disponibilité et vos conseils m'ont été précieux. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres de mon jury de thèse

Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLÉMENT

Professeur des universités et Praticien Hospitalier d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies métaboliques, Médecine de la reproduction, Limoges

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je garde un bon souvenir de mon stage au Cluzeau à vos côtés. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Professeur Nathalie Dumoitier

Professeur de Médecine Générale et Médecin Généraliste, Limoges

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie pour vos conseils au moment du choix de mon sujet de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Pierre JÉSUS

Praticien Hospitalier de Nutrition, Limoges

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Ton aide et tes conseils pour la réalisation de mon travail m'ont été précieux. Sois assuré de ma reconnaissance et de mon estime.

A Monsieur le Docteur Philippe Fayemendy, Assitant de Nutrition, *pour m'avoir proposé ce travail et beaucoup aidé à le mettre en place. Sois assuré de ma gratitude et de mon amitié.*

A Madame Anne-Laure Roudier, Bibliothécaire à la faculté de Médecine de Limoges, *pour m'avoir aidée dans la construction de mon travail et dans mes recherches bibliographiques. Vos conseils m'ont été précieux.*

A Monsieur Frédéric Pirault, Université de Limoges, *de m'avoir conseillée dans la mise en page de ma thèse.*

Au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Limoges et au Conseil scientifique de l'ALAIR *de m'avoir soutenue dans la réalisation de ce travail.*

A mon époux, Julien, pour avoir partagé avec moi ces longues années d'études et m'avoir aidée à avancer y compris quand l'envie n'était pas là... Ton soutien et ta présence dans ma vie me poussent à donner le meilleur de moi-même. Je t'aime.

A mon fils, Louis, mon rayon de soleil. Ta joie de vivre et tes rires remplissent notre maison de bonheur. Je t'aime.

A mes parents. Merci Maman de m'avoir soutenue tout au long de mes études médicales et dernièrement pour ma thèse. Merci pour ta présence et ton amour.

A mon frère, pour m'avoir soutenue et avoir partagé avec moi les longues périodes de révisions...

A ma sœur, pour toutes les années de bonheur passées ensemble et pour notre complicité qui compte tellement pour moi.

A tous mes amis, en particulier à Sophie et à Auldrène pour votre présence à mes côtés dans toutes les grandes étapes de ma vie et pour tous les bonheurs partagés.

A mes beaux-parents, Brigitte et Jean-Claude, pour votre soutien.

A tous les membres de ma famille et de ma belle-famille.

A mes maîtres de stage pour avoir contribué à ma formation.

A mes patients, qui par un mot ou un sourire me rappellent pourquoi je fais ce métier.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification** » disponible en ligne

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Liste des abréviations

Afssa : Agence française de sécurité sanitaire des aliments
Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation
AVC : accident vasculaire cérébral
CNAMTS : Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
DER : dépense énergétique de repos
DET : dépense énergétique totale
ECG : électro-cardiogramme
EQVOD : échelle qualité de vie, obésité et diététique
g : gramme
HTA : Hypertension artérielle
HTAP : hypertension artérielle pulmonaire
IDM : infarctus du myocarde
IMC : indice de masse corporelle
Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
InVS : Institut de veille sanitaire
IOTF : International obesity task force
kcal : kilo-calorie
kg : kilogramme
m : mètre
mg : milligramme
MG : médecin généraliste
NAP : Niveau d'activité physique
NASH : Non-alcoholic steatohepatitis
NS : non significatif
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PEC : prise en charge
PMA : procréation médicalement assistée
PNNS : Plan national nutrition santé
RGO : reflux gastro-oesophagien
SAOS : Syndrome d'apnée obstructive du sommeil
SNC : système nerveux central
TCA : trouble du comportement alimentaire
TT : tour de taille
UTN : Unité transversale de Nutrition
ZEAT : zone d'aménagement du territoire
% : pourcentage

Table des matières

Remerciements.....	9
Droits d'auteurs.....	11
Liste des abréviations.....	12
Introduction.....	15
PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR L'OBÉSITÉ ET PRISE EN CHARGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE.....	17
1. Généralités sur l'obésité.....	18
1.1. Définition.....	18
1.2. Épidémiologie.....	18
1.2.1. Prévalence du surpoids et de l'obésité dans le monde.....	18
1.2.2. Prévalence du surpoids et de l'obésité en France.....	19
1.3. Impact médico-économique de l'obésité.....	22
2. Physiopathologie.....	23
2.1. Les déterminants de l'obésité.....	23
2.1.1. Le déséquilibre de la balance énergétique.....	23
2.1.2. Les anomalies du tissu adipeux.....	31
2.1.3. Les déterminants sociaux et la construction sociale de l'obésité.....	31
2.1.4. Les autres causes de l'obésité.....	33
2.2. Les conséquences de l'obésité.....	34
2.2.1. Relation entre IMC et mortalité.....	34
2.2.2. Les principales pathologies associées à l'obésité.....	35
2.2.3. Le retentissement sur la qualité de vie.....	37
3. La prise en charge de l'obésité en médecine générale.....	38
3.1. Les enjeux et missions du médecin généraliste.....	38
3.2. Le bilan de l'obésité.....	39
3.2.1. Les mesures de base en pratique clinique.....	39
3.2.2. L'histoire pondérale.....	43
3.2.3. L'analyse des habitudes de vie.....	44
3.2.4. Le bilan des comorbidités associées et des complications spécifiques.....	45
3.3. La mise en place du projet thérapeutique.....	45
3.3.1. L'éducation thérapeutique.....	45
3.3.2. L'analyse d'une demande d'amaigrissement.....	46
3.3.3. Les objectifs du projet thérapeutique.....	47
3.3.4. Le trépied de la prise en charge de l'obésité.....	49
3.3.5. Le traitement médicamenteux.....	54
3.3.6. La recherche d'adhésion au traitement.....	55
3.3.7. Le suivi du patient obèse.....	56
3.3.8. La coordination des soins.....	56
3.4. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans sa gestion de l'obésité.....	57
3.4.1. Les difficultés liées aux patients.....	57
3.4.2. Les difficultés liées aux médecins.....	58
3.4.3. Les difficultés liées au contexte extérieur.....	60
DEUXIÈME PARTIE : L'ENQUÊTE RÉALISÉE.....	62
1. Introduction et objectifs.....	63

2. Méthodologie	65
2.1. Echantillonnage	65
2.2. Descriptif du questionnaire	65
2.2.1. Description de la population.....	66
2.2.2. Prise en charge par le médecin généraliste.....	66
2.2.3. Obstacles à la prise en charge de l'obésité	66
2.2.4. Suggestions d'amélioration de la prise en charge et des mesures préventives	67
2.3. Analyse statistique	68
3. Résultats	70
3.1. Description de la population globale	70
3.1.1. Données générales.....	70
3.1.2. PEC au cabinet de médecine générale.....	77
3.1.3. Obstacles à la PEC de l'obésité.....	79
3.1.4. Améliorations de la PEC en médecine générale et des mesures préventives en France.....	81
3.2. Comparaison des hommes et des femmes	83
3.2.1. Comparaison des données générales quantitatives	83
3.2.2. Comparaison des données qualitatives	83
3.3. Comparaison des groupes Consultation antérieure et Pas de consultation antérieure.....	85
3.3.1. Comparaison des données générales qualitatives	85
3.3.2. Comparaison des données qualitatives	86
4. Discussion.....	88
Conclusion	98
Références bibliographiques	100
Annexe 1 - Questionnaire : Avis des patients obèses sur leur PEC.....	107
Table des figures	111
Table des tableaux.....	112

Introduction

L'obésité est un problème de santé publique majeur. Tout semble indiquer aujourd'hui que la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente partout dans le monde à un rythme alarmant. Les pays développés comme les pays en développement sont touchés [1].

L'obésité est considérée par de nombreux experts comme une maladie de transition économique et nutritionnelle, liée à l'évolution des modes de vie (alimentation, activité), à des facteurs environnementaux et économiques, sur un fond de prédisposition biologique et aggravée par de nombreux facteurs (médicamenteux, hormonaux...) [2].

En raison de sa forte prévalence, elle est l'un des facteurs les plus importants de mauvaise santé dans le monde et serait responsable, avec le surpoids, de 3,4 millions de victimes chaque année [3].

A l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980 pour toucher 11% de la population âgée de plus de 20 ans selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2008 [3].

En France, 15,0% des adultes de plus de 18 ans présentent une obésité ($IMC \geq 30$ kg/m²) selon le rapport ObÉpi 2012 [4].

En région Limousin, la prévalence de l'obésité est de 17,8% en 2012, ce qui est supérieur à la moyenne nationale. De plus, notre région a connu une des plus forte augmentation de cette prévalence entre 1997 et 2012 (+119,8%) [4].

Les conséquences sur la santé sont dominées par le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires (principalement les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux) et respiratoires, les atteintes articulaires sources de handicaps et certains cancers (de l'endomètre, du sein et du côlon) [3][2]. L'obésité retentit également sur la qualité de vie, elle est à l'origine de stigmatisation et de discrimination [2].

Elle entraîne un surcoût important qui représente environ 4 à 8% du produit intérieur brut dans les pays industrialisés, lié à une morbi-mortalité accrue et à une réduction de l'espérance de vie d'environ 7 ans.

Le développement de l'obésité dans le monde et ses multiples conséquences ont conduit l'OMS à la classer parmi les maladies en 1997 [1].

L'organisation de la prise en charge (PEC) pluridisciplinaire à domicile du patient obèse était jusqu'alors embryonnaire. Depuis 2010, avec la formalisation du Plan Obésité pour la France [2], ayant pour objectif de répondre à la croissance du nombre de sujets gravement atteints, une organisation lisible des soins est en train de se mettre en place. L'ambition de ce plan est d'améliorer l'accessibilité et de renforcer la qualité des soins pour

tous [5][2]. Le médecin généraliste (MG), par son contact direct avec la population obèse, joue un rôle prépondérant dans le diagnostic et la PEC de cette pathologie et du cortège de complications qui lui sont associées [6][7]. Il est placé au centre d'un réseau impliquant divers acteurs médicaux et paramédicaux (endocrinologues, médecins nutritionnistes, diététiciens, psychiatres, psychologues, éducateurs sportifs, etc) [8][9]. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [7], le rôle du MG est de définir avec le patient des objectifs raisonnables et de l'aider à les atteindre avec les moyens dont il dispose, mais sa tâche est rendue difficile par l'inégalité entre un processus physiopathologique complexe, un environnement hostile et les faibles moyens dont dispose la médecine générale.

De nombreuses études ont permis de faire le point sur les pratiques des MG face à l'obésité dans les pays anglo-saxons [10][11][12][13][14][15][16][17] et en France [18][19]. Deux études réalisées en 2008 [9] et 2012 [8] en Haute-Vienne ont permis d'identifier les principaux obstacles rencontrés par les MG et recueillaient les suggestions d'amélioration pour la PEC de cette pathologie complexe. Pour autant, ces études ne recueillaient que le point de vue des MG. Ainsi, définir des axes d'amélioration à proposer aux praticiens de notre région à partir du point de vue des patients paraît essentiel. Des études étrangères [20][21][22][23][24][25][26] se sont intéressées à l'avis des patients concernant la PEC de leur obésité, mais nous n'avons retrouvé aucune enquête française. Une étude rétrospective de 2011 [27] réalisée dans l'Essonne, s'intéressait aux caractéristiques de patients obèses hospitalisés ou pris en charge en ambulatoire par un réseau, au travers du dossier médical et d'auto-questionnaires de comportement alimentaire et de qualité de vie. Une étude qualitative réalisée en région Limousin [28] s'intéressait aux représentations qu'ont les patients obèses de leur maladie.

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS SUR L'OBÉSITÉ ET PRISE EN CHARGE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

1. Généralités sur l'obésité

1.1. Définition

L'obésité se définit comme une maladie au cours de laquelle un excès de masse grasse s'est accumulé jusqu'à avoir des effets indésirables sur la santé et la qualité de vie [1]. Le critère de référence pour identifier un excès de masse grasse est un indice de masse corporelle (IMC) supérieur au seuil de 30 kg/m^2 .

La réalité clinique est plus complexe car l'obésité est une entité clinique hétérogène. Le retentissement de l'adiposité sur la santé dépend non seulement de son importance mais également de sa distribution. Des dépôts de tissu adipeux dans le foie, le muscle ou le cœur peuvent avoir des effets délétères sur la santé indépendamment de l'obésité elle-même. Il faudrait donc envisager les maladies des tissus adipeux plutôt que la seule obésité [6].

Enfin, il faut intégrer dans la définition, la représentation collective et individuelle de ce qu'est l'obésité, indépendamment du critère de santé. L'évaluation de la corpulence « normale » est avant tout subjective et répond à des stéréotypes socio-culturels. Ainsi, certaines personnes ne présentant pas d'excès pondéral au sens épidémiologique du terme souhaitent atteindre un poids plus conforme à leur image idéale, alors qu'à l'inverse certains sujets obèses au sens médical du terme ne se considèrent pas comme malades [1][6][28].

1.2. Épidémiologie

1.2.1. Prévalence du surpoids et de l'obésité dans le monde

1.2.1.1. Panorama du surpoids et de l'obésité

A l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980. Selon les estimations de l'OMS en 2008, 35% des personnes âgées de 20 ans et plus étaient en surpoids et 11% étaient obèses. L'obésité touche davantage les femmes que les hommes avec une répartition de 297 millions de femmes pour 205 millions d'hommes. Entre 1980 et 2008, l'IMC moyen au niveau mondial a augmenté de $0,5 \text{ kg/m}^2$ chez les femmes et de $0,4 \text{ kg/m}^2$ chez les hommes par décennie. Une personne sur 10 est donc obèse dans le monde et, d'après les prédictions, plus de la moitié de la population adulte deviendra obèse ou en surpoids d'ici à 2030. Le surpoids touche également les enfants puisqu'environ 40 millions d'enfants de moins de 5 ans (7%) étaient en surpoids en 2012. [3] [29] [30]

1.2.1.2. Disparités entre les continents et les pays

Autrefois considérés comme des problèmes propres aux pays à haut revenu, le surpoids et l'obésité augmentent de façon spectaculaire dans les pays à faible ou moyen revenu, surtout en milieu urbain. [3]

Les pays les moins touchés :

En 2010, seuls quelques pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du sud-est ont une prévalence de surpoids et d'obésité chez les adultes de plus de 15 ans encore inférieure à 20% : l'Ethiopie, la République Démocratique du Congo, le Burkina Faso ou encore le Bangladesh, le Sri Lanka, le Népal et le Vietnam. L'IMC moyen aussi bien chez les hommes que chez les femmes est inférieur à 21,5. Dans ces pays, le régime alimentaire et le mode de vie sont restés très traditionnels [31].

Les pays en position intermédiaire :

En 2010, la France et la Chine ont des prévalences d'obésité et de surpoids comparables (en France : 48% chez les hommes, 37% chez les femmes, en Chine : 45% chez les hommes et 32% chez les femmes), même si la prévalence de l'obésité seule est encore beaucoup plus importante en France (environ 11% en France contre 3% en Chine). Même en Afrique Subsaharienne, certains pays montrent des prévalences de surpoids et d'obésité aussi importantes qu'en France : environ 44% au Cameroun, 45% en Guinée Equatoriale. L'augmentation de ces prévalences dans ces pays s'explique par une transition alimentaire vers un régime « moderne » et par une modification des modes de vie, notamment dans les populations les plus aisées. En revanche, parmi les plus grandes puissances mondiales, le Japon fait figure d'exception avec « seulement » 30% d'hommes et 16% de femmes en surpoids ou obèses. En Inde également, le phénomène est encore modéré, avec environ 20% de la population en surpoids ou obèse [31].

Les pays les plus touchés :

En 2010, certains pays montrent des prévalences de surpoids et d'obésité dépassant les 70% : l'Argentine, la République Dominicaine, le Mexique, les États-Unis (avec une prévalence d'environ 78%), le Koweït, et des îles du Pacifique (îles Cook, les îles Tonga, la Micronésie) [30][31].

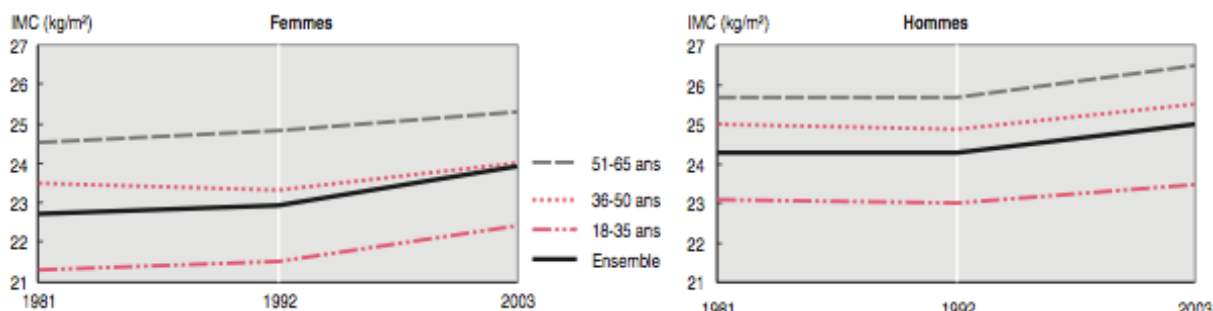
1.2.2. Prévalence du surpoids et de l'obésité en France

1.2.2.1. La corpulence des français et son évolution

En 2012, selon la dernière enquête épidémiologique ObÉpi [4], 32,3% des adultes français de 18 ans et plus sont en surpoids et 15% présentent une obésité soit environ 6,9 millions de personnes dans notre pays. L'obésité morbide (IMC \geq 40) concerne 1,2% des adultes avec une prévalence d'obésité féminine plus forte : 1,6% des femmes et 0,6% des hommes.

Le poids moyen de la population française a augmenté de 3,6 kg en 15 ans alors que la taille moyenne n'a augmenté que de 0,7 cm. Le tour de taille moyen de la population a également augmenté, +5,3 cm en 15 ans pour arriver à 90,5 cm actuellement. Depuis 2000,

les sujets présentant un tour de taille supérieur au seuil IOTF (102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) est passé de 25,3% à 35,5%. L'IMC moyen est à 25,4 soit une augmentation moyenne de 1,1 kg/m² en 15 ans [4]. La figure suivante donne l'évolution de l'IMC des hommes et des femmes, par tranches d'âge depuis 1981 [32].



(IMC : indice de masse corporelle)

Figure 1 : Évolution de l'IMC selon l'âge et le sexe depuis 1981

(source : INSEE [32])

L'augmentation de la prévalence de l'obésité se poursuit dans notre pays mais avec une tendance significative à la décélération comme le montre le tableau 1. L'augmentation estimée entre 2009 et 2012 n'est que de 3,4%. On observe en parallèle un ralentissement de l'IMC et du tour de taille moyens. Depuis 2006, la prévalence de l'obésité est devenue supérieure chez les femmes (15,7% versus 14,3% chez les hommes) même si la décélération s'observe dans les deux sexes. On peut également noter que l'on n'observe plus d'augmentation de la prévalence de l'obésité de l'enfant depuis 2000. [4]

Tableau 1 : Augmentation relative du nombre de personnes obèses entre deux enquêtes.

(source : ObÉpi 2012 [4])

1997 - 2000	+ 18,8%
2000 - 2003	+ 17,8%
2003 - 2006	+ 10,1%
2006 - 2009	+ 10,7%
2009 - 2012	+ 3,4%

1.2.2.2. La région

Inégalement

répartition par

répartie, l'obésité s'est

accrue sur tout le territoire au cours de ces dernières décennies. Le nombre de personnes

obèses augmente dans toutes les régions. Il existe des disparités inter-régionales : on observe un gradient nord-sud (21,3% de personnes obèses dans le Nord-Pas de Calais contre 11,6% en Midi-Pyrénées), de même qu'un gradient est-ouest (18,6% en Alsace contre 12% en Bretagne) [4]. Les cartes suivantes représentent l'évolution de la prévalence de l'obésité entre 1997 et 2009 en fonction des huit groupes de régions que sont les zones d'aménagement du territoire (ZEAT) et montrent bien que même si la prévalence de l'obésité est différente entre les régions, celles-ci ont toutes subi une augmentation de cette prévalence [9][33].

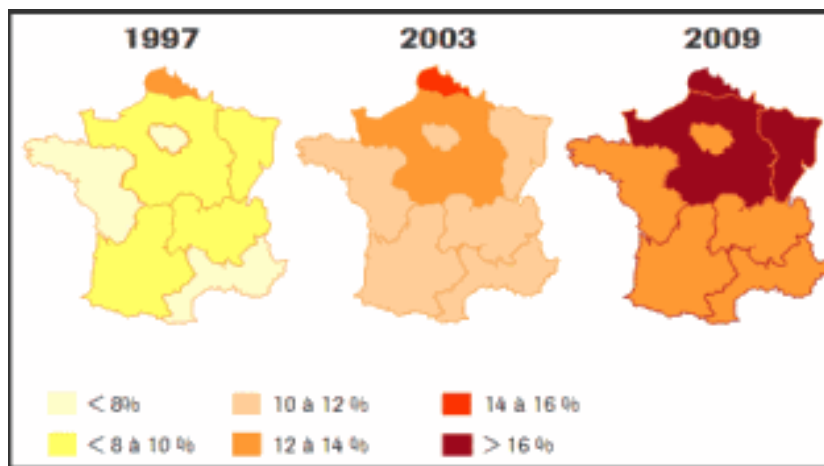


Figure 2 : Prévalence de l'obésité par zone d'aménagement du territoire (source : ObÉpi 2009 [33])

En région Limousin, la prévalence de l'obésité est de 17,8% en 2012 ce qui est nettement supérieur à la moyenne nationale. L'augmentation de cette prévalence a été de 29% sur les 3 dernières années et de 119,8% en 15 ans [4]. Notre région a une des plus fortes progressions de la corpulence moyenne de ses habitants. Une des explications peut être le vieillissement de la population limousine.

1.2.2.3. La prévalence de l'obésité selon les paramètres sociodémographiques

Il existe un très net gradient social de l'obésité [4], cependant l'augmentation de la prévalence de l'obésité des dernières décennies a touché toutes les catégories socio-professionnelles, même si elle a été moins nette dans les catégories supérieures. Ainsi, dans la répartition par profession, la prévalence de l'obésité était de 17,2% chez les artisans, commerçants versus 8,7% dans la catégorie des cadres supérieurs et professions libérales. Le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité sont inversement proportionnels : 24,5% d'adultes obèses pour un niveau d'études primaires versus 7,3% pour un niveau d'études supérieures de 3^{ème} cycle. Il existe également une relation inversement proportionnelle entre le niveau de revenus du foyer et la prévalence de l'obésité. Enfin, la prévalence de l'obésité augmente avec l'appréciation des difficultés financières des individus. Ceux qui se déclarent

« à l'aise » ont un taux d'obésité en-dessous de la moyenne nationale, celui-ci passe à 30% chez les personnes disant « ne pas y arriver sans faire de dettes » [4].

Sur le plan démographique, c'est dans les plus petites agglomérations que la prévalence de l'obésité est la plus forte : 16,7% en zone rurale, 15,5% dans les villes de 2 000 à 20 000 habitants et 13,8% dans les villes de plus de 100 000 habitants [4].

1.3. Impact médico-économique de l'obésité

Le coût direct de l'obésité augmente chaque année, parallèlement à la prévalence de l'obésité dans la population générale. D'après un rapport d'information présenté en 2008 à l'Assemblée Nationale [34], l'obésité est un enjeu de santé publique croissant qui menace notre système de protection sociale.

1.3.1.1. Éléments pris en compte dans le calcul des coûts de santé

Les coûts directs sont liés aux dépenses de santé dues à des maladies qui n'existeraient pas en l'absence d'obésité. Ils prennent en compte les soins ambulatoires (ex : 65% des dépenses liées aux médicaments, 25% aux honoraires des médecins, 10% aux examens de laboratoires), hospitaliers et de prévention. Ils comptabilisent les coûts associés spécifiquement au diagnostic de l'obésité et, pour une partie, les coûts associés à des maladies pour lesquelles l'obésité est un facteur de risque (diabète de type 2, HTA, etc).

Les coûts indirects comportent les pertes de productivité et les pertes en vie humaines. Ils sont estimés par le biais des jours non travaillés à cause de la maladie ou de son traitement. Ils sont souvent sous-estimés [6].

1.3.1.2. Évaluation des coûts associés à l'obésité en France

Selon une étude de Emery et al. en 2007 [35], la surconsommation de soins et de biens médicaux associée à l'obésité était de 506 euros annuel par patient ayant un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² ce qui représentait 2,6 milliards d'euros pour la seule obésité.

Pour sa part, le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a indiqué que le coût annuel de la PEC de l'obésité par l'assurance maladie est de 4 milliards d'euros et de 10 milliards d'euros si on ajoute le surpoids. Ces montants représentaient respectivement un peu plus de 3 % et près de 7 % de l'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour 2008 [34].

2. Physiopathologie

2.1. Les déterminants de l'obésité

L'obésité est une « maladie de société » liée à la transition nutritionnelle, aux évolutions des modes de vie et de l'environnement. L'environnement nutritionnel (abondance, variété, palatabilité, densité calorique, disponibilité) en est en partie responsable, mais c'est surtout l'inadéquation des apports caloriques à la dépense énergétique qui constitue la genèse de l'obésité et de ses comorbidités. Plus globalement, l'obésité est une pathologie des systèmes en charge de contrôler le niveau des réserves d'énergie aboutissant à une accumulation des réserves sous forme de triglycérides dans différents dépôts de l'organisme. Il s'agit d'une pathologie d'un organe, le tissu adipeux, et de ses relations avec l'ensemble de l'organisme (cerveau, foie, muscles, etc.) [6]. L'avancée des connaissances remet en cause l'idée simpliste qui faisait de l'obésité une simple conséquence de la « glotonnerie » [36].

Il faut donc considérer trois composantes potentielles dans le développement de l'obésité : les apports énergétiques, les dépenses et les capacités de stockage [6].

2.1.1. Le déséquilibre de la balance énergétique

L'étude scientifique de l'obésité a été dominée tout au long du XX^{ème} siècle par le concept de l'équilibre énergétique. Cette approche conceptuelle, fondée sur les lois de la physique et les principes fondamentaux de thermodynamique, ne prend pas en compte la difficulté d'évaluer avec précision les modifications d'apports alimentaires et de dépenses énergétiques d'un individu, ni la part du « gras » et du « maigre » (très variable selon les individus) qui détermine la dépense énergétique de repos [37][38]. L'objectif est donc d'identifier les comportements responsables de ce déséquilibre et non de quantifier avec précision les entrées et les sorties énergétiques.

2.1.1.1. L'excès d'apport énergétique, les déterminants de la prise alimentaire

Les changements majeurs de notre modèle alimentaire ont entraîné des conditions propices au développement de l'obésité en augmentant les apports énergétiques.

Le contrôle central du comportement alimentaire

Le contrôle biologique de la prise alimentaire exercé par le système nerveux central (SNC) dépend des systèmes hédonique et métabolique dont les principaux noyaux et centres se trouvent au niveau de l'hypothalamus. Le système hédonique met en jeu les systèmes olfactif, gustatif et visuel qui jouent un rôle important dans l'anticipation et l'exécution de la prise alimentaire. Sur le long terme, le nombre et la taille des repas sont ajustés de manière précise par le système de contrôle central métabolique ou homéostatique qui informe certaines aires cérébrales de l'état énergétique de l'individu. La régulation à court

terme est directement liée l'état des réserves glucidiques, celle à long terme dépend de deux hormones : l'insuline et la leptine qui varient selon le statut énergétique et l'adiposité [6].

L'alimentation

Certaines caractéristiques de l'alimentation (densité énergétique, propriétés physiques et sensorielles, composition nutritionnelle, mais aussi surabondance, diversité, facilité d'accès, de préparation et de consommation) et certaines conduites alimentaires sont susceptibles de favoriser une surconsommation et de prendre en défaut les mécanismes physiologiques de contrôle du bilan énergétique [6].

Palatabilité : c'est la sensation agréable que procurent les aliments au niveau buccal. Elle est liée à différentes caractéristiques sensorielles (aspect, goût, odeur, texture), elle affecte le rassasiement et diminue la compensation calorique. Elle favorise ainsi une surconsommation énergétique, et ce d'autant plus que palatabilité et densité calorique sont souvent associées [6].

Densité énergétique : c'est le contenu énergétique des aliments par unité de poids ou de volume. L'arrêt de la consommation alimentaire en fin de repas survient après l'ingestion d'un volume d'aliments apte à déclencher le rassasiement et que le sujet aurait appris à reconnaître comme suffisant. L'adaptation se fait sur le volume d'aliments et non sur les calories consommées, ainsi la consommation d'aliments à forte densité énergétique entraîne des apports énergétiques plus élevés [6].

La diversité alimentaire est un autre facteur susceptible de favoriser une surconsommation énergétique [20].

L'industrie agro-alimentaire a d'ailleurs largement tiré partie de ces constatations en élaborant des aliments sucrés et riches en graisses augmentant ainsi leur attrait gustatif.

Composition nutritionnelle des aliments :

Selon l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) [39], l'apport énergétique total recommandé est compris entre 2 200 et 2 700 kcal/jour pour un homme de 70 kg et entre 1 800 et 2 200 kcal/jour pour une femme de 60 kg, selon l'âge et le niveau d'activité physique. Une alimentation est dite équilibrée lorsque l'apport énergétique total est réparti en 11 à 15 % de protéines, 30 à 35% de lipides et 50 à 55 % de glucides.

- **Les lipides (9 kcal/g)**: Par la texture agréable qu'ils confèrent aux aliments ils sont un déterminant important du caractère plaisir des aliments. Ils augmentent la palatabilité des aliments tout en augmentant la densité énergétique. Ils sont très présents dans les aliments industriels et sont appelés sous cette forme les « graisses cachées ».

- **Les glucides (4 kcal/g)**: Leur consommation est souvent associée à une moindre densité énergétique et à un plus grand effet satiétogène notamment par le biais d'aliments riches en fibres et pauvres en lipides. Il existe une relation inverse entre la corpulence et l'apport calorique d'origine glucidique, en miroir de celle observée pour les lipides [6]. Ceci est vrai pour les glucides complexes (fruits, légumes, céréales).

Les boissons sucrées appartiennent à la famille des glucides mais ce sont des glucides simples et leur index glycémique (effet de l'aliment sur la glycémie) est élevé. La rapidité d'ingestion et l'absence de mastication entraîne la prise en compte de ces boissons par les mécanismes de régulation hydrique (plutôt que ceux de la régulation énergétique), ce qui confère à la consommation de boissons caloriques l'absence de rassasiement et ainsi une prise de poids [40]. La consommation d'alcool répond aux mêmes problématiques que celles des autres boissons caloriques en matière de stockage mais s'accompagne bien souvent d'une consommation alimentaire diminuée et ainsi d'une perte de poids [41][42].

- **Les protides (4 kcal/g)** constituent le macronutriment le plus satiétogène. Cependant, les protéines animales sont associées à un apport élevé en lipides dont les effets sur la satiété et le métabolisme énergétique contrebalancent en partie les effets propres des protéines. Les régimes hyperprotéinés sont populaires, mais leur intérêt est très contesté et leur caractère potentiellement dangereux a été souligné dans un rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation (Anses) en 2010 [43].

L'environnement social, physique et les modes de consommation alimentaire

En bouleversant notre style de vie, l'industrialisation, l'urbanisation et l'augmentation du niveau de vie ont modifié nos habitudes et modes de consommation alimentaire d'une façon qui dépasse les seules caractéristiques nutritionnelles [6].

La disponibilité d'aliments prêts à consommer et souvent peu coûteux encourage les prises alimentaires en réponse à d'autres déterminants que le seul besoin énergétique : plaisir, stress, émotion, facteurs sociaux.

L'augmentation de la taille des portions et leur conditionnement accroît la sous-estimation du nombre de calories des aliments et des repas.

L'impact du marketing alimentaire amène à une situation surprenante où plus les individus choisissent des aliments allégés, plus ils compensent le faible nombre supposé de calories par une surconsommation. C'est le concept de calories réelles et de calories perçues : la grande majorité des individus sous-estiment l'apport en calorie de leur alimentation et cette sous-estimation est plus forte chez les individus en surpoids ou obèses. Ceci peut être considéré comme l'une des raisons de l'échec des régimes [44].

La déstructuration des repas et la multiplication des prises alimentaires (snacking) : le pourcentage de repas pris hors domicile a considérablement augmenté en quelques décennies. Un nombre croissant de prises alimentaires sous forme de restauration rapide favorise la consommation de produits plus riches en graisses, moins riches en fibres et de densité énergétique plus élevée [6].

Les déterminants psychologiques de la prise alimentaire

Il est admis que les dimensions psychologiques occupent une place centrale dans les processus comportementaux et biologiques conduisant à la prise de poids. L'analyse des conduites alimentaires dans ses différentes phases pré-ingestive, ingestive et post-ingestive permet la mise en évidence des aspects psychologiques qui interviennent dans le processus de la prise alimentaire.

Les troubles du comportement alimentaire sont fréquents dans l'obésité mais ne sont pas systématiques. Les désordres les plus rencontrés sont l'hyperphagie prandiale, les grignotages, les compulsions qui peuvent être simples ou sévères et la restriction cognitive [6].

La restriction cognitive est une restriction alimentaire chronique volontaire que le sujet s'impose dans le but conscient de perdre du poids, qui aboutit progressivement à la perte des repères physiologiques que sont la faim, le rassasiement et la satiété. Un sentiment de frustration s'installe, source d'obsessions alimentaires qui finissent par conduire à une perte de contrôle appelée désinhibition. Ainsi, la restriction cognitive facilite la survenue de compulsions sévères et même d'accès de frénésie alimentaire ou binge eating disorder [45].

L'anxiété, la dépression et le stress favorisent chez certaines personnes une alimentation émotionnelle inappropriée et mal contrôlée.

Il importe d'identifier les situations où la priorité est une PEC psychologique (syndrome dépressif, troubles du comportement alimentaire) afin d'aider le patient à sortir des cycles répétitifs de désinhibition (levée de la restriction cognitive), en se gardant de prescrire de nouveaux régimes dont le patient a déjà expérimenté les méfaits. Lorsque la PEC psychologique est indiquée, elle revient aux spécialistes, psychiatres ou psychologues et ne doit pas se confondre avec d'autres domaines de compétences, en particulier celui du nutritionniste [46][47].

2.1.1.2. La diminution de la dépense énergétique

La dépense énergétique totale (DET) est subdivisée en trois composantes [6]:

- la dépense énergétique de repos (DER) : poste le plus important de la DET soit environ deux tiers. Elle correspond à la quantité d'énergie utilisée pour le maintien des fonctions vitales. Son ampleur dépend de facteurs endogènes qui sont principalement le poids corporel et sa composition (masse de tissus maigres), l'âge et le sexe. La DER augmente linéairement avec la masse maigre, reflet de la masse cellulaire active. Elle peut être évaluée par mesure à partir de la calorimétrie indirecte ou calculée à partir d'équations basées sur les données anthropométriques par les formules de Harris et Bénédicte. Cette DER représente un poste « fixe » sur lequel on ne peut pas influencer dans la lutte contre l'obésité.
- la thermogénèse : liée principalement à la prise alimentaire. Elle représente l'énergie utilisée pour la digestion, l'absorption, le transport et le stockage des aliments ingérés. Elle compte pour environ 10% de la DET.
- l'activité physique : composante la plus variable des trois donc celle à laquelle nous nous intéresserons plus particulièrement car sa diminution joue un rôle important dans la genèse de l'obésité.

L'activité physique au sens large inclut tous les mouvements effectués dans la vie quotidienne et ne se réduit pas à la seule pratique sportive. Les principales caractéristiques d'une activité physique donnée sont son intensité, sa durée, sa fréquence et le contexte dans lequel elle est pratiquée. Il est habituel de différencier les activités physiques de loisir, professionnelles et domestiques, sans oublier l'activité physique liée aux transports [6].

La dépense énergétique des 24 heures (DE 24h) peut être évaluée en tenant compte de la DER, elle-même calculable selon des formules simples globales (tableau 2) et du niveau habituel d'activité physique (NAP : tableau 3), selon l'équation suivante :

$$DE\ 24\ h = DER \times NAP$$

La DET est d'autant plus élevée que le sujet est corpulent, musclé et actif [45].

La DER peut également être obtenue, de manière plus fiable mais avec une technologie lourde, par la technique de calorimétrie indirecte. Cette méthode de référence mesure chez des patients à jeun et au repos la consommation d'oxygène et la production de dioxyde de carbone à partir des échanges respiratoires sur un temps limité.

Tableau 2 : Évaluation de la dépense énergétique de repos (kcal/j) en fonction du sexe, de l'âge et du poids (kg)

(source : Quilliot et al. [45])

Âge	Hommes	Femmes
10 - 18 ans	17,5 x poids + 651	12,2 x poids + 746
18 - 30 ans	15,3 x poids + 679	14,7 x poids + 496
30 - 60 ans	11,6 x poids + 879	8,7 x poids + 829
> 60 ans	13,5 x poids + 487	10,5 x poids + 596

Tableau 3 : Facteur dépendant du niveau d'activité physique et du sexe, permettant d'évaluer la dépense énergétique des 24 heures.

(source : Quilliot et al. [45])

Niveau d'activité physique	Hommes	Femmes
Léger	1,55	1,56
Modéré	1,78	1,64
Intense	2,10	1,82

Les nombreuses méthodes d'évaluation de l'activité physique habituelle, représentées dans le tableau 4, peuvent être classées en trois grands types : les carnets et questionnaires d'activité physique, les compteurs de mouvement (podomètres et accéléromètres) et les marqueurs physiologiques (fréquence cardiaque) [48].

La méthode de l'eau doublement marquée, peu utilisée en pratique en raison de son coût et des difficultés techniques, est une méthode qui consiste à mesurer, dans des conditions de vie habituelles, la production de dioxyde de carbone à partir de recueils d'échantillons urinaires après ingestion d'une dose d'eau enrichie en isotopes [49].

Tableau 4 : Principales méthodes de mesure de l'activité physique habituelle et paramètres mesurés
(source : Oppert J-M [48])

Méthode	Paramètres mesurés
Calorimétrie indirecte	Dépense énergétique de repos
Eau doublement marquée	Dépense énergétique totale
	Dépense liée à l'activité = dépense totale - dépense de repos
	Niveau d'activité physique (NAP) = dépense totale/dépense de repos
Carnets, questionnaires	Activité physique (type, intensité, durée, fréquence)
	Dépense énergétique liée à l'activité (calculée)
Podomètre	Nombre de pas
	Distance parcourue
Accéléromètre	Activité et intensité sous forme d'accélération exprimée en « coups par minute » en fonction du temps
	Dépense énergétique liée à l'activité (calculée)
Fréquence cardiaque	Activité et intensité sous forme de battements par minute en fonction du temps
	Dépense énergétique liée à l'activité (calculée)

La sédentarité, l'inactivité physique et l'obésité

Une activité physique insuffisante est actuellement considérée comme un élément fondamental dans la prise de poids au cours du temps et donc dans la prévention de l'obésité.

En 2008, le baromètre santé-nutrition de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) [50] retrouvait que seulement 42,5% des adultes français atteignaient un niveau d'activité physique considéré comme favorable pour la santé. Les principaux facteurs démographiques et socio-économiques associés à l'activité physique sont : l'âge (l'activité diminue avec l'âge), le sexe (le niveau d'activité est plus important chez les hommes), la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'études (relation positive entre statut socio-économique et activité physique). On identifie également des facteurs collectifs : équipement sportif, espaces verts, sentiment de sécurité [50].

La sédentarité s'est progressivement développée et concerne aujourd'hui la plupart des pays, quel que soit leur niveau de développement. Elle correspond à l'extrémité inférieure du spectre de l'activité, elle est le plus souvent évaluée par l'absence d'activité physique déclarée, surtout pendant les loisirs. Ainsi, le comportement sédentaire ne représente pas seulement une activité physique faible ou nulle, mais correspond à un ensemble de comportements au cours desquels la position assise ou couchée est dominante et la dépense énergétique est très faible voir nulle. Il s'agit d'activités variées telles que regarder la télévision ou des vidéos, travailler sur ordinateur, lire, conduire, etc. Le temps passé devant un écran (télévision, vidéo, jeux vidéo, ordinateur, etc) est actuellement l'indicateur de sédentarité le plus utilisé [6]. En 2006, l'étude nationale nutrition santé de l'Institut de veille sanitaire (InVS) [51] retrouvait que 53,3% des adultes français passait plus de trois heures par jour devant un écran (télévision, ordinateur).

Relation de l'activité physique avec l'état de santé et le gain de poids

Une étude a montré que la sédentarité chez les femmes multipliait par 6 le risque de syndrome métabolique [51]. Un faible niveau d'activité physique est associé à une augmentation du risque de mortalité totale, de morbi-mortalité de cause cardio-vasculaire, ainsi qu'à une augmentation du risque de diabète de type 2, d'HTA et de certains cancers (côlon, sein). Un niveau au moins modéré d'activité physique habituelle apporte un bénéfice substantiel pour la santé. Il existe une relation dose-réponse entre le niveau habituel d'activité physique et le bénéfice pour la santé [6]. Le comportement sédentaire apparaît lié au gain de poids à la fois directement par le biais d'une faible dépense énergétique, mais aussi indirectement par son association à d'autres comportements de santé en particulier l'alimentation [6].

En France, la recommandation d'activité physique diffusée dans le cadre du Plan national Nutrition Santé (PNNS) depuis 2002, est de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour [5].

2.1.2. Les anomalies du tissu adipeux

Le tissu adipeux blanc, sous-cutané, est le principal réservoir d'énergie mobilisable de l'organisme et est indispensable à l'homéostasie [6]. Il est également physiologiquement important pour la protection mécanique et thermique de l'organisme. Il comporte des précurseurs adipocytaires et des adipocytes matures qui contiennent une grande quantité de triglycérides sous la forme d'une gouttelette lipidique. L'augmentation de la masse grasse peut s'expliquer par une augmentation de la taille (hypertrophie) des cellules adipeuses puis, lorsque les capacités de stockage sont dépassées, par une augmentation du nombre de ces cellules (hyperplasie). Si le stockage d'énergie est rendu nécessaire par un bilan énergétique positif, le nombre d'adipocytes peut s'accroître dans de larges proportions. Ce processus est complexe et contrôlé par de nombreux facteurs intrinsèques, extrinsèques, moléculaires et cellulaires. Une fois différenciées les cellules ne retournent pas au stade de précurseurs, elles restent disponibles pour stocker de nouveau. La perte de poids est associée à une diminution de la taille et non du nombre des adipocytes. Cela explique en partie qu'au delà d'une certaine ampleur et d'une certaine durée, le retour à un poids antérieur soit plus difficile [6].

La répartition anatomique de l'excès de graisse joue un rôle déterminant dans la survenue des complications métaboliques et cardio-vasculaires, ainsi, la fréquence des complications augmente en cas d'obésité abdominale ainsi qu'avec les dépôts ectopiques de tissu graisseux dans certains sites (épicaudique, périvasculaire, hépatique, musculaire, pancréatique, cardiaque) [6].

Au cours de son expansion dans l'obésité, le tissu adipeux blanc est la cible d'un remaniement cellulaire et structural majeur par le biais de mécanismes pro-inflammatoires aboutissant à une infiltration macrophagique et à la formation de fibrose. Ces anomalies du tissu adipeux pourraient expliquer la survenue des nombreuses complications associées à l'obésité [6].

2.1.3. Les déterminants sociaux et la construction sociale de l'obésité

La distribution sociale des obèses adultes, tant dans les sociétés développées que dans les sociétés en développement, est socialement différenciée [52]. Dans les sociétés en développement, les obèses se rencontrent plutôt sur le haut de l'échelle sociale, à la fois en raison d'une plus grande disponibilité alimentaire et d'une plus faible activité physique dans ces groupes sociaux, mais également parce qu'il existe une valorisation positive des fortes corpulences. A l'inverse, dans les sociétés développées, les obèses se retrouvent

fréquemment dans les couches populaires. Deux grands types d'explications sont possibles : le premier postule qu'à une position sociale correspondent des pratiques alimentaires, des niveaux d'activité physique et des styles de vie qui sont à l'origine du développement de l'obésité, le second voit dans l'obésité l'une des causes de la position sociale d'un individu, le statut d'obèse entraînant des phénomènes de stigmatisation qui auraient un impact sur la mobilité sociale en la ralentissant. Cette notion de mobilité sociale rend compte du déplacement d'un individu au niveau de l'échelle sociale : elle peut être ascendante, descendante ou équivalente.

Comme sur le plan médical [6], il existerait différentes formes d'obésité sur le plan social :

- une serait associée au processus de précarisation et toucherait ceux dont la position sociale tend à se dégrader. En effet, l'instabilité et la fragilisation socio-économiques semblent constituer un terrain favorable à la prise de poids et à l'obésité, soit par le biais d'un stress qui entraînerait un sur-stockage comme une réponse biologique archaïque (se préparer à « l'arrivée des mauvais jours »), soit par le biais des transformations des conditions matérielles de vie comme la désynchronisation des emplois du temps, la rareté des ressources économiques et relationnelles ;

- une seconde serait une obésité de transition consécutive à des transformations rapides de contextes alimentaires comme les phénomènes migratoires ou la modernisation de l'alimentation entraînant un écart entre les apports alimentaires et les consommations d'énergie. D'une part, la simplification des repas qui se caractérise par la suppression des éléments périphériques au plat garni, le plus souvent les entrées, réduisant ainsi les apports en crudités et fruits, au profit de prises alimentaires hors repas qui, dans l'état de l'offre agro-alimentaire contemporaine, sont la plupart du temps des produits de biscuiterie, d'autre part, les dépenses énergétiques ont considérablement baissé à cause du chauffage et de la climatisation des habitations, des moyens de transport individuels ou collectifs, des nouvelles formes de travail dans les secteurs agricole et industriel. Les consommations alimentaires ont diminué mais moins que les dépenses ;

- une troisième forme d'obésité résulterait de troubles du comportement alimentaire liés à la pression du modèle esthétique corporel de minceur et à la stigmatisation des personnes obèses. Ainsi, l'obésité serait la phase avancée d'une carrière qui commence souvent avec des régimes suivis pour des raisons toutes autres que sanitaires, car certains individus entrent dans un cycle infernal, qui de pertes de poids en reprises, passent du poids normal au surpoids, puis à l'obésité ;

- une dernière enfin, correspondrait à des modes de vie « trop bon vivant ».

Ces quatre types d'obésité, présents dans des niveaux différents de la société, viennent moduler la vision traditionnelle d'une obésité associée au bas de l'échelle sociale et pourrait favoriser la mise en place de stratégies de prévention différenciées et la construction de messages adaptés à chaque cible [6].

2.1.4. Les autres causes de l'obésité

Génétiques et épigénétiques : L'obésité monogénique ou syndromique s'inscrit dans le cadre des maladies génétiques rares, très sévères et dont le début est très précoce, dans l'enfance. Elle est souvent accompagnée d'un retard mental, de troubles du comportement, d'un déficit neurologique, d'une dysmorphie ou d'anomalies du développement. L'exemple le plus fréquent est le syndrome de Prader-Willi qui se caractérise par une obésité abdominale sévère, un retard mental, une petite taille, un hypogonadisme et une hypotonie néonatale. L'obésité commune est dite polygénique : la contribution cumulative de gènes de susceptibilité ne devient significative qu'en interaction avec des facteurs environnementaux prédisposant à leur expression phénotypique [6].

Les obésités hypothalamiques résultent soit de lésions anatomiques tumorales, chirurgicales ou radiothérapeutiques (ex : le craniopharyngiome), soit d'anomalies moléculaires ayant un impact spécifique sur le fonctionnement de l'hypothalamus (leptino-résistance). Il faut y penser dans un contexte de syndrome génétique ou lorsque des signes cliniques évoquent une atteinte hypophysaire ou hypothalamique : céphalée, troubles visuels, prise de poids rapide avec impulsivité et défaut de satiété, troubles dipsiques et signes endocriniens. La PEC de cette obésité est la plus difficile qui soit en raison de désordres comportementaux très importants et de résistances biologiques à la perte de poids liées à l'hypométabolisme et à l'hyperinsulinisme [6].

Les hormones thyroïdiennes : La recherche d'une hypothyroïdie chez les patients obèses peut paraître légitime compte tenu de ses relations avec la prise pondérale. Une TSH discrètement élevée sans augmentation des hormones périphériques (T4 normale, T3 plutôt haute et test à la TRH normal) est une situation fréquente chez les obèses mais cela ne permet pas de parler d'hypothyroïdie infra-clinique dans la mesure où le traitement par hormones thyroïdiennes est sans effet sur le poids. De nombreux patients se plaignent qu'une prise de poids importante apparaît au décours du traitement de l'hyperthyroïdie, en particulier dans la maladie de Basedow. Malgré les arguments physiologiques associant les hormones thyroïdiennes et la dépense énergétique ou le poids, il est strictement interdit de prescrire des hormones thyroïdiennes pour favoriser une perte de poids en raison de troubles du rythme cardiaques et de décès rapportés [6].

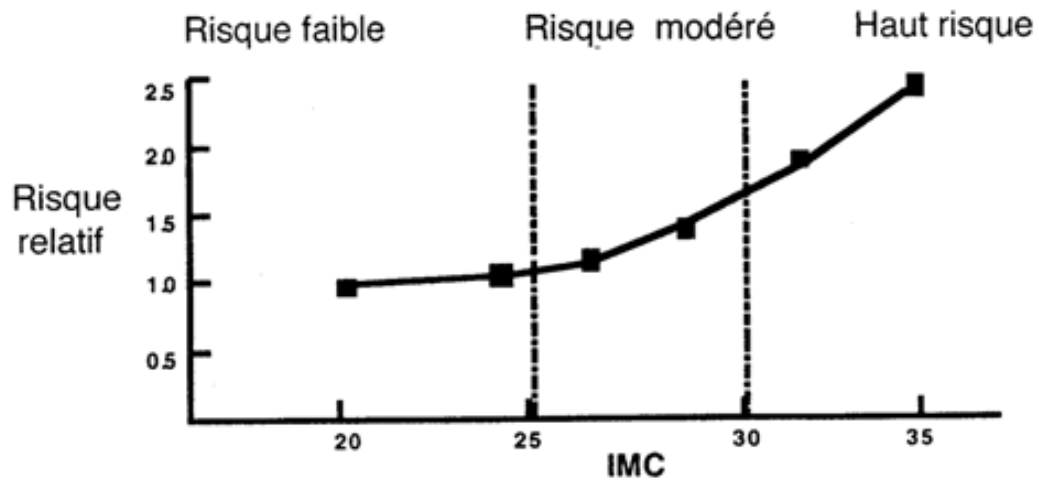
Les médicaments obésogènes : Certaines molécules ont pour effet secondaire une prise de poids en agissant sur le comportement alimentaire ou en favorisant les phénomènes d'anabolisme et le stockage énergétique dans le tissu adipeux, aboutissant à une obésité même si elle n'est pas purement iatrogène [6]. Les principales molécules incriminées sont : les psychotropes [53] (antipsychotiques, antidépresseurs, thymorégulateurs et anti-épileptiques), les antimigraineux [53], les antidiabétiques [53] (insuline, sulfamides et glinides), les glucocorticoïdes (rôle confirmé dans une étude récente [53]), les progestatifs [54] (les études ne permettent pas d'attribuer formellement une prise pondérale aux contraceptions oestroprogestatives [55]), les antirétroviraux [6], les chimiothérapies anticancéreuses [6], les antihypertenseurs [53] (bêtabloquants, alphabloquants) et les antihistaminiques [6][53]. La prévention de cet effet secondaire passe par le choix médical des molécules et posologies les moins actives sur le poids, par l'information du patient dès la prescription et la surveillance de son poids, tout en l'incitant à maintenir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, afin d'éviter les conséquences psychologiques et métaboliques de l'obésité ajoutées à celles de la maladie pour laquelle ils sont traités.

Le tabagisme et le sevrage tabagique : Malgré le mode de vie plus sédentaire des fumeurs par rapport aux non fumeurs, leur IMC est inférieur en moyenne de 1 kg/m² ajusté par âge et par sexe. L'arrêt de consommation des cigarettes va presque inévitablement de pair avec une prise de poids, en moyenne 2,3 kg chez les hommes et 3,1 kg chez les femmes la première année. Sur cinq ans, un tiers des fumeurs abstinents prendrait plus de 10 kg. En pratique, l'arrêt du tabagisme doit être préparé et encadré par un professionnel, mais en l'absence de preuves aucune intervention médicamenteuse ne peut être recommandée pour antagoniser la prise de poids [6].

2.2. Les conséquences de l'obésité

2.2.1. Relation entre IMC et mortalité

L'obésité est définie par un seuil d'IMC supérieur ou égal à 30. Il s'agit de la valeur d'IMC à partir de laquelle différentes études ont montré une augmentation significative du risque de mortalité et de morbidité. Ainsi, deux études récentes de 2006 [57] et 2009 [56] [57], portant sur de grandes cohortes de patients, ont montré ce risque de mortalité accrue pour un IMC supérieur à 25, principalement dû aux maladies cardio-vasculaires, aux complications du diabète, aux complications rénales et hépatiques, aux néoplasies en rapport avec l'excès de masse grasse et aux troubles respiratoires. L'étude de 2009 [57], montre que pour des IMC compris entre 30 et 35 et entre 40 et 45, la médiane de survie est réduite respectivement de 2 à 4 ans et de 8 à 10 ans. La figure 2 montre une relation en "J" entre l'IMC et la mortalité.

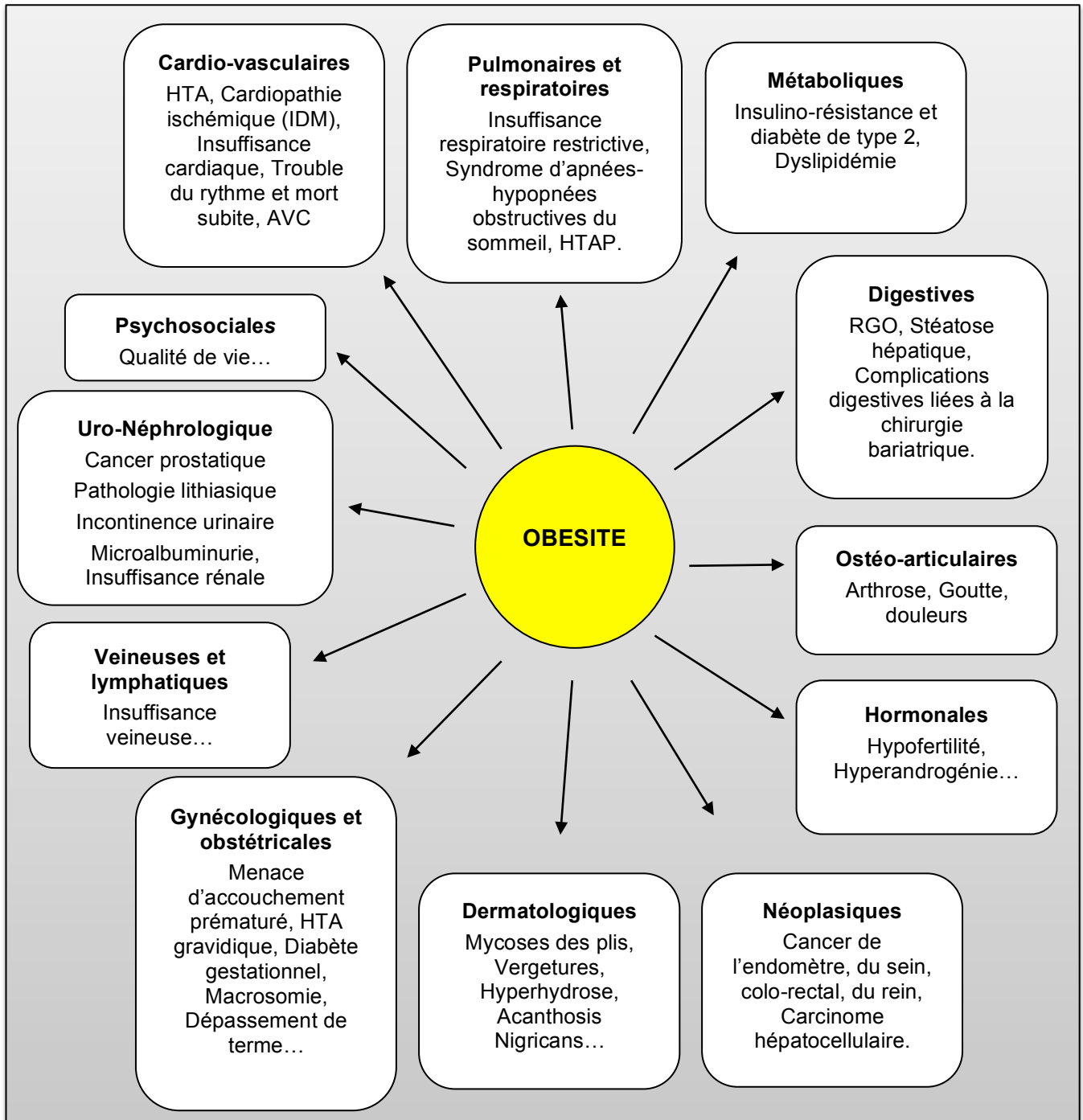


(IMC : indice de masse corporelle)

Figure 3 : Relation entre l'indice de masse corporelle et la mortalité
(source : OMS [1])

2.2.2. Les principales pathologies associées à l'obésité

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 prématuré à plusieurs maladies ayant des effets indésirables sur la qualité de vie. Cette multiplicité de complications explique l'importance et la nécessité de prendre en charge de façon précoce les patients obèses [6][8]. La figure 4 présente les principales complications associées à l'obésité.



(HTA : hypertension artérielle, IDM : infarctus du myocarde, AVC : accident vasculaire cérébral, HTAP : hypertension artérielle pulmonaire, RGO : reflux gastro-oesophagien)

Figure 4 : Principales complications associées à l'obésité
(source : Thèse P. Fayemendy [8])

2.2.3. Le retentissement sur la qualité de vie

La qualité de vie est synonyme de bien-être, de satisfaction de vie qu'il faut aborder sous différentes facettes : l'état physique (autonomie, capacités physiques), les sensations somatiques (douleur), l'état psychologique (dépression), et le statut social. Elle est fortement altérée en cas d'obésité, et plus l'obésité est sévère, plus elle est altérée [6].

La gêne physique est souvent perçue comme un vrai handicap, tant au niveau social que professionnel, et peut être à l'origine d'une discrimination importante. La douleur semble être un élément central de l'altération de la qualité de vie et retentit dans toutes les autres dimensions psychiques, sociales et économiques.

Au niveau psychologique, les symptômes les plus souvent retrouvés sont une perte de confiance en soi, une perte d'estime de soi et une tendance au repli sur soi avec pour conséquence l'isolement voire l'exclusion.

Au niveau économique, les patients obèses sont plus défavorisés en raison de difficultés d'intégration professionnelle secondaires à une sous-estimation des capacités, liée à la fois à une baisse d'estime de soi significative au niveau personnel et à une réelle stigmatisation au niveau collectif.

La stigmatisation est définie par W. Cahnman comme le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale [46]. Elle semble être fortement liée au culte actuel de la minceur et au discours médical ambiant qui fait de l'obésité un problème de santé publique. En découle un certain nombre d'attitudes négatives à l'égard des sujets obèses qui peuvent se transformer en véritables discriminations sociales ou professionnelles [46].

Au niveau social, les personnes obèses sont souvent victimes de discrimination. De plus, des difficultés d'insertion dans les lieux communs, avec un équipement souvent inadapté (transports en communs, salles de spectacle, salles d'attente), constituent un obstacle supplémentaire [6].

L'évaluation de la qualité de vie doit être systématique lors de la PEC du patient obèse afin d'évaluer l'impact du traitement. Les échelles spécifiques d'évaluation semblent être le plus adapté pour cette population dont les difficultés se situent dans différents domaines de la vie. Par exemple, en France, l'échelle « qualité de vie, obésité et diététique » (EQVOD) [58] a été développée en 2005 avec 36 items regroupés en cinq dimensions : impact physique, impact psychosocial, vie sexuelle, bien-être alimentaire et vécu du traitement diététique.

3. La prise en charge de l'obésité en médecine générale

3.1. Les enjeux et missions du médecin généraliste

Le MG est placé au cœur des politiques de santé publique menées en France pour l'amélioration de l'état nutritionnel de la population [5]. Le but est d'augmenter l'offre de soins et l'accessibilité à tous. En termes de population cible et de coûts de santé publique le recours à la médecine générale est le moyen le plus exhaustif de prendre en charge l'obésité tout en renforçant la qualité des soins. L'augmentation de la prévalence de l'obésité au cours des dernières années a concerné particulièrement les populations défavorisées dont l'accès aux soins de spécialité est limité [2][6]. La médecine générale a ceci de particulier qu'elle offre sans discrimination d'âge, de sexe ou de motif la possibilité de consulter à toute personne qui en ressent le besoin. Elle a donc un rôle clé car elle constitue le premier maillon dans le système de soins et le MG reste bien souvent le seul interlocuteur des patients qui souffrent d'obésité.

Le MG a pour rôle le dépistage précoce et la stratégie coordonnée de soins des sujets obèses en incluant une dimension sociale [7]. Son objectif est de tendre vers l'amélioration du pronostic évolutif de la maladie, en limitant l'évolution de la corpulence et en prenant en compte les comorbidités associées qui sont dominées par le diabète et l'HTA, les maladies cardio-vasculaires et respiratoires, les atteintes articulaires sources de handicap et certains cancers. L'obésité retentit également sur la qualité de vie, elle est à l'origine de stigmatisation et de discrimination. C'est une source d'inégalité sociale de santé [2].

Dans la PEC de l'obésité les cinq fonctions de la médecine générale sont à l'œuvre : accès de premier recours, approche globale, éducation, continuité et coordination des soins, santé publique au travers du dépistage et de la prévention comme l'illustre la figure 5.



Figure 5: Compétences du médecin généraliste
(source : Collège National des Généralistes Enseignants [59])

3.2. Le bilan de l'obésité

Le MG a pour rôle d'évaluer le risque lié à l'obésité et d'établir un diagnostic thérapeutique.

3.2.1. Les mesures de base en pratique clinique

Indice de masse corporelle (IMC)

En pratique clinique, l'obésité est définie à partir d'un indice de corpulence prenant en compte le poids et la taille.

Cet indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quételet est le rapport du poids (exprimé en kg) sur le carré de la hauteur (en m).

$$\text{IMC} = \text{Poids} / \text{Taille}^2 \text{ (en kg/m}^2\text{)}$$

Une toise et une balance sont nécessaires et suffisantes pour mesurer ces deux paramètres. Il ne faut pas se contenter du poids et de la taille rapportés par le sujet car différentes études indiquent une tendance à la surestimation de la taille et à la sous-estimation du poids [6].

Pour simplifier la mesure de l'IMC, des abaques dispensent du recours au calcul.

Cet outil, dont la figure 6 présente une version, a été diffusé à l'ensemble des personnels de santé dans le cadre du programme national nutrition santé [6][5].



Figure 6: Outil de calcul de l'indice de masse corporelle
(source : PNNS [5])

L'interprétation de l'IMC chez l'adulte selon les recommandations de l'OMS est donnée par le tableau 5.

Tableau 5 : Interprétation de l'indice de masse corporelle chez l'adulte
(source : OMS [1])

IMC	Interprétation	Risque de morbidité associée
< 16,5	Dénué	Accru
16,5 à 18,4	Maigre	Faible
18,5 à 24,9	Corpulence normale	Moyen
25 à 29,9	Surpoids	Accru
30 à 34,9	Obésité 1 : modérée	Modéré
35 à 39,9	Obésité 2 : sévère	Important
≥40	Obésité 3: morbide ou massive	Très important

(IMC : indice de masse corporelle)

L'IMC est devenu la référence internationale pour définir l'obésité pour la pratique clinique et épidémiologique.

Cependant, l'IMC a ses limites [6] :

- il ne permet pas de distinguer le poids associé à la masse musculaire de celui associé au tissu adipeux, et par conséquent ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité ou au même risque associé, d'un individu ou d'une population à l'autre ;
- son interprétation est indépendante de l'âge et analogue pour les deux sexes mais on sait que le pourcentage de masse grasse augmente avec l'âge jusqu'à 60-65 ans et est plus important chez la femme que chez l'homme pour un même IMC ;
- après 65 ans il y a débat sur la définition de l'obésité ;
- le risque de morbidité associé à un $IMC \geq 30$ peut être modifié par toutes sortes de facteurs, notamment par la nature du régime alimentaire, le groupe ethnique et le degré d'activité.

Cependant, on peut considérer que l'IMC offre la mesure de l'obésité la plus utile dans une population, même si elle est grossière. Les valeurs d'IMC doivent être interprétées avec prudence si l'on a besoin d'évaluer la masse grasse. Pour calculer le risque de morbidité associée à l'obésité, il est important de connaître à la fois l'IMC et la répartition de la masse grasse.

Mesure du tour de taille

Les risques liés à l'obésité dépendent non seulement de l'importance du tissu adipeux, mais aussi de sa répartition en particulier abdominale, péri-viscérale. L'excès de dépôts adipeux abdominaux est associé à une prévalence accrue de maladies métaboliques et vasculaires [6].

Ainsi, on distingue grossièrement l'obésité androïde ("forme de pomme") constituée d'un excès de masse grasse au niveau abdominal, de l'obésité gynoïde ("forme de poire") dont la graisse est localisée au niveau des hanches et des cuisses et qui sera un facteur de risque moins important pour la santé [60].

On définit classiquement l'excès d'adiposité abdominale par le tour de taille; il est l'indice anthropométrique le plus simple pour l'évaluer. En pratique clinique, la circonférence de taille, est mesurée à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque, avec un mètre ruban placé à l'horizontale, à la fin d'une expiration normale [7]. La figure 7 représente la zone de mesure du tour de taille.

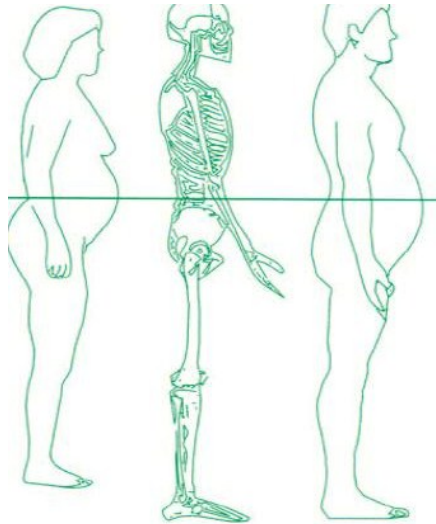


Figure 7 : Mesure du tour de taille
(source : HAS [7])

Pour l'OMS [1], un tour de taille situé au-delà de 88 cm chez les femmes et 102 cm chez les hommes est considéré comme un facteur de risque cardio-vasculaire et d'insulino-résistance. Il est important de souligner que le tour de taille est associé positivement à la mortalité, même chez les personnes d'IMC normal.

Un rapport tour de taille/tour de hanches élevé ($>1,0$ chez l'homme et $>0,85$ chez la femme) indique une accumulation de graisse au niveau de la ceinture abdominale. Toutefois, des données récentes laissent à penser que le périmètre abdominal seul constitue un indicateur plus commode pour le dépistage initial et permet à lui seul d'identifier les sujets présentant un risque accru de pathologies liées à l'obésité [6].

Pour évaluer le risque de morbi-mortalité, il semblerait que la combinaison des deux mesures, IMC et tour de taille, fournit une meilleure estimation du risque lié à l'obésité car l'IMC dépend avant tout de la masse maigre et de la masse adipeuse sous-cutanée et le tour de taille dépend avant tout de la masse adipeuse intra-abdominale. Le tableau 6 représente le niveau de risque en fonction de ces deux paramètres.

Tableau 6 : Niveau de risque de morbi-mortalité associé au tour de taille et à la corpulence chez l'homme et chez la femme

(source : Quilliot [45])

IMC (kg/m ²)	TT < 88 cm (femme) TT < 102 cm (homme)	TT ≥ 88 cm (femme) TT ≥ 102 cm (homme)
18,5 - 24,9	Peu élevé	Elevé
25 - 29,9	Peu élevé	Elevé
30 - 34,9	Elevé	Très élevé
35 - 39,9	Elevé	Très élevé
> 40	Très élevé	Extrêmement élevé

(IMC : indice de masse corporelle, TT : tour de taille)

Définition de l'obésité aux âges extrêmes

Chez l'enfant il n'est pas possible d'utiliser une approche identique à celle suivie chez l'adulte car on ne peut pas se référer à une valeur unique d'IMC. Arbitrairement, il a été fixé un seuil définissant l'obésité pour des valeurs supérieures au 97^{ème} percentile de la distribution de l'IMC pour une classe d'âge [6]. Il convient donc de se référer aux courbes de corpulence du carnet de santé variant selon l'âge et le sexe.

Chez le sujet âgé de plus de 65 ans, il n'existe pas à l'heure actuelle de définition de l'excès de poids et de l'obésité. La corpulence associée au plus faible taux de mortalité semble plus élevée chez le sujet âgé (IMC entre 25 et 32), néanmoins, le vieillissement augmente le risque de complications chez le sujet obèse. Même si l'obésité massive retentit sur la qualité de vie, la situation respiratoire et articulaire et augmente le risque de morbi-mortalité des patients âgés au niveau métabolique et vasculaire, le facteur de risque majeur à cette période de la vie reste néanmoins la sarcopénie. L'amaigrissement du sujet âgé peut être dangereux en dehors de situations cliniques spécifiques [6][61].

3.2.2. L'histoire pondérale

Le MG en attend des informations cruciales pour l'analyse des déterminants de l'obésité et pour fixer des objectifs thérapeutiques.

Il est classique de faire débiter l'histoire de l'obésité par la prise initiale de poids, en réalité, il faut identifier une phase préclinique quasiment silencieuse, en dehors de signes évocateurs tels que la précocité du rebond pondéral chez l'enfant. Puis survient la phase clinique initiale qui correspond aux premières manifestations de dérivation pondérale et qui aboutit selon une cinétique variable au stade d'obésité constituée. La phase suivante, « en plateau », est celle de la stabilisation du poids au cours de laquelle la maladie s'inscrit dans la durée en l'absence d'intervention sur les déterminants de l'obésité. Vient ensuite la phase de perte pondérale, induite médicalement ou non et qui malheureusement, dans un nombre important de cas se solde par un échec, on parle alors de récurrence et de résistance au traitement [6].

La courbe de corpulence sera reconstituée en s'appuyant sur le carnet de santé (poids de naissance, âge du rebond d'adiposité), les consultations antérieures, celles de médecine du travail, certains événements marquants tels que le mariage, le service militaire, les grossesses et les données sur l'histoire pondérale plus récente. Ainsi, on s'attachera à repérer l'âge des premières manifestations de dérivation pondérale et l'ancienneté de l'obésité. La durée de l'obésité est un élément majeur dans la physiopathologie de certaines complications ; il faut environ 20 ans pour qu'apparaissent un diabète de type 2 ou une maladie coronarienne chez les sujets prédisposés. Les antécédents familiaux et la précocité de la maladie sont des éléments de présomption en faveur d'une prédisposition génétique [6][45].

Les circonstances déclenchant ou aggravant la prise de poids les plus fréquentes sont l'arrêt de l'activité sportive, les événements hormonaux (puberté, ménopause, grossesse), les événements émotionnels ou affectifs (dépression, deuil), les changements d'environnement relationnel ou professionnel (mariage, divorce, déménagement, perte d'emploi), les interventions chirurgicales, le sevrage tabagique, certains traitements médicamenteux (corticoïdes, neuroleptiques, insuline), parfois une pathologie organique [7]. Il faut également rechercher les régimes entrepris et les autres interventions thérapeutiques mises en œuvre y compris la chirurgie, le poids minimum et le poids maximum, le poids le plus bas maintenu durablement dans des conditions acceptables, le nombre et l'amplitude des fluctuations pondérales (syndrome yo-yo) [6].

3.2.3. L'analyse des habitudes de vie

L'analyse du comportement alimentaire ou enquête alimentaire est évidemment le temps essentiel du bilan et est au mieux réalisée par un diététicien [45]. Elle est généralement trop focalisée sur un décompte calorique, ce qui est une erreur : il faut débiter par une étude détaillée des aspects comportementaux car c'est à travers eux que peut s'établir un conseil diététique cohérent. Le but est d'évaluer le choix des aliments, les

quantités consommées, les procédés de cuisson et d'assaisonnement, la densité calorique des aliments, la taille des portions, les prises alimentaires en dehors des repas, de reconnaître les circonstances déclenchant les prises alimentaires (faim, appétit, troubles de l'humeur, sollicitation de l'environnement, stress), d'analyser le contexte nutritionnel (nombre de repas, lieu et horaire, usages familiaux, sociaux et culturels). Il est important d'appréhender les capacités du sujet à évaluer ses habitudes et de reconnaître les désordres du comportement alimentaire, pas toujours apparents mais fréquents et dominés par des compulsions ou des grignotages. On peut retenir que les prises alimentaires en dehors des repas constituent la principale source d'excès calorique [6].

L'analyse de l'activité physique permettra d'estimer grossièrement si un sujet est inactif, modérément actif ou franchement actif. Le but est avant tout de repérer les comportements sédentaires associés à certaines activités (télévision, ordinateur, internet, téléphone, trajet en voiture, etc) [6].

3.2.4. Le bilan des comorbidités associées et des complications spécifiques

Les conséquences de l'obésité doivent être recherchées de façon exhaustive [7].

- Somatiques : HTA, dyspnée d'effort, angor, apnées du sommeil, douleurs articulaires, macération des plis et mycose, insuffisance veineuse, incontinence urinaire, anomalies du cycle menstruel, signes orientant vers la présence d'un cancer.

- Psychologiques : troubles anxio-dépressifs, perte de la libido, troubles du comportement alimentaires secondaires à l'obésité

- Sociales : Difficultés à l'embauche, arrêts de travail, perte de travail, discrimination, stigmatisation, isolement, altération de la qualité de vie.

Le bilan biologique initial recommandé par la HAS [7] comporte donc : cholestérol total, triglycérides, cholestérol-HDL, cholestérol-LDL et glycémie à jeun chez les sujets âgés de plus de 45 ans. Certains [45] préconisent de réaliser un bilan hépatique et le dosage de TSH, mais la HAS insiste sur le fait qu'en l'absence de signes en faveur d'une hypothyroïdie, il n'y a pas d'indication à faire ce dosage. Au niveau paraclinique, il faut au minimum la prise tensionnelle [7]. D'autres [48] ajoutent à cela un ECG et un dépistage de SAOS en cas de signes d'appel.

3.3. La mise en place du projet thérapeutique

3.3.1. L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique, définie comme l'aide apportée aux patients et à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en

charge leur état de santé et conserver ou améliorer la qualité de vie, fait partie intégrante de la PEC de l'obésité par le MG. Elle vise à apprendre au patient à résoudre des problèmes thérapeutiques personnels en mobilisant ses connaissances et ses affects [6]. L'InVS [62] montre que des programmes d'éducation thérapeutique dans l'obésité peuvent donner des résultats probants.

Sur le plan formel, il existe quatre étapes de l'éducation thérapeutique [45] [63].

- Élaborer un diagnostic éducatif : le clinicien doit apprécier les raisons et motivations du patient, les tentatives précédentes et leur degré de réussite, la perception qu'a le patient du rapport bénéfice-risque du traitement qui lui a été proposé, sa disponibilité et le temps qu'il va y consacrer, l'aide qu'il peut attendre de sa famille et de son entourage, les obstacles au changement et les difficultés, par exemple financières.
- Définir un programme personnalisé avec priorités d'apprentissage : les actions peuvent concerner la diététique, les comportements ou porter sur l'activité physique.
- Planifier et mettre en œuvre de façon individuelle ou collective les activités éducatives structurées : atelier diététique, travail sur l'estime de soi et la confiance en soi, redécouverte du corps, réentraînement à l'effort, etc.
- Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

Les parties développées dans la suite de ce chapitre s'inscrivent dans la démarche de soins du MG selon les principes de l'éducation thérapeutique.

3.3.2. L'analyse d'une demande d'amaigrissement

Toute demande d'amaigrissement traduit une souffrance. De nature physique, elle est souvent proportionnelle au degré d'obésité : les comorbidités et la gêne fonctionnelle sont fréquentes, en particulier la dyspnée d'effort, l'hypersudation, la somnolence diurne et les gonalgies. De nature psychique, elle peut être indépendante du degré de surpoids, elle est en relation avec les représentations du corps, le désir d'un autre corps ou traduit l'impact de la pression sociale, de la « norme » [6].

Afin d'explorer la nature réelle de la demande d'amaigrissement du patient le MG dispose d'une question simple : « pourquoi voulez-vous maigrir ? ». Cette question montre que l'évaluation médicale n'est pas un jugement subjectif sur la corpulence, elle permet une écoute personnelle libérée des lieux communs sur le « gros ». Il faut aider la personne à clarifier ce qu'exprime ou ce que cache cette demande : conformité sociale, mal-être physique ou psychologique, inquiétude pour la santé, etc. L'exploration de cette demande va permettre au médecin d'asseoir sa démarche de soins et va être source d'alliance thérapeutique [6].

Les raisons de la consultation d'une personne obèse en médecine générale ne sont pas nécessairement de perdre du poids [64]. Le MG est souvent confronté à des patients qui ne se sentent pas vraiment malades [28] ou qui ne croient plus à l'efficacité des régimes et qui ont pourtant une ou des comorbidités justifiant une perte pondérale [45]. Dans ce cas, c'est au MG qu'incombe la responsabilité d'aborder le problème du poids. Son rôle est alors d'évaluer les risques, d'établir un diagnostic thérapeutique et de mettre en place un travail sur la motivation. Le MG peut utiliser la technique de la phrase d'incitation : « avez-vous envisagé de perdre du poids ? » mais il faut choisir le bon moment. Le fait que le suivi des patients se fait dans la durée en médecine générale, offrira probablement une opportunité d'aborder la question de l'excès de poids dans des conditions optimales [6].

3.3.3. Les objectifs du projet thérapeutique

S'agissant d'une maladie chronique, le projet thérapeutique doit s'inscrire dans la durée et tenir compte des antécédents, du stade évolutif de la maladie, des possibilités individuelles et du retentissement principal de l'obésité. Les objectifs thérapeutiques sont donc nécessairement individualisés, définis et discutés avec le patient en fonction de l'évaluation clinique initiale, et doivent être ajustés au cours du suivi [6].

L'objectif prioritaire du MG est de soulager, dans la mesure du possible, les symptômes gênants immédiatement accessibles afin de restaurer au mieux l'état somatique et d'améliorer la qualité de vie du patient.

Le deuxième objectif, est de dépister et de traiter certains troubles du comportement alimentaire ou des difficultés psychologiques.

Le dernier objectif, à discuter avec le patient est l'objectif et les possibilités de perte pondérale. Le médecin doit tenir compte des déterminants du problème pondéral et des expériences thérapeutiques antérieures pour éviter que ne se répètent les échecs. La perte pondérale de 5 à 10% du poids initial est un objectif réaliste dans la majorité des cas et permet une amélioration de l'état de santé [7] :

- amélioration du profil glucidique et lipidique ;
- diminution du risque d'apparition de diabète de type 2 ;
- réduction du handicap lié à l'arthrose ;
- réduction de la mortalité toutes causes confondues (notamment par cancer et diabète) ;
- diminution de la pression sanguine ;
- amélioration des capacités respiratoires

Selon l'OMS, il existe quatre stratégies thérapeutiques d'importance décroissante : la prévention de la prise de poids, la stabilisation pondérale, le traitement des comorbidités et





enfin la perte pondérale [1]. La stratégie thérapeutique recommandée par la HAS [7] est définie par la sévérité de l'obésité et la présence ou non de complication. Elle est présentée par le tableau 7.

Tableau 7 : Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités.

(source : HAS [7])

IMC (kg/m ²)	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Elevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	
25-30			
30-35			
35-40			
> 40			

(IMC : Indice de masse corporelle)

-  **Surpoids simple** : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)
-  **Surpoids avec tour de taille élevé** : conseils diététiques et d'activité physique (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)
-  **Obésité grade 1 et 2 ou surpoids avec comorbidités** : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids de 5 à 15%)
-  **Obésité grade 3 ou obésité grade 2 avec comorbidités** : conseils diététiques et d'activité physique, approche psychologique. Considérer la chirurgie bariatrique (objectif : réduire le poids)

Quelle que soit la stratégie choisie, le thérapeute doit garder à l'esprit la grande fréquence des reprises de poids après amaigrissement. Le patient doit en être informé et le médecin l'admettre. Tout doit être fait pour éviter le fameux syndrome de yo-yo. La stabilisation du poids après la perte de poids est l'objectif primordial [60][65][45].

3.3.4. Le trépied de la prise en charge de l'obésité

3.3.4.1. Conseils nutritionnels

Le conseil nutritionnel est personnalisé lors d'un entretien individuel. Il s'agit d'un acte thérapeutique qui se fonde sur les bases physiopathologiques et connaît des effets secondaires. Lorsqu'un amaigrissement est envisagé, le conseil nutritionnel vise à diminuer la ration énergétique en orientant le patient vers une alimentation de densité énergétique moindre et un contrôle de la taille des portions [7][6]. Il est utile de rappeler les conseils pour une alimentation équilibrée et diversifiée valable pour l'ensemble de la population : manger au moins cinq fruits et légumes par jour, augmenter la part des amidons, réduire la part des lipides, consommer du sel en quantité raisonnable, assurer des apports suffisants en fer, calcium et vitamine D, limiter les calories des boissons [5]. Voici quelques conseils de bon sens pour diminuer les apports énergétiques [45]:

- limiter les aliments à forte densité calorique, riches en lipides ou en sucres simples et les boissons sucrées ou alcoolisées ;
- choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau ;
- contrôler la taille des portions ;
- diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout, pour assurer un équilibre entre les macronutriments et un apport suffisant en micronutriments ;
- manger suffisamment à l'occasion des repas, ne pas manger debout mais s'asseoir bien installé à une table, si possible dans la convivialité (le patient ne doit pas se désocialiser et s'isoler pour prendre ses repas);
- structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, trois repas principaux et une collation éventuelle), ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages extraprandiaux favorisés par la faim (il faut que le patient retrouve un rythme alimentaire, avec un temps pour manger et un temps sans manger) ;
- détecter une éventuelle tachyphagie dont le sujet n'est habituellement pas conscient, mais que signale l'entourage ;
- reconnaître et lever les tabous alimentaires, les fausses idées, source de frustration et de désinhibition (chocolat) ;
- rassurer le sujet quant à son droit au plaisir alimentaire, la convivialité des repas est souhaitable.

Une priorité est d'aider le patient à identifier les signaux internes, les sensations physiologiques, pour mieux analyser les facteurs initiateurs, facilitateurs et interrupteurs de la

prise alimentaire. Il faut qu'il apprenne à reconnaître ce qu'est vraiment la faim (creux à l'estomac, baisse d'énergie), afin de la différencier de l'envie de manger (plaisir, moyen de calmer une tension, sentiment de culpabilité). De la même façon, le patient doit apprendre à reconnaître le rassasiement qui correspond à la capacité de s'arrêter de manger lorsque la faim est inhibée [6]. Le patient doit réussir à identifier ce qui a déclenché l'envie : fatigue, tristesse, courses, odeur, régime trop strict, afin de mieux les éviter en contournant la situation à risque. La gestion des « situations à risque » (courses, repas de famille, restaurant) doit également faire partie du conseil diététique : organiser ses achats par une liste de course et une liste de menus pour la semaine, éviter de stocker trop de denrées alimentaires chez soi, lors des invitations privilégier les apéritifs les moins caloriques, ne pas se resservir lors des repas conviviaux, manger lentement [6].

La prescription de « régime » au sens classique du terme n'est pas obligatoire, elle peut même être délétère chez certains patients qui se trouvent en restriction cognitive et ont déjà largement expérimenté ce type d'approche [45]. Il est important de lutter contre les effets de la restriction cognitive. En effet, la succession de régimes stricts et rigides est non seulement la cause de rebonds pondéraux aggravant l'obésité, mais est encore susceptible d'engendrer ou d'aggraver des troubles du comportement alimentaire, en particulier une impulsivité alimentaire [47]. Lorsqu'un régime est envisagé pour une réduction pondérale, afin d'obtenir un bilan énergétique négatif, la prescription la plus utilisée, car suffisamment efficace et facile à suivre, est de proposer une alimentation équilibrée en glucides, lipides et protéines mais modérément hypocalorique, réduite de 15 à 30% par rapport aux besoins calculés du sujet. Le déficit énergétique souhaité est de 500 ou 600 kcal par jour. Se référer aux besoins énergétiques calculés du sujet évite une restriction alimentaire trop sévère par sous-estimation des apports alimentaires habituels du sujet. D'autres approches sont possibles dont la validité est discutée car à moyen terme aucun régime « pauvre en ou riche en ... » n'a fait la preuve de son intérêt [45][43].

3.3.4.2. Conseils d'activité physique

L'objectif principal du MG est d'amener les patients obèses à un niveau approprié d'activité physique dans la vie de tous les jours, en repérant les comportements sédentaires et en essayant de rendre le mode de vie de plus en plus actif. Les effets bénéfiques sont nombreux : conservation de la masse maigre, mobilisation du tissu adipeux viscéral, augmentation de la mobilisation et de l'oxydation des lipides, amélioration du contrôle de l'appétit, effets métaboliques favorables sur la sensibilité à l'insuline, le contrôle glycémique ou le profil lipidique plasmatique, sans oublier l'estime de soi et la sensation de bien-être [45]. De plus, l'association régime et programme d'activité physique permet une perte de poids supérieure à celle résultant du régime seul et limite la reprise de poids après

amaigrissement [6]. Le tableau 8 présente les objectifs à conseiller en fonction d'activité physique des patients.

Tableau 8 : Objectifs pédagogiques pour la promotion de l'activité physique en fonction de la pratique habituelle du sujet

(source : Quilliot [45])

Groupe	Objectif
Sujets sédentaires	30 minutes d'activités physiques modérées 1 à 2 fois par semaine
Sujets actifs mais irréguliers dans leur pratique	30 minutes 5 jours par semaine
Sujets régulièrement actifs	Maintenir l'activité et l'augmenter progressivement
Sujets très actifs	Au moins trois séances par semaine, énergique et de plus 20 minutes chacune. Favoriser les activités sportives

Selon les recommandations de la HAS [7], les conseils d'activité physique englobent notamment les loisirs, les déplacements (marche, vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte familial ou communautaire. L'activité physique doit être présentée comme indispensable au même titre que le sommeil ou l'hygiène corporelle. Les patients doivent être encouragés à tendre vers au moins 150 minutes (2h30) par semaine d'activité physique d'intensité modérée. Cette activité physique peut être fractionnée en une ou plusieurs sessions d'au moins 10 minutes. Pour en retirer un bénéfice supplémentaire pour la santé, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité physique d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes (5h) par semaine ou pratiquer 150 minutes d'activité d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue. L'évaluation du risque cardio-vasculaire global doit être réalisée avant la reprise d'une activité physique et peut justifier un avis cardiologique.

Le type d'activité doit être expliqué et négocié avec le patient en fonction de ses possibilités et de sa motivation. La marche est l'exemple type d'activité physique qui peut être recommandée pour la population générale mais également pour les patients obèses. En

pratique clinique, le MG peut s'appuyer sur l'utilisation d'un podomètre (compteur de mouvement en nombre de pas effectués par un sujet) car il s'agit d'un outil simple d'évaluation de l'activité ambulatoire dans la vie quotidienne. Son utilisation permet une auto-évaluation par les patients eux-mêmes du nombre de pas effectués quotidiennement, aider à fixer des objectifs réalistes en fonction de chaque personne et surveiller les effets obtenus. Bien qu'il n'y ait encore que peu de données publiées, un seuil de 10 000 pas par jour est souvent évoqué comme associé à un effet favorable sur l'état de santé [48]. Le MG doit encourager et valoriser tout nouvel effort par rapport à la situation antérieure. Il peut avoir recours à un professionnel en activités physiques adaptées en cas d'objectif thérapeutique initial non atteint ou en cas de demande du patient [7].

Le tableau 9 est issu de la fiche pratique de conseils d'activité physique de la HAS [66], destinée aux MG.

Tableau 9 : Exemples d'activités physiques (marche, vie quotidienne, loisirs, sports) en fonction de leur intensité.

(source : Société Française de Nutrition, 2005 [66])

Intensité	Durée	Exemples d'activités
Faible	45 minutes	<p>Marche lente (4 km/h)</p> <p>Laver les vitres ou la voiture, faire la poussière, entretien mécanique</p> <p>Pétanque, billard, bowling, Frisbee, voile, golf, volley-ball, tennis de table (en dehors de la compétition)</p>
Modérée	30 minutes	<p>Marche rapide (6 km/h)</p> <p>Jardinage léger, ramassage de feuilles, port de charges de quelques kg</p> <p>Danse de salon</p> <p>Vélo ou natation « plaisir », aquagym, ski alpin</p>
Élevée	20 minutes	<p>Marche en côte, randonnée en moyenne montagne</p> <p>Bêcher, déménager</p> <p>Jogging (10 km/h), VTT, natation « rapide », saut à la corde, football, basketball, sports de combat, tennis (en simple), squash</p>

Les durées mentionnées de façon indicative sont celles correspondant à un volume d'activité physique équivalent à 30 minutes d'activité d'intensité modérée.

3.3.4.3. PEC psychologique

Il est recommandé d'avoir une approche psychologique pour les patients en situation d'obésité [7]. Elle peut être réalisée par le MG et complétée si nécessaire par une PEC spécialisée, en particulier en cas de trouble du comportement alimentaire ou de trouble dépressif. Toutes les approches favorisant la relation médecin-patient et l'aptitude au changement peuvent être prises en compte, mais les techniques comportementales ou cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité [6][7].

La thérapie cognitivo-comportementale est principalement centrée sur le présent et postule que les émotions et les comportements sont déterminés par l'interprétation que les individus donnent à un événement plus que par l'événement lui-même. Elle utilise l'auto-surveillance des conduites alimentaires par l'usage du **carnet alimentaire** ce qui permet au patient d'observer son comportement alimentaire. Le patient doit indiquer les heures, le type et la quantité d'aliments et de boissons consommés et coter leur vitesse d'ingestion. Il doit également indiquer le contexte de la prise alimentaire : seul, en groupe, le lieu. Cette tâche doit permettre au patient de prendre conscience de son comportement et de reconnaître les situations ou les cognitions qui déclenchent des réponses inappropriées et leurs conséquences émotionnelles ou cognitives. A partir de ce carnet, les objectifs à atteindre, de façon progressive, sont la restructuration des rythmes alimentaires, la redéfinition de ce qu'est un repas, l'identification des déclencheurs des grignotages ou « crises », la mise en évidence du lien entre émotions et comportement alimentaire afin d'effectuer une restructuration cognitive qui doit permettre au patient de mieux gérer son fonctionnement en matière d'alimentation. Petit à petit, des stratégies alternatives, que la personne doit trouver par elle-même, seront mises en place avec le soutien de l'équipe thérapeutique. La PEC en groupe est ici particulièrement intéressante car le sujet peut échanger avec des personnes qui connaissent les mêmes problèmes [6][45].

Bien que ces thérapies soient l'affaire de spécialistes, l'usage du carnet alimentaire est possible par tous les professionnels de santé y compris les MG [66].

3.3.5. Le traitement médicamenteux

La PEC de l'obésité peut parfois faire appel à un traitement médicamenteux [67][45][6]. Il est réservé aux sujets obèses ou en surpoids (IMC > 27) lorsqu'il existe des comorbidités sévères (diabète de type 2, HTA, dyslipidémie, etc). Le seul médicament actuellement disponible est l'orlistat ou tétrahydrolipstatine (Xénical®). Il s'agit d'un inhibiteur puissant des lipases gastriques et pancréatiques qui entraîne une baisse de l'absorption des lipides de 30% et une stéatorrhée de 20 à 30 g par jour. La dose optimale est de 120 mg à chaque repas, trois fois par jour. Il est recommandé de suivre un régime hypocalorique et hypolipidique afin d'éviter les effets indésirables digestifs, secondaires à la stéatorrhée (inconfort digestif, selles grasses, selles impérieuses, incontinence fécale). Le rôle initial de l'orlistat est de favoriser la perte de poids mais son intérêt principal est de favoriser la stabilité pondérale à moyen terme. Il devrait donc idéalement être prescrit au long cours. Il est délivré sur ordonnance mais n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie et reste très onéreux (environ 120 euros par mois) ce qui peut être un obstacle à la poursuite du traitement pour de nombreux patients. Le traitement n'est maintenu que pour les sujets répondeurs, si possible au moins six mois, au mieux deux ans voire davantage.

3.3.6. La recherche d'adhésion au traitement

L'obésité est une maladie chronique à rechute, elle n'a pas une cause métabolique mais environnementale et face aux nombreuses tentations, certains patients renoncent à leurs résolutions en terme d'alimentation et d'activité physique [6]. Ce phénomène de non-adhésion aux recommandations médicales peut être la conséquence de contraintes psychologiques qui empêchent les patients de s'en tenir à leurs résolutions. Le modèle trans-théorique du changement élaboré par Prochaska et DiClemente propose un outil d'aide au changement des comportements de dépendance qui peut être appliqué à la PEC de l'obésité. Il est représenté dans la figure 8.

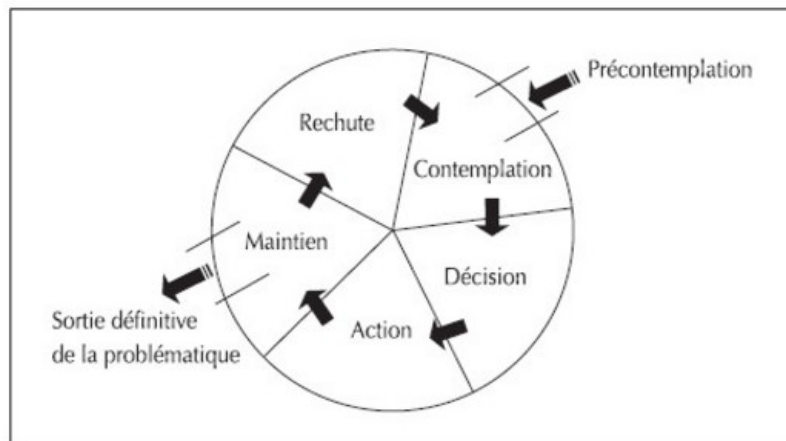


Figure 8 : Stades du changement de Prochaska et DiClemente
(source : Prochaska et DiClemente [68])

Ce modèle se compose en six stades [68]. L'utilisation de stratégies thérapeutiques adaptées, peut être faite par le MG à chaque étape afin d'aider le patient dans son processus de changement :

- **Pré-contemplation** : déni du trouble ou de la maladie. Le patient n'a pas conscience des conséquences négatives de son comportement, ou les croit insignifiantes et n'a pas l'intention de changer durant les six mois à venir. Stratégie : faire prendre conscience au patient des risques encourus et des problèmes que lui occasionne son comportement. Semer le doute.
- **Contemplation** : le patient reconnaît les effets bénéfiques d'un changement mais n'est pas prêt à changer sous 6 mois. Stratégie : discuter des avantages et des désavantages d'un changement ainsi que des avantages et des désavantages du statu quo.
- **Préparation** : le patient a décidé d'opérer un changement dans les 30 jours à venir et a déjà franchi de petites étapes dans ce sens. Stratégie : aider le patient à déterminer les pas, les actions qu'il veut prendre.

- **Action** : le patient à ce stade s'est engagé dans des modifications de ses troubles comportementaux et a acquis de nouveaux comportements bénéfiques pour la santé. Stratégie : aider le patient à effectuer ces premiers pas.
- **Maintenance** : le patient de ce stade a été capable de maintenir ces changements durant au moins six mois et fait des efforts pour prévenir la rechute. Stratégie : aider le patient à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute.
- **Rechute** : le patient revient à ses comportements antérieurs. Stratégie : aider le patient à entamer de nouveau les étapes précédentes tout en l'encourageant à se remémorer ses succès passés.

Un autre outil dont dispose le MG pour renforcer l'adhésion du patient obèse au changement de comportement est l'entretien motivationnel. Le MG demande à son patient de 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. Ce processus essentiel permet au patient d'exprimer ses motivations profondes ou son manque de motivation.

Ces modèles de PEC aboutissent à une alliance thérapeutique entre le médecin et son patient. Il s'agit d'aider le patient à analyser son propre style de personnalité pour mieux comprendre ses difficultés et prendre appui sur ses points forts pour surmonter les obstacles [6].

3.3.7. Le suivi du patient obèse

Le succès de la PEC de l'obésité et la stabilisation pondérale sur le long terme dépend étroitement de l'organisation du suivi. Le MG a un rôle indispensable dans cette étape afin de maintenir un lien (consultations, téléphone, internet) avec la personne obèse et l'aider à prévenir les rechutes. Il s'agit pourtant de la phase thérapeutique la plus mal réalisée. La surveillance des facteurs de risque ou celle de l'apparition des maladies fréquemment associées à l'obésité est le deuxième élément qui justifie cette attitude [6].

3.3.8. La coordination des soins

Le MG peut s'appuyer sur un réseau de professionnels qui assurent, dans des proportions variables, la PEC des patients. Le rôle du MG est de s'assurer de la pertinence des critères pour adresser un patient aux différents spécialistes : diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, éducateur sportif, etc. Dans le cadre d'une PEC multidisciplinaire, le MG reste le coordonnateur du projet de soins afin d'assurer les relais d'information et analyser

les choix thérapeutiques dans l'esprit de la décision médicale partagée, en particulier lorsqu'il s'agit de discuter la chirurgie bariatrique [6].

3.4. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans sa gestion de l'obésité

Les médecins généralistes considèrent l'obésité comme une maladie chronique nécessitant un accompagnement thérapeutique sur le long cours [19]. Ils demeurent en première ligne dans la PEC des patients qui en souffrent, pour autant, la responsabilité des MG se heurte en pratique aux difficultés liées à la PEC de ces patients [6].

Nous diviserons ces difficultés en trois parties : les difficultés liées aux patients, aux médecins et au contexte extérieur.

3.4.1. Les difficultés liées aux patients

L'absence de suivi par les patients des conseils délivrés en matière d'alimentation, d'activité physique ou de PEC psychologique, est perçue comme le principal obstacle à la PEC de l'obésité en médecine générale [19][45][69]. 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 [17]. Ainsi, comme le montraient différentes études réalisées en France [18][64] et dans certains pays anglo-saxons [11][17][16][70], le manque de motivation des patients semblait être une barrière souvent citée par les MG pour la perte de poids. Dans l'étude de A. Bocquier et al. [18] réalisée auprès de 600 MG en 2005 en région PACA, 30% des répondants estimaient que les personnes obèses étaient plus paresseuses et manquaient de volonté par rapport aux personnes ayant un poids normal. Le manque de volonté était invoqué par les patients eux-mêmes pour expliquer pourquoi ils étaient incapables d'avoir une alimentation saine ou de pratiquer l'activité physique recommandée [72][73].

Certains patients obèses opposent des arguments à leur propre PEC, difficiles à contourner en consultation comme le manque de temps pour effectuer une activité physique ou le déni des habitudes alimentaires inadaptées [17]. En effet, dans une étude qualitative de 2012 [28] réalisée auprès de patients hospitalisés dans le cadre d'une PEC hygiéno-diététique de leur obésité, peu de patients remettaient en cause leurs habitudes alimentaires. Ils ne semblaient pas non plus considérer leur obésité comme une maladie ce qui peut être une difficulté majeure pour la PEC. L'évolution insidieuse et asymptomatique de la maladie conduit certains patients à refuser toute modification de leur mode de vie et des habitudes alimentaires adoptées depuis l'enfance.

De même, dans l'étude de P. Fayemendy et al. [8] réalisée en Haute-Vienne en 2012, les principaux freins à l'encadrement de l'obésité, identifiés par les MG, étaient imputables aux patients : mauvais suivis des conseils d'activité physique (pour 94,1% des MG

interrogés), manque de motivation ou désintérêt pour leur problème d'obésité (92,6%) et mauvais suivi des conseils diététiques (91,1%).

Par ailleurs, l'existence de troubles du comportement alimentaire sous-jacents (83,8%) et le mauvais suivi des conseils concernant la PEC psychologique (72%) étaient également des freins majeurs à la PEC identifiés par les MG de Haute-Vienne [8]. Les troubles du comportement alimentaire sous-jacents ou les pathologies psychiatriques telles que la dépression constituent un obstacle à la PEC par le MG, d'autant plus que les patients refusent souvent d'admettre l'existence de ces troubles et acceptent mal la nécessité d'un encadrement psychologique [6].

3.4.2. Les difficultés liées aux médecins

Les principales difficultés liées aux MG de la Haute-Vienne en 2012 [8] étaient un sentiment d'inefficacité (pour 58,8% des MG interrogés), un manque de temps (52,9%), une insuffisance de formation (50%), et dans une moindre mesure, un manque de coordination des professionnels de santé (35,2%), l'absence d'intérêt pour cette pathologie (28%), le manque d'équipement au cabinet médical(20,6%).

Dans l'étude de Epstein et al. en 2005 [11], une majorité des médecins interrogés pensaient que l'obésité était principalement de la responsabilité du patient et que sa PEC n'était pas de leur ressort. L'obésité est souvent perçue par les professionnels de santé et notamment les MG, comme la conséquence d'une suralimentation, d'une consommation d'aliments très caloriques, d'une mauvaise éducation nutritionnelle familiale et d'un manque d'activité physique [13][64]. Ogden et al. en 2001 [74], montrait une opposition des points de vue entre les patients et les médecins, les premiers s'en remettaient à l'expertise et au soutien de leurs médecins qui eux, comptaient sur les patients pour mettre en application leurs recommandations. Partant de ce postulat, de nombreux MG restent sceptiques sur leur capacité à faire changer les comportements de leurs patients et ceci représente une difficulté à la PEC de l'obésité bien identifiée dans la littérature. Pour Thuan et Avignon [19], 66% des MG pensaient que les patients pourront perdre du poids et 20% seulement pensaient que les patients pourront maintenir cette perte pondérale. Ce sentiment général de frustration et d'inefficacité personnelle partagé par de nombreux praticiens rendait l'encadrement de ces patients ingrat et insatisfaisant [10][12][71].

Pourtant, lorsque les patients et les MG sont interrogés sur les pratiques en consultation de premier recours, les conseils d'alimentation, d'activité physique et de PEC psychologique ne sont délivrés que pour un faible nombre de patients consultant en MG et souvent donnés de façon incomplète [15][20][21]. Ceci concorde avec l'étude réalisée en Haute-Vienne en 2008 [69] qui montrait que seulement 13% des praticiens préconisaient

l'association tripartite intervention diététique, activité physique et encadrement psycho-comportemental. Cette association est pourtant largement recommandée [7][75][76], d'autant que l'inefficacité d'un seul type de PEC a déjà été démontrée [15].

Ce constat, souvent relié à un déficit de formation des MG concernant la PEC de l'obésité, représente une difficulté à l'encadrement du patient obèse [12][19][70]. Cette carence s'applique parfois aux connaissances des causes de la maladie mais concerne essentiellement les modalités de PEC thérapeutique [64].

De plus, même si la plupart des MG ont des habitudes globalement conformes aux recommandations, des objectifs pondéraux trop exigeants de la part des MG et le recours à des régimes déséquilibrés et notamment hyperprotéinés étaient retrouvés dans certaines études [13] [69][71].

Une autre barrière était représentée par le faible recours par les MG aux autres professionnels de santé et notamment aux diététiciens [15][19][71], alors qu'une coopération accrue avec les diététiciens, une bonne coordination entre les professionnels de santé et la PEC pluridisciplinaire en réseau semblent être des pistes d'amélioration intéressantes pour de nombreux auteurs.

Certaines enquêtes réalisées auprès de patients en excès pondéral, suggèrent une indifférence ou un désintérêt des praticiens se caractérisant par l'absence de délivrance de conseils de perte de poids [20][21].

Les représentations négatives à l'égard des patients obèses, même si elles ne concernaient qu'une faible proportion des praticiens [21], représentaient un autre obstacle à la PEC. Pour exemple, l'étude de Foster et al. en 2003 [13], retrouvait que 50% des 620 praticiens interrogés considéraient les sujets obèses comme laids, sans attrait ou non conformes, d'autres formules telles que gros, énorme, sur-obèse ou laisser-aller étaient utilisées par certains médecins dans l'étude qualitative de E. Da Silva Pires et al. en 2012 [64]. Les patients face à ces comportements se sentaient incompris et maltraités par le personnel soignant médical et non médical [77], même si ces attitudes négatives semblaient s'être améliorées au cours du temps selon Budd dans son enquête réalisée en 2009 [78]. En dépit des lois visant à prévenir la discrimination fondée sur l'apparence, les attitudes et les pratiques défavorables persistaient [79].

Le manque de temps lors de la consultation semblait être une barrière majeure à l'éducation nutritionnelle car elle est fortement chronophage [6]. En effet, les MG auraient une durée moyenne de consultation inférieure à 18 minutes [80] ce qui ne laisse que très peu de temps pour délivrer une information diététique de qualité.

3.4.3. Les difficultés liées au contexte extérieur

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

Les difficultés liées au contexte extérieur rencontrées par les MG de la Haute-Vienne selon l'étude réalisée en 2012 [8] étaient la multiplicité et l'interdépendance des comorbidités liées à l'obésité (pour 66,2% d'entre eux), l'absence de remboursement de la consultation diététique (54,4%), le manque d'efficacité des traitements (51,5%), l'absence de codification spécifique pour la consultation d'obésité (48,5%) et les délais de consultations spécialisées trop longs (41,1%).

La multiplicité et l'interdépendance des causes d'excès pondéral, rendent difficile l'organisation de la PEC initiale. L'obésité est une pathologie complexe, aux facteurs étiologiques multiples, compliquant la mise en place d'un schéma thérapeutique. Cette complexité peut, par ailleurs, être amplifiée par l'existence concomitante de plusieurs comorbidités, ce qui peut rapidement conduire le MG à se sentir dépassé par l'ampleur de la tâche [6][12].

Le manque d'infrastructures et de ressources pour promouvoir l'activité physique [14], le manque de centres de soins spécialisés pour les patients obèses, les difficultés d'accès aux soins de second niveau par l'encombrement des consultations vers les spécialistes ou l'absence de PEC par l'Assurance maladie, étaient autant d'obstacles potentiellement rencontrés par le MG et les patients [8].

Les conditions socio-économiques très dégradées peuvent empêcher toute possibilité de mise en place d'un projet nutritionnel et limitent la PEC thérapeutique y compris des complications de l'obésité [6][2].

L'industrie agro-alimentaire, la grande distribution, les publicités, les allégations nutritionnelles trompeuses dans le domaine du contrôle du poids et la presse grand public véhiculent des idées préconçues. Elles sont des freins à l'action du praticien. Une véritable industrie de la minceur avec une multitude d'offres commerciales sans fondement scientifique se développe, amenant les médecins à se heurter au désir des patients d'une solution facile et efficace pour perdre du poids [6][75][62].

DEUXIÈME PARTIE : L'ENQUÊTE RÉALISÉE

1. Introduction et objectifs

De par sa position dans le parcours de soins [2], le MG joue un rôle majeur dans la PEC de l'obésité, 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 [6]. Il intervient en amont, par un rôle de prévention et de détection, et en aval, une fois l'obésité constituée afin d'organiser le suivi du patient et de limiter l'apparition des complications. Il a alors pour but de définir avec le patient des objectifs thérapeutiques raisonnables et de l'aider à les atteindre [7][81].

Du point de vue médical, le principal frein à la PEC de l'obésité est la mauvaise « compliance » ou l'inobservance des patients [11][16][74]. Ceci est confirmé par l'étude réalisée en 2012 en Haute-Vienne [8] : bien que les médecins répondants aient été majoritairement insatisfaits de leur PEC, selon eux, la complexité de l'encadrement des sujets obèses était avant tout imputable aux patients. Par ailleurs, et comme cela a été constaté à l'étranger [11], les MG ne souhaitaient pas être en première ligne dans le processus de PEC de l'obésité, puisque les axes d'amélioration qu'ils proposaient concernaient avant tout des actions menées par les pouvoirs publics auprès des familles ou du milieu scolaire [12]. Une des limites de cette enquête était qu'elle ne recueillait que le point de vue des médecins, qui, même s'ils reconnaissaient certaines limites (défaut de formation, défaut d'implication par manque de temps ou absence d'intérêt pour la pathologie, etc) [19][10], surestimaient probablement la part de responsabilité des patients rendant difficile l'encadrement de l'obésité en médecine générale. Ainsi, les études réalisées auprès de patients révèlent souvent une responsabilité médicale, par exemple par l'existence de comportements négatifs [77] des praticiens à l'égard des obèses ayant pour conséquence un manque de sensibilisation à l'obésité, ou par des conseils de PEC pondérale donnés de façon inconstante [26]. Pour O Booth et Nowson [20], seulement 27% des patients obèses ou en surpoids en milieu urbain australien consultant leur MG disaient recevoir des conseils de perte de poids, ou encore, selon une autre enquête américaine menée auprès de 1 873 patients obèses, seulement 39% d'entre eux recevaient des conseils de perte de poids, parmi lesquels seulement deux tiers recevaient des conseils diététiques et d'activité physique. Ces différentes enquêtes suggéraient l'existence de défauts de PEC des patients obèses par leur MG, pouvant s'expliquer par une insuffisance de formation ou un manque d'intérêt des praticiens [17].

Faciliter une PEC de premier recours adaptée par le MG est la première mesure proposée par le Plan Obésité 2010-2013 [2]. Outre la diffusion de recommandations de bonnes pratiques de la HAS [7] et la conception de fiches pratiques à destination des MG, les actions proposées dans le cadre de ce plan comprennent l'étude des mesures

contractuelles susceptibles d'améliorer la PEC des patients obèses. Dans ce sens, le recueil du point de vue des patients apparaît essentiel à l'élaboration de mesures permettant d'améliorer les pratiques, qu'il s'agisse de prévention primaire, secondaire ou de l'encadrement du cortège des complications potentiellement liées à l'obésité.

Cette nouvelle enquête menée auprès de patients obèses a pour objectif d'identifier les obstacles rencontrés par les patients de la région Limousin lors de la PEC de leur obésité et de recueillir leur point de vue sur les axes d'amélioration potentiels à développer, afin d'optimiser leur PEC. Par ailleurs, cette étude permettrait de faire le point sur le ressenti des patients obèses au devant de leur PEC globale et sur l'encadrement de leur pathologie obésité au cabinet de médecine générale. Elle complète ainsi les études antérieures de 2008 du Dr Avodé [9] et de 2012 du Dr Fayemendy [8], menées auprès de médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et permet de repérer les différences de perception entre MG et patients, avec comme but de proposer des éléments de décision mieux adaptés pour les MG et des éléments actualisés d'orientation de la politique de santé départementale et ainsi de faire évoluer les pratiques de façon positive.

2. Méthodologie

2.1. Echantillonnage

Cette étude réalisée sur une période de huit mois, du 23/04/2013 au 01/01/2014, se basait sur un recueil de données réalisé en région Limousin auprès de 115 patients obèses.

Avec leur accord, un questionnaire anonyme et déclaratif était remis à tous les patients adultes âgés de 18 ans ou plus, ayant un IMC supérieur ou égal à 30, qui se présentaient pour la première fois à la consultation de Nutrition dans l'Unité transversale de nutrition du CHU de Limoges ou dans les consultations spécialisées des CH de Brive, Guéret et Tulle.

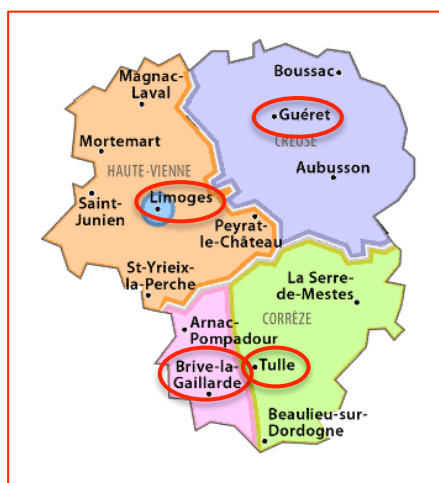


Figure 9 : Région Limousin

Nous avons exclus de l'étude les femmes enceintes et les patients ayant un antécédent de chirurgie bariatrique.

2.2. Descriptif du questionnaire

Le questionnaire était élaboré à partir des données relevées dans l'enquête réalisée en 2012 auprès des MG du département de la Haute-Vienne [8] et avec les données identifiées dans la littérature concernant les difficultés et suggestions d'amélioration à la PEC des patients obèses [19][26][22].

Il était rempli en grande partie par les patients en salle d'attente avant la consultation ; une autre partie concernant les données anthropométriques et les comorbidités associées à l'obésité, était complétée par le médecin examinateur au cours de la consultation.

Il comportait quatre grands groupes de questions (voir annexe 1) :

1. la première partie du questionnaire permettait la description de la population interrogée
2. la deuxième partie rendait compte du point de vue des patients sur leur PEC par le MG

3. la troisième partie s'intéressait aux obstacles identifiés par les patients à la PEC de leur obésité

4. la quatrième partie relevait les suggestions d'amélioration concernant, d'une part, la PEC des patients obèses en médecine générale et, d'autre part, les mesures préventives contre l'obésité en France.

2.2.1. Description de la population

La première sous-partie remplie par les patients concernait l'âge, le sexe, le département d'origine, la profession, le parcours de soins effectué (consultations antérieures pour le problème de poids et avec quel(s) praticien(s)), l'histoire pondérale (régimes entrepris, perte pondérale antérieure, reprise de poids, objectif de poids), la pratique d'une activité physique (type et fréquence) et le retentissement psychologique de l'obésité. Des questions étaient également posées sur l'existence d'attitudes négatives notamment de la part des médecins, et sur la présence ou non d'autres personnes en surpoids dans le foyer.

Une autre sous-partie remplie par le médecin examinateur lors de la consultation recueillait les données anthropométriques telles que le poids, la taille, l'IMC et le tour de taille ainsi que les comorbidités associées à l'obésité.

2.2.2. Prise en charge par le médecin généraliste

Les questions posées évaluaient le suivi des patients obèses par leur MG.

Nous demandions aux patients s'ils étaient mesurés et pesés régulièrement, s'ils recevaient des conseils diététiques et d'activité physique, s'ils étaient informés des risques liés à leur obésité et si une PEC psychologique leur avait été proposée. Enfin, nous demandions aux patients si leur MG semblait apporter une aide dans leur lutte contre l'excès de poids et s'il leur avait déjà dit être en situation d'obésité. Des questions ouvertes leur permettaient de préciser les informations délivrées par leur MG.

2.2.3. Obstacles à la prise en charge de l'obésité

La troisième partie du questionnaire s'intéressait aux obstacles que les patients étaient susceptibles de rencontrer lors de la PEC de leur obésité. Un tableau énumérait 16 difficultés potentiellement rencontrées, liées aux praticiens, aux patients eux-mêmes, ou au contexte extérieur.

Tableau 10 : Obstacles à la prise en charge de l'obésité énoncés dans le questionnaire

Votre entourage familial.
Votre entourage professionnel.
Votre situation économique.
Le manque de structure d'activités physiques à proximité de chez vous.
L'absence de remboursement de la consultation auprès de la diététicienne.
L'absence de remboursement de la consultation auprès du psychologue.
Les délais de consultation chez les médecins spécialistes trop longs.
Le manque de coordination entre les professionnels de santé.
Le manque d'intérêt des médecins pour l'obésité.
Les difficultés à suivre les conseils diététiques car ils sont trop complexes.
Les difficultés à suivre les conseils diététiques par manque de motivation ou découragement.
Les difficultés à suivre les conseils diététiques car les praticiens qui vous suivent donnent des conseils contradictoires.
La difficulté à pratiquer une activité physique par manque de temps.
La difficulté à pratiquer une activité physique par manque de motivation.
La difficulté à pratiquer une activité physique par crainte du regard des autres.
Votre réticence à une prise en charge psychologique.

Pour chaque item, les patients étaient invités à signaler s'ils rencontraient ou non la difficulté énoncée (oui, non, je ne sais pas).

Une question ouverte leur permettait de citer d'autres obstacles rencontrés.

2.2.4. Suggestions d'amélioration de la prise en charge et des mesures préventives

Une sous-partie renseignait sur les propositions d'amélioration possibles dans la PEC des patients obèses en médecine générale. Un tableau énumérait huit propositions possibles.

Tableau 11 : Suggestions d'amélioration de la prise en charge en médecine générale proposées dans le questionnaire

Améliorer la coordination entre vos praticiens.
Rembourser la consultation auprès du diététicien.
Développer des structures d'aide à l'activité physique pour les patients obèses.
Développer des groupes de parole entre patients obèses.
Développer des ateliers d'éducation nutritionnelle.
Augmenter le nombre de consultations de suivi chez votre MG.
Améliorer l'accès à la prise en charge par un psychologue ou un psychiatre.
Développer des centres spécialisés de traitement de l'obésité.

Une autre sous-partie concernait les propositions d'amélioration possibles des mesures préventives contre l'obésité en France. Un tableau énumérait sept propositions possibles.

Tableau 12 : Suggestions d'amélioration des mesures préventives en France proposées dans le questionnaire

Développer l'éducation nutritionnelle à l'école.
Dépister et prendre en charge l'obésité dès l'enfance.
Lutter contre les attitudes négatives envers les personnes obèses.
Sensibiliser le grand public contre les effets néfastes du temps de passage devant les
Limites les annonces publicitaires pour les produits trop gras, trop sucrés et trop salés.
Multiplier les annonces publicitaires pour la prévention de l'obésité.
Eduquer toute la famille à une bonne alimentation.

Les patients étaient invités à signaler si chacun des items leur paraissait exact. Ils pouvaient également répondre qu'ils ne savaient pas. Une question ouverte à la fin de chaque groupe de questions leur permettait de suggérer d'autres propositions d'amélioration non citées dans les tableaux.

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 avec le logiciel Graphpad Prism 6.0 (Graphpad Software, La Jolla, Etat-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 tests de

normalité ont été faits grâce au test d'Agostino et Pearson. L'analyse comparative de données quantitatives a été faite par test paramétrique t de Student ou le test non paramétrique de Mann Whitney, et si plus de deux groupes ont été comparés, par test paramétrique ANOVA ou non paramétrique de Kruskal Wallis. L'analyse comparative de données qualitatives a été faite grâce au test du Chi² ou au test exact de Fisher en cas d'effectif observé et théorique inférieur à cinq. La corrélation de données a été faite par le test paramétrique de Pearson ou non paramétrique de Spearman. Le seuil de significativité pour l'ensemble des analyses statistiques est $p < 0,05$.

3. Résultats

Sur 115 questionnaires recueillis, 110 ont pu être exploités. Cinq questionnaires ont été exclus pour les motifs suivants : trois en raison d'un antécédent de chirurgie bariatrique, un avait été rempli par une femme enceinte et un n'était pas du tout rempli en dehors de la partie complétée par le médecin examinateur.

3.1. Description de la population globale

3.1.1. Données générales

Le tableau 13 présente les caractéristiques générales quantitatives.

Tableau 13 : Caractéristiques générales quantitatives de la population

Population totale (n=110)	Moyenne \pm Écart type (Minimum-Maximum)
Âge (année)	48,1 \pm 15,2 (18,0-8,0)
Poids (kg)	108,6 \pm 21,6 (72,9-184,0)
Taille (m)	1,66 \pm 0,09 (1,46-1,87)
IMC (kg/m ²)	39,5 \pm 6,2 (30,5-69,3)
Tour de taille (cm)	118 \pm 13,8 (85,2-159,0)
Nombre de comorbidités par patient	1,8 \pm 1,7 (0-6)

(IMC : indice de masse corporelle)

La majorité des patients était en obésité sévère ou morbide (Figure 10).

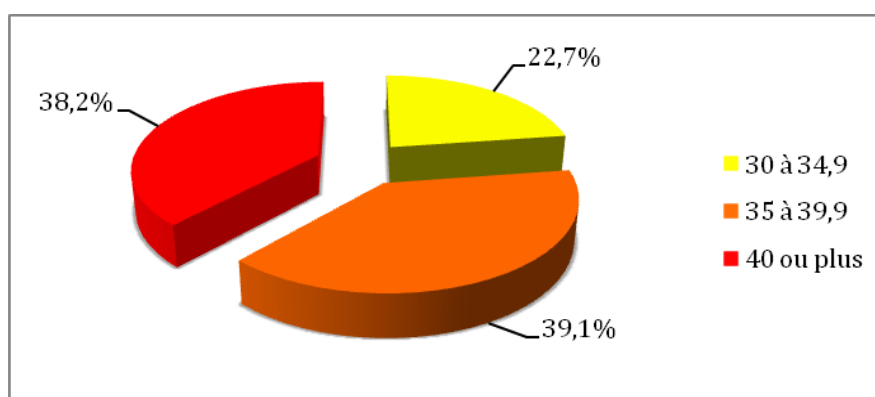
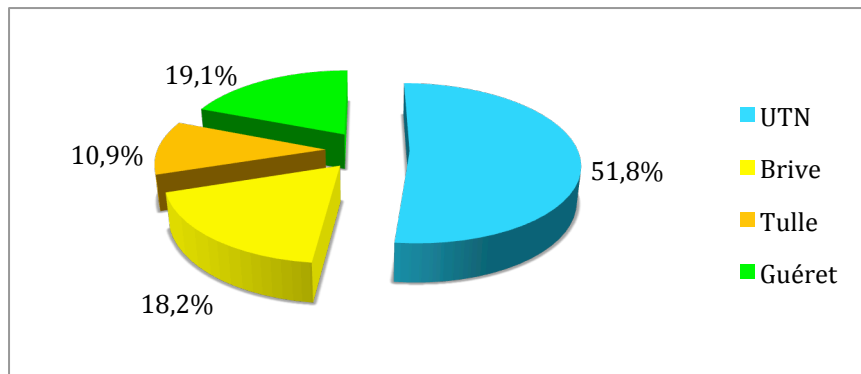


Figure 10 : Répartition de la population selon la classe d'IMC (indice de masse corporelle)

Il n'y avait pas de différence significative pour les prévalences entre les trois groupes : obésité modérée, obésité sévère et obésité morbide.

Les figures 11 et 12, représentent les lieux de consultations dans lesquels les patients ont été vus, UTN de Limoges, CH de Brive, CH de Guéret ou CH de Tulle et les départements d'origine des patients.



(UTN : Unité transversale de Nutrition)

Figure 11 : Répartition des patients selon leur lieu de consultation

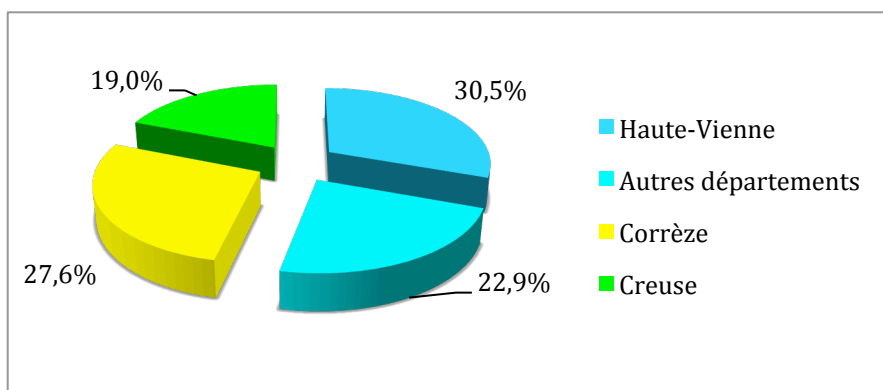


Figure 12 : Répartition des patients selon leur département d'origine

L'UTN du CHU de Limoges drainait des patients des départements limitrophes tels que l'Indre ou la Dordogne.

La figure 13 présente la répartition de la population étudiée par tranche d'âge.

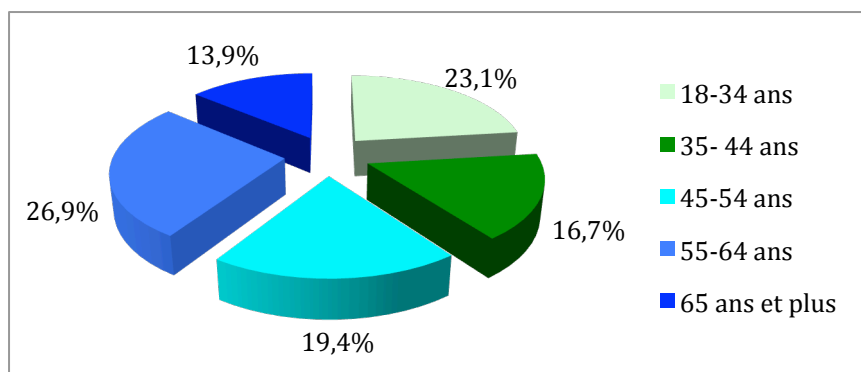


Figure 13 : Répartition des patients par tranche d'âge

La répartition des patients suivant leur catégorie professionnelle est représentée dans la figure 14, ci-dessous.

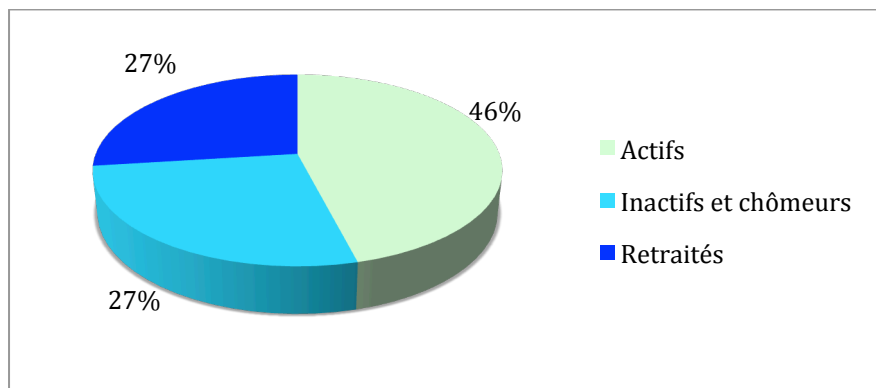
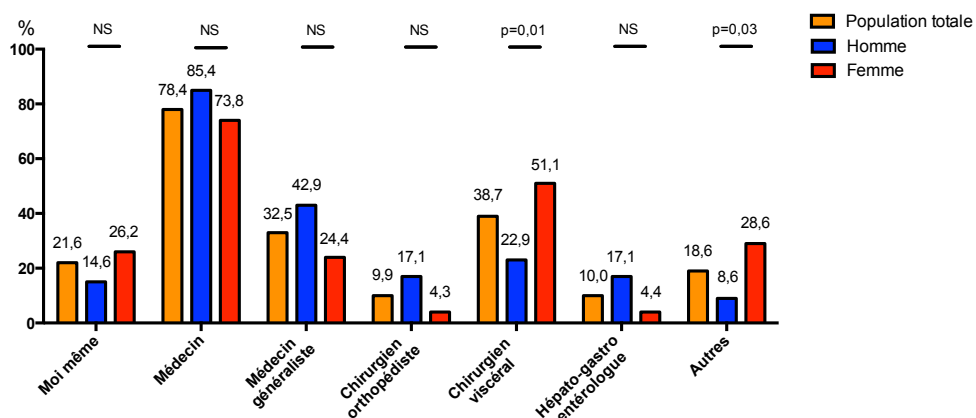


Figure 14 : Répartition des patients selon leur statut professionnel. Les patients actifs ne représentaient que 46% de notre échantillon.

Le figure 15 montre par qui les patients ont été adressés en consultation de Nutrition.



(NS : non significatif)

Figure 15 : Répartition des patients selon la personne les ayant adressé en consultation de Nutrition

Les patients avaient parfois donné plusieurs réponses. Une majorité d'entre eux (78,4%) avait été adressée par un médecin : le plus souvent par un chirurgien viscéral (38,7%), puis par leur médecin traitant (32,5%), et en troisième position par un hépatogastro-entérologue (10%). La catégorie « autres » (question ouverte) regroupait des médecins d'autres spécialités tels que des endocrinologues, gynécologues de PMA, cancérologues, neurologues et cardiologues, ainsi que des diététiciens. 21,6% des patients déclaraient être venus d'eux-même.

72,2% des patients interrogés présentaient au moins une comorbidité. Les comorbidités présentes chez les patients de notre échantillon, classées par ordre de fréquence décroissante, sont présentées par la figure 16.

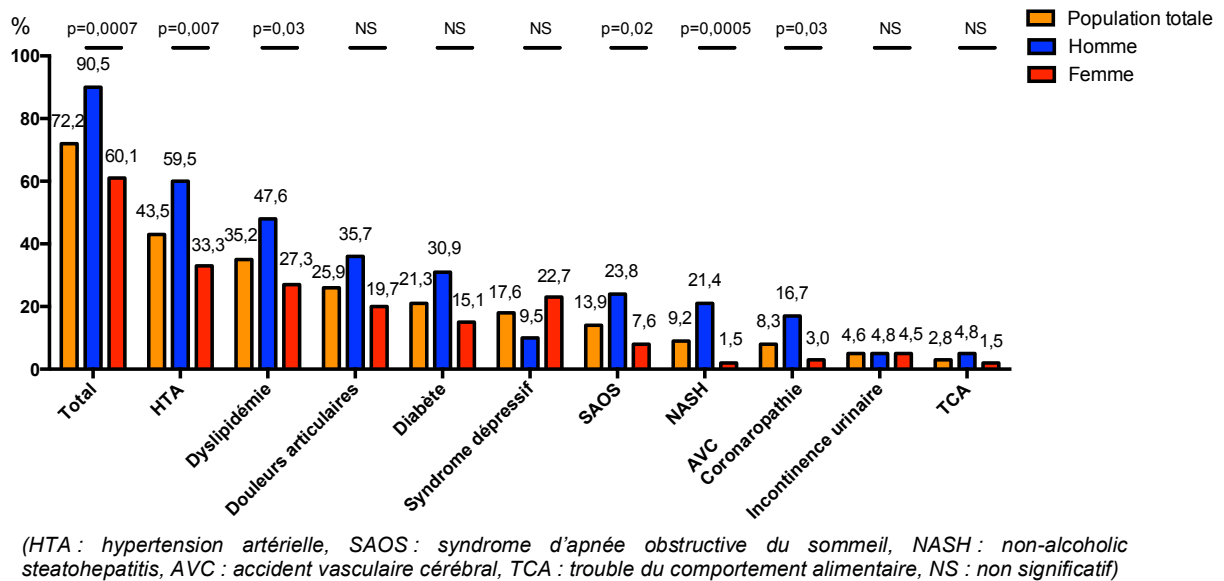


Figure 16 : Comorbidités associées à l'obésité

L'HTA était la comorbidité la plus fréquente, présente chez 43,5% des patients interrogés, venaient ensuite la dyslipidémie (35,2%), les douleurs articulaires (gonarthrose, coxarthrose, lombalgies) (26,4%) et le diabète de type 2 (21,3%).

Le nombre de comorbidités par patient était corrélé avec l'âge des patients ($p < 0,0001$, $r = 0,65$) et avec le tour de taille ($p = 0,0003$, $r = 0,34$) (Figure17).

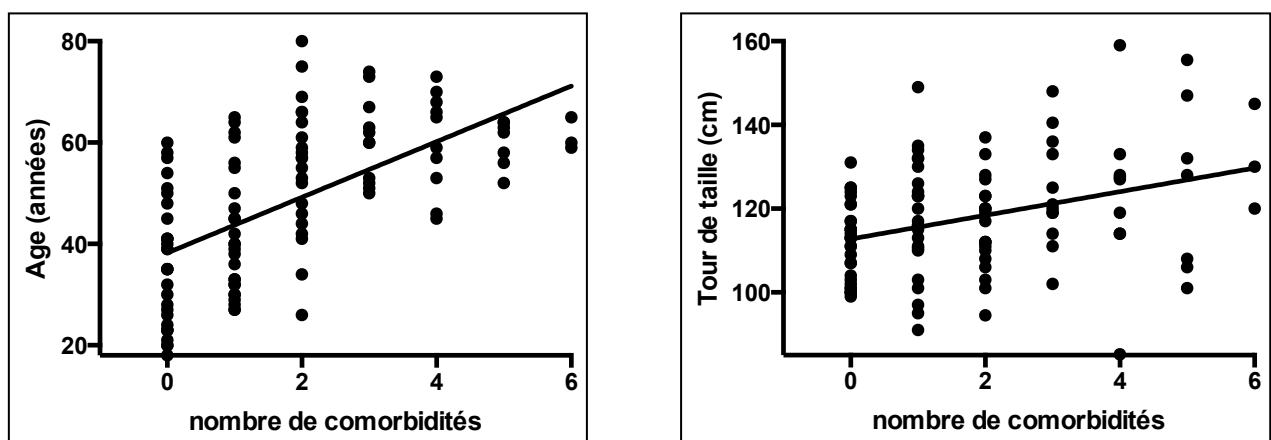


Figure 17 : Corrélations avec le nombre de comorbidités

La figure 18 présente les réponses données à la question « Avez-vous déjà consulté un praticien pour votre problème de poids ? Si oui, précisez ? ». Les patients avaient le choix

entre plusieurs propositions et pouvaient citer plusieurs types de praticiens consultés antérieurement.

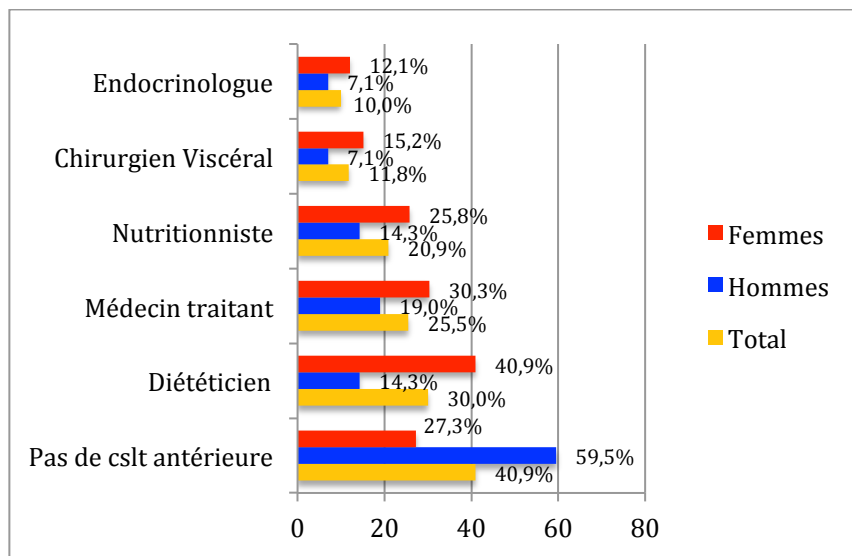


Figure 18 : Répartition des patients selon le praticien consulté antérieurement pour le problème pondéral ou l'absence de consultation antérieure

59,1% avaient déjà consulté un praticien pour leur problème de poids. Le recours à un diététicien était majoritaire puisque 30,0% des patients en avait consulté un, venaient ensuite les consultations auprès du MG pour 25,5% des patients, puis auprès d'un nutritionniste pour 20,9%, auprès d'un chirurgien viscéral pour 11,8% et enfin auprès d'un endocrinologue pour 10,0% des patients.

Les données générales qualitatives de l'ensemble de la population de patients obèses interrogés sont présentées dans le tableau 14.

Tableau 14 : Caractéristiques générales qualitatives de la population interrogée

	Population totale (n=110) Nombre ; %	Données manquantes Nombre ; %
A déjà suivi un régime - dont hyperprotéiné	71 ; 66,9 18 ; 25,3	4 ; 3,6
A déjà réussi à perdre du poids	91 ; 83,5	1 ; 0,9
A déjà repris du poids - dont reprise supérieure au poids initial	78 ; 89,6 48 ; 73,8	23 ; 20,9 13 ; 16,7
Réalisation d'une activité physique	54 ; 49,5	1 ; 0,9
Fréquence de l'activité physique		
- pas d'activité	55 ; 51,4	3 ; 2,7
- < 3 fois par semaine	21 ; 19,6	
- ≥ 3 fois par semaine	31 ; 29,0	
Autre personne obèse dans le foyer	43 ; 39,4	1 ; 0,9
A déjà ressenti des attitudes négatives dont :	64 ; 58,7	1 ; 0,9
- de la famille	43 ; 68,3	1 ; 1,6
- de l'entourage professionnel	12 ; 19,0	1 ; 1,6
- des médecins	19 ; 30,2	1 ; 1,6
Pense pouvoir atteindre son objectif de poids	76 ; 75,2	9 ; 8,2
Se sent déprimé	60 ; 55,0	9 ; 8,1
Se sent dépassé	78 ; 72,2	2 ; 1,8
Ressent l'utilité d'un psychologue	37 ; 38,1	13 ; 11,8

L'analyse de ces données montrait que, parmi les patients :

- 66,9% avaient déjà suivi un régime ; parmi eux 25,3% déclaraient avoir suivi au moins un régime hyperprotéiné ;
- 83,5% avaient déjà réussi à perdre du poids ; 89,6% de ces patients-ci avaient repris du poids et parmi eux 73,8% avaient eu un niveau de reprise pondérale supérieur à leur poids avant le régime ;
- 49,5% seulement déclaraient pratiquer une activité physique ; ce chiffre tombait à 29,0% pour ceux qui pratiquaient une activité physique au moins trois fois par semaine ;
- 59,8% avaient déjà ressenti des attitudes négatives ; elles provenaient de leur entourage familial chez 68,3% de ceux ayant subi ces attitudes négatives et de certains médecins pour 30,2% d'entre eux ;

- 75,2% pensaient pouvoir atteindre leur objectif de poids ;
- 55,0% se sentaient déprimés et 72,2% se sentaient dépassés mais seulement 38,1% ressentaient l'utilité d'une PEC psychologique.

Le type d'activité physique pratiqué est présenté par la figure 19.

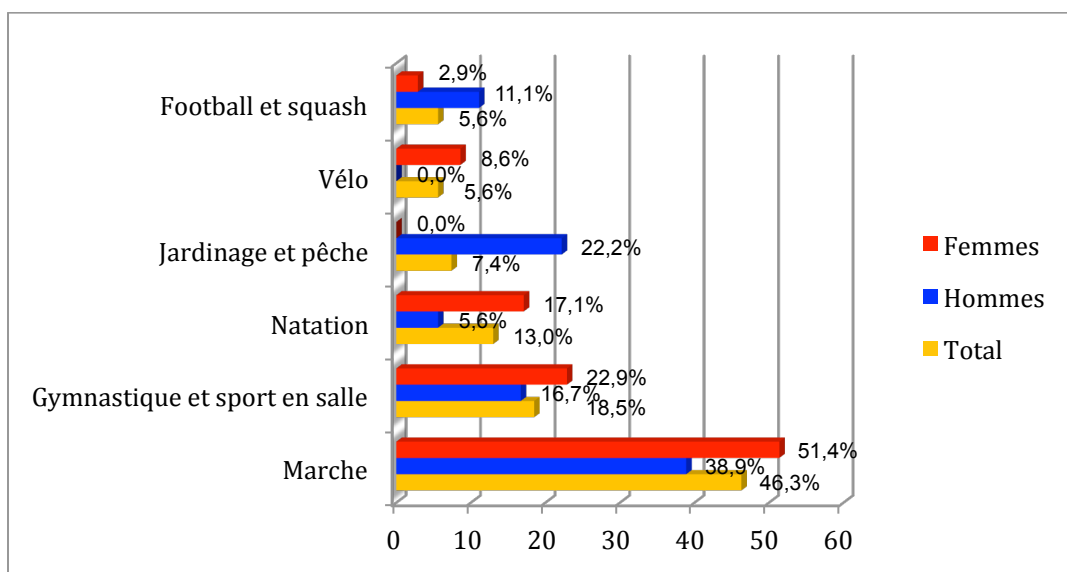


Figure 19 : Type d'activité physique pratiquée

Parmi les patients ayant précisé le type d'activité physique pratiquée, presque la moitié pratiquait la marche 46,3%, venait ensuite la gymnastique ou le sport en salle pour 18,5% d'entre eux. Les sports d'endurance comme le vélo et la natation étaient bien représentés. Les sports collectifs comme le football ou le squash étaient moins présents. Les loisirs tels que le jardinage et la pêche étaient également cités par les patients. Nombreux étaient ceux qui pratiquaient plusieurs activités physiques.

La figure 20 présente la répartition des médecins concernés dans les attitudes négatives vis-à-vis de l'excès pondéral des patients interrogés.

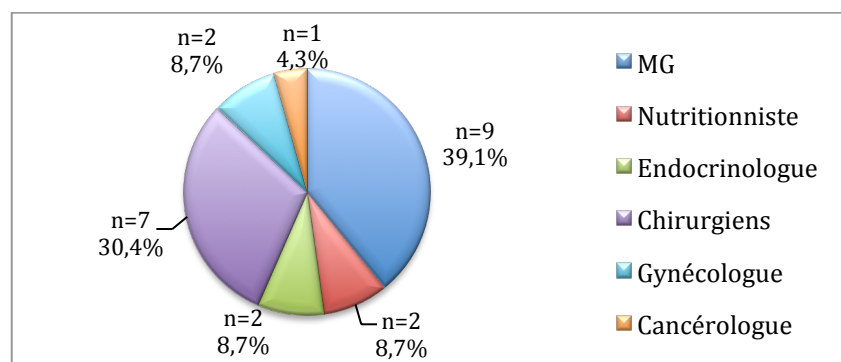


Figure 20 : Répartition par spécialité des médecins que les patients avaient cité comme ayant eu des attitudes négatives vis-à-vis de leur excès de poids

Concernant les attitudes négatives vis-à-vis de l'excès pondéral, les médecins généralistes sont les premiers incriminés par les patients (39,1% des cas), viennent ensuite les chirurgiens, 39,1% des cas si l'on compte les gynécologues, puis les nutritionnistes et les endocrinologues sont cités 2 fois chacun.

3.1.2. PEC au cabinet de médecine générale

Le tableau 15 reprend la deuxième partie du questionnaire qui s'intéressait à la PEC des patients obèses interrogés par leur médecin généraliste.

Tableau 15 : Évaluation par les patients de leur PEC au cabinet de médecine générale

	Population totale (n=110) Nombre ; %	Données manquantes Nombre ; %
Le MG pèse régulièrement	47 ; 43,1	1 ; 0,9
Le MG mesure régulièrement	22 ; 20,6	3 ; 2,7
Le MG a déjà donné des conseils diététiques	34 ; 36,2	16 ; 14,5
Le MG donne des conseils d'activité physique	36 ; 33,9	4 ; 3,6
Le MG a déjà proposé une prise en charge psychologique	8 ; 9,1	22 ; 20,0
Le MG a informé des risques liés au poids	41 ; 46,1	21 ; 19,1
Le MG apporte une aide dans la lutte contre le poids	41 ; 41,8	12 ; 10,9
Le MG a informé le patient qu'il était en zone d'obésité	38 ; 36,2	5 ; 4,5

(n : nombre, MG :médecin généraliste)

L'analyse des données qualitatives concernant leur PEC par le MG retrouvait que sur l'ensemble des patients interrogés :

- 43,1% seulement, soit un peu moins de la moitié, disaient être pesés régulièrement par leur MG ;
- 36,2%, soit à peine plus du tiers, déclaraient avoir déjà reçus des conseils diététiques de la part de leur MG ;
- 33,9% disaient recevoir régulièrement des conseils d'activité physique par leur MG ;
- ils n'étaient que 9,1% à répondre que leur MG leur avait déjà proposé une PEC psychologique. Notons que 20,0% des patients ayant rempli le questionnaire n'avaient pas répondu à cette question ;
- 46,1%, presque la moitié, disaient avoir été informés des risques liés à leur excès pondéral ;

- 41,8% pensaient que leur MG représentait une aide dans leur lutte contre l'excès de poids ;
- 36,2% déclaraient que leur MG leur avait déjà dit qu'ils étaient obèses.

La figure 21 présente le pourcentage de patients, sur la totalité de l'effectif, qui avait déclaré avoir reçu de leur MG les trois types de conseils pour la PEC de l'obésité (conseils diététiques, conseils d'activité physique et conseils de PEC psychologique), ainsi que le pourcentage de patients qui déclarait avoir reçu deux types de conseils (diététiques et d'activité physique).

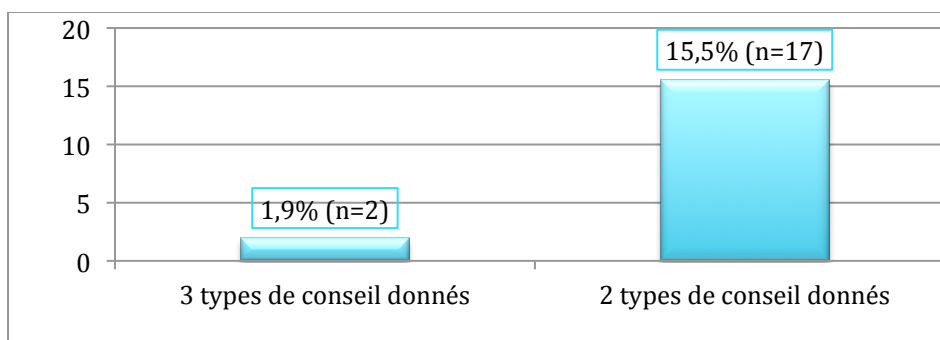


Figure 21 : Prévalence de patients ayant reçu deux types de conseils et prévalence de patients ayant reçu les trois types de conseils pour la PEC de leur obésité par leur médecin généraliste

Seulement 1,9% de l'échantillon déclarait avoir reçu des conseils diététiques, des conseils d'activité physique et une proposition de PEC psychologique de la part de leur MG, soit 2 patients sur 110. Seulement 15,5% des patients déclaraient avoir reçu des conseils diététiques et des conseils d'activité physique soit 17 patients sur 110.

Des précisions sur les conseils diététiques étaient rapportées par 22 patients sur les 34 qui avaient déclaré en avoir reçu. Il ne paraissait pas y avoir de conseils de régimes restrictifs ou déséquilibrés.

Des précisions sur les conseils d'activité physique étaient rapportées par 28 patients sur les 36 ayant déclaré en avoir reçu. Les patients retenaient un type d'activité conseillée (marche principalement) mais seulement quatre citaient une fréquence et/ou de durée dans la pratique d'une activité physique.

Concernant l'information délivrée par le MG sur les risques liés à l'obésité, 25 patients avaient donné des précisions sur 41 déclarant avoir été informés. La figure 22 rapporte les types de risque cités, par ordre de fréquence.

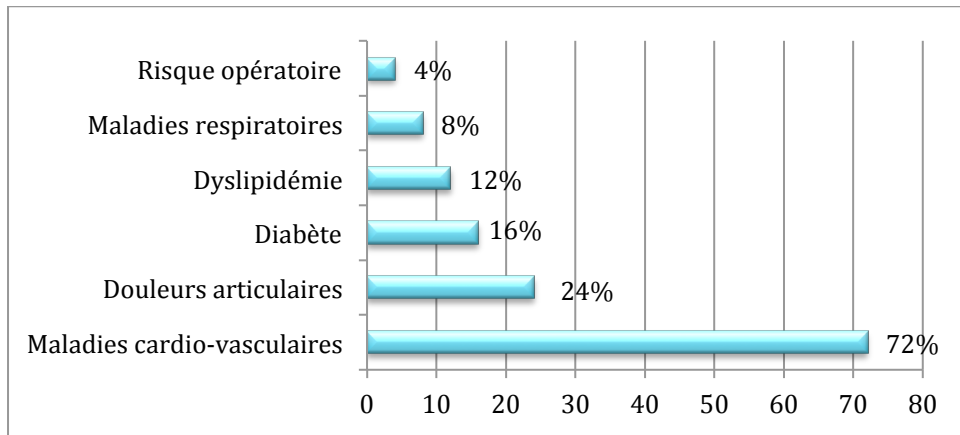


Figure 22 : Représentation des risques liés à l'obésité cités par les patients

Les patients citaient le plus souvent le risque de maladie cardio-vasculaire, venaient ensuite le risque de douleurs articulaires puis le diabète en troisième position. Aucune information sur le risque de cancer n'avait été donnée.

3.1.3. Obstacles à la PEC de l'obésité

Le tableau 16 reprend les items de la troisième partie du questionnaire concernant les obstacles à la PEC de l'obésité rencontrés par les patients interrogés. Les items sont classés par ordre de fréquence décroissante des réponses données.

Tableau 16 : Obstacles rencontrés par les patients à la PEC de l'obésité

	Répondant oui Population totale (n=110) Nombre ; %	Données manquantes et « je ne sais pas » Nombre ; %
La difficulté à pratiquer une activité physique par manque de motivation.	59 ; 60,2	12 ; 10,1
Les difficultés à suivre les conseils diététiques par manque de motivation ou découragement.	56 ; 58,9	15 ; 13,6
La difficulté à pratiquer une activité physique par manque de temps.	44 ; 44,0	10 ; 9,1
L'absence de remboursement de la consultation auprès de la diététicienne.	38 ; 42,6	21 ; 19,1
Les difficultés à suivre les conseils diététiques car ils sont trop complexes.	35 ; 42,1	27 ; 24,5
La difficulté à pratiquer une activité physique par crainte du regard des autres.	33 ; 33,0	10 ; 9,1
L'absence de remboursement de la consultation auprès du psychologue.	28 ; 32,5	24 ; 21,8
Votre réticence à une PEC psychologique.	25 ; 29,4	25 ; 22,7
Votre situation économique.	27 ; 29,0	17 ; 15,4
Les délais de consultation chez les médecins spécialistes trop longs.	25 ; 27,7	20 ; 18,2
Le manque d'intérêt des médecins pour l'obésité.	22 ; 26,5	27 ; 24,5
Les difficultés à suivre les conseils diététiques car les praticiens qui vous suivent donnent des conseils contradictoires.	18 ; 22,5	30 ; 27,3
Le manque de structure d'activités physiques à proximité de chez vous.	20 ; 21,5	17 ; 15,4
Le manque de coordination entre les professionnels de santé.	15 ; 18,3	28 ; 25,4
Votre entourage familial.	10 ; 10,7	17 ; 15,4
Votre entourage professionnel.	9 ; 10,1	21 ; 19,1

Les quatre obstacles à la PEC de l'obésité les plus fréquemment cités par les patients interrogés étaient :

- pour 60,2%, la difficulté à pratiquer une activité physique par manque de motivation ;
- pour 58,9%, les difficultés à suivre les conseils diététiques par manque de motivation ou découragement ;
- pour 44,0%, la difficulté à pratiquer une activité physique par manque de temps ;
- pour 42,6%, l'absence de remboursement de la consultation diététique.

En réponse ouverte, quatre personnes avaient répondu que les douleurs (lombalgies et gonarthrose) étaient un obstacle à la pratique d'une activité physique. Une personne avait noté qu'elle était elle-même un obstacle.

3.1.4. Améliorations de la PEC en médecine générale et des mesures préventives en France

Les suggestions d'amélioration proposées aux patients sont classées par ordre de fréquence de réponse, dans les tableaux 17 et 18.

Tableau 17 : Suggestions d'amélioration de la PEC de l'obésité en médecine générale

	Répondant oui Population totale (n=110) Nombre ; %	Données manquantes et « je ne sais pas » Nombre ; %
Rembourser la consultation auprès du diététicien.	68 ; 79,1	24 ; 21,8
Développer des structures d'aide à l'activité physique pour les patients obèses.	67 ; 76,1	22 ; 20,0
Développer des ateliers d'éducation nutritionnelle.	56 ; 66,7	26 ; 23,6
Développer des centres spécialisés de traitement de l'obésité.	53 ; 63,8	27 ; 24,5
Améliorer la coordination entre vos praticiens.	36 ; 49,3	37 ; 33,6
Développer des groupes de parole entre patients obèses.	28 ; 38,3	37 ; 33,6
Améliorer l'accès à la prise en charge par un psychologue ou un psychiatre.	26 ; 35,6	37 ; 33,6
Augmenter le nombre de consultations de suivi chez votre médecin généraliste.	24 ; 30,4	29 ; 26,4

Les quatre suggestions d'amélioration pour la PEC de leur obésité en médecine générale les plus citées par les patients sont :

- pour 79,1%, le remboursement de la consultation auprès du diététicien ;
- pour 76,1%, le développement de structures d'aide à l'activité physique pour les patients obèses ;
- pour 66,7%, le développement d'ateliers d'éducation nutritionnelle ;
- pour 63,8%, le développement de centres spécialisés dans le traitement de l'obésité.

Les patients pouvaient ajouter d'autres suggestions d'amélioration. Cinq d'entre eux demandaient un suivi plus étroit avec un programme alimentaire, la livraison de repas

diététiques, un meilleur accès à des hospitalisations de semaine avec un suivi pluridisciplinaire, plus d'écoute et moins de dogmatisme de la part des soignants.

Tableau 18 : Suggestions d'amélioration des mesures préventives contre l'obésité

	Répondant oui Population totale (n=110) Nombre ; %	Données manquantes et « je ne sais pas » Nombre ; %
Dépister et prendre en charge l'obésité dès l'enfance.	102 ; 98,1	6 ; 5,4
Eduquer toute la famille à une bonne alimentation.	99 ; 95,2	6 ; 5,4
Développer l'éducation nutritionnelle à l'école.	98 ; 93,2	5 ; 4,5
Sensibiliser le grand public contre les effets néfastes du temps de passage devant les écrans (télévisions, ordinateur, etc) .	83 ; 89,2	17 ; 15,4
Lutter contre les attitudes négatives envers les personnes obèses.	78 ; 89,6	23 ; 20,9
Multiplier les annonces publicitaires pour la prévention de l'obésité.	71 ; 76,3	17 ; 15,4
Limiter les annonces publicitaires pour les produits trop gras, trop sucrés et trop salés.	70 ; 74,5	16 ; 14,5

Les quatre suggestions d'amélioration pour les mesures préventives contre l'obésité en France les plus citées par les patients sont :

- pour 98,1%, dépister et prendre en charge l'obésité dès l'enfance ;
- pour 95,2%, éduquer toute la famille à une bonne alimentation ;
- pour 93,2%, développer l'éducation nutritionnelle à l'école ;
- pour 89,2%, sensibiliser le grand public contre les effets néfastes du temps de passage devant les écrans.

Les patients pouvaient ajouter d'autres suggestions d'amélioration. Trois d'entre eux insistaient sur le dépistage précoce de l'obésité infantile et l'éducation nutritionnelle.

3.2. Comparaison des hommes et des femmes

60% des répondants étaient des femmes : 66 femmes, 42 hommes, 2 indéterminés (données manquantes sur les questionnaires).

3.2.1. Comparaison des données générales quantitatives

La comparaison des données générales quantitatives selon le sexe est donnée dans le tableau 19.

Tableau 19 : Caractéristiques générales quantitatives selon le sexe

	Homme (n=42) Moyenne ± Écart type (Minimum-Maximum)	Femme (n=66) Moyenne ± Écart type (Minimum-Maximum)	P
Âge (année)	52,9 ± 15,0 (26,0-80,0)	44,7 ± 14,6 (18,0-75,0)	0,007
Poids (kg)	116,3 ± 18,4 (85,7-152,4)	103,3 ± 22,3 (72,9-184,0)	0,0002
Taille (m)	1,72 ± 0,08 (1,54-1,87)	1,61 ± 0,06 (1,46-1,82)	<0,0001
IMC (kg/m ²)	39,1 ± 4,8 (30,6-48,3)	39,8 ± 7,1 (30,5-69,3)	NS
Tour de taille (cm)	124,4 ± 11,8 (123,0-155,5)	113,7 ± 13,3 (85,2-159,0)	<0,0001
Nombre moyen de comorbidités par personne	2,5 ± 1,6 (0-6)	1,3 ± 1,6 (0-6)	<0,0001

(IMC : indice de masse corporelle)

Cette comparaison retrouvait des différences significatives suivantes :

- les hommes étaient en moyenne plus âgés que les femmes ;
- les hommes avaient un poids moyen plus élevé que les femmes ;
- les hommes avaient une taille moyenne supérieure à celle des femmes ;
- les hommes avaient un tour de taille moyen plus élevé que celui des femmes ;
- les hommes avaient un nombre de comorbidités moyen plus important que celui des femmes.

3.2.2. Comparaison des données qualitatives

Selon la figure 16, les hommes avaient plus souvent au moins une comorbidité que les femmes (90,5% vs 60,1%, p = 0,0007). Cela concernait l'HTA, la dyslipidémie, le SAOS, la NASH et les AVC ou coronaropathies.

Le tableau 20 présente uniquement les données pour lesquelles une différence significative ($p < 0,05$) a été constatée.

Tableau 20 : Comparaison des données qualitatives entre les hommes et les femmes

	Homme (n =42) Nombre ; %	Femme (n=66) Nombre ; %	p	Données manquantes Nombre ; %
Données générales				
Au moins une comorbidité	38 ; 90,5	40 ; 60,6	0,0007	0 ; 0
A déjà consulté pour une prise en charge pondérale	17 ; 40,5	48 ; 72,7	0,0008	0 ; 0
A déjà repris du poids	23 ; 76,7	53 ; 96,4	0,008	23 ; 21,3
A déjà ressenti des attitudes négatives des médecins	10 ; 47,6	9 ; 21,4	0,03	1 ; 1,6
Se sent déprimé	16 ; 39,0	43 ; 74,1	0,0005	9 ; 8,3
Se sent dépassé	21 ; 52,5	57 ; 86,4	0,0001	2 ; 1,8
Prise en charge au cabinet de médecine générale				
Le MG a informé des risques liés au poids	22 ; 62,9	19 ; 35,8	0,01	20 ; 18,5
Obstacles rencontrés à la prise en charge				
L'absence de remboursement de la consultation auprès de la diététicienne.	9 ; 27,3	29 ; 52,7	0,02	20 ; 18,5
La difficulté à pratiquer une activité physique par crainte du regard des autres.	7 ; 18,4	25 ; 41,0	0,02	9 ; 8,3

La comparaison des réponses montrait de façon significative que les femmes :

- avaient plus souvent consulté antérieurement un ou plusieurs praticiens pour une PEC pondérale ;
- avaient plus souvent repris du poids après un régime ;
- ressentaient moins d'attitudes négatives de la part des médecins ;
- se sentaient plus souvent déprimées et dépassées par leur problème pondéral ;
- étaient moins fréquemment informées par leur MG des risques liés à leur obésité ;
- considéraient plus l'absence de remboursement de la consultation diététique comme étant un obstacle à la PEC de leur obésité,

- éprouvaient plus de difficultés à pratiquer une activité physique par crainte du regard des autres.

3.3. Comparaison des groupes Consultation antérieure et Pas de consultation antérieure

59,1% des patients interrogés dans notre enquête avaient déjà consulté un praticien pour leur problème de poids (voir figure 18). Pour faciliter la suite de la lecture nous nommerons le groupe de patients ayant consulté antérieurement un praticien pour le problème de poids « Consultation antérieure » et le groupe de patients n'ayant jamais consulté de praticien pour le problème de poids « Pas de consultation antérieure ».

3.3.1. Comparaison des données générales qualitatives

La comparaison des données générales quantitatives entre les groupes Consultation antérieure et Pas de consultation antérieure est donnée dans le tableau 21.

Tableau 21 : Caractéristiques générales quantitatives comparées selon l'existence ou non d'une consultation antérieure pour le problème pondéral

	Consultation antérieure (n =65) Moyenne± Écart type (Minimum-Maximum)	Pas de consultation antérieure (n=45) Moyenne± Écart type (Minimum-Maximum)	P
Âge (année)	45,8±14,8 (18-73)	51,5±15,2 (21-80)	NS
Poids (kg)	110,5± 23,6 (72,9-184,0)	105,8±18,2 (75,3-145,4)	NS
Taille (m)	1,64± 0,09 (1,46-1,84)	1,67±0,09 (1,51-1,87)	NS
IMC (kg/m ²)	40,7 ±6,8 (30,5-69,2)	37,7±4,9 (30,6-48,3)	0,01
Tour de taille (cm)	117,9± 14,9 (91,0-159,0)	117,8±12,1 (85,2-140,5)	NS
Nombre moyen de comorbidités par personne	1,6 ±1,8 (0-6)	2,0 ±1,5 (0-6)	NS

La comparaison entre les deux groupes montrait que ceux qui avaient consulté antérieurement un praticien pour leur problème de poids avaient un IMC significativement plus élevé que les autres.

3.3.2. Comparaison des données qualitatives

Le tableau 22 présente uniquement les données pour lesquelles une différence significative ($p < 0,05$) a été constatée.

Tableau 22 : Comparaison des données qualitatives entre les patients ayant consulté antérieurement pour leur problème pondéral et ceux n'ayant jamais consulté

	Répondant oui Consultation antérieure (n =65) Nombre ; %	Répondant oui Pas de consultation antérieure (n=45) Nombre ; %	p	Données manquantes Nombre ; %
Données générales				
A déjà réalisé un régime	54 ; 85,7	17 ; 39,5	<0,0001	4 ; 3,6
A déjà réussi à perdre du poids	60 ; 92,3	31 ; 70,4	0,003	1 ; 0,9
A déjà repris du poids	56 ; 96,5	22 ; 75,9	0,005	23 ; 20,9
Réalisation d'une activité physique	37 ; 57,8	17 ; 37,8	0,04	1 ; 0,9
Se sent dépassé	21 ; 48,8	57 ; 87,7	<0,0001	2 ; 1,8
Prise en charge au cabinet de médecine générale				
Le MG a déjà proposé une PEC psychologique	7 ; 14,6	1 ; 2,5	0,049	22 ; 20,0
Le MG a informé des risques liés au poids	26 ; 59,1	15 ; 33,3	0,01	21 ; 19,1
Obstacles rencontrés à la prise en charge				
L'absence de remboursement de la consultation auprès de la diététicienne.	30 ; 53,6	8 ; 24,2	0,007	21 ; 19,1
L'absence de remboursement de la consultation auprès du psychologue.	22 ; 40,7	6 ; 18,7	0,03	24 ; 21,8
Suggestions d'amélioration de la prise en charge en médecine générale				
Augmenter le nombre de consultations de suivi chez votre médecin généraliste.	11 ; 21,6	13 ; 46,4	0,02	29 ; 26,4

La comparaison des réponses entre les deux groupes retrouvait que ceux ayant déjà consulté pour leur problème pondéral :

- avaient plus souvent fait un régime, avaient plus souvent réussi à perdre du poids et en avaient également plus souvent repris ;
- pratiquaient plus souvent une activité physique ;
- se sentaient moins dépassés;

- recevaient plus d'informations de leur MG sur les risques liés à leur obésité et recevaient plus souvent la proposition d'une PEC psychologique;
- ressentait davantage l'absence de remboursement des consultations du diététicien et du psychologue comme étant des obstacles à la PEC de leur obésité ;
- percevaient moins l'augmentation du nombre de consultation de suivi par leur MG comme pouvant améliorer leur PEC.

4. Discussion

Cette étude est la première en région Limousin et en France qui a évalué la perception par les patients de la PEC de leur obésité en Médecine Générale. Elle a permis de montrer que 41,8% des patients obèses de notre étude pensaient que le MG leur apportait une aide dans la lutte contre l'excès de poids. Cependant, de manière apparemment paradoxale, ils évaluaient la PEC de leur obésité au cabinet de Médecine Générale comme médiocre. En effet, les trois types de conseils (diététiques, d'activité physique et de PEC psychologique) n'étaient donnés qu'à 1,9% des patients interrogés. Pourtant, ce trépied d'interventions dans la PEC médicale de premier recours de l'obésité, est largement recommandé aux MG par la HAS [7]. La majorité des difficultés rapportées par les patients concernant la PEC de leur obésité étaient avant tout liées à des problèmes de motivation interne pour pratiquer une activité physique ou pour suivre les conseils diététiques. Les patients, tout comme le pensaient les MG de Haute-Vienne [8], ne souhaitaient pas que les MG soient en première ligne dans l'encadrement de cette pathologie. Ainsi, l'augmentation du nombre de consultation de suivi chez le MG était perçue comme une amélioration possible par seulement 30,4% de l'effectif. En revanche, pour 79,1% des patients, le remboursement de la consultation diététique apparaissait comme étant une priorité pour améliorer leur suivi. De façon plus globale, le rôle des pouvoirs publics dans les mesures préventives de l'obésité était mis en avant par les répondants. Ils suggéraient massivement (plus de 9 patients sur 10) l'amélioration du dépistage et de la PEC précoce de l'obésité infantile, ainsi que de l'éducation nutritionnelle.

Un point fort de cette étude est qu'elle a permis de comparer le ressenti sur les obstacles rencontrés dans gestion de l'obésité entre les hommes et les femmes obèses, ainsi que leurs points de vue sur les axes d'amélioration, ce que nous n'avons que peu retrouvé auparavant dans la littérature [22][27]. Ainsi de même que pour Lamandé et al. [27], nous avons pu mettre en évidence que les femmes apparaissaient beaucoup plus fragiles que les hommes dans le ressenti de leur obésité.

Une autre comparaison intéressante a été celle du groupe de patients ayant déjà consulté un praticien pour l'obésité avec le groupe de ceux n'ayant jamais connu d'approche diététique ou nutritionnelle dans leur PEC. Nous avons constaté que l'intervention de praticiens sur la PEC de l'obésité a permis d'améliorer certains aspects du mode de vie et du vécu de l'obésité dans le groupe de patients en ayant bénéficié : ils pratiquaient plus souvent une activité physique (57,8% versus 37,8%, $p = 0,04$) et se sentaient moins dépassés (48,8% versus 87,7%, $p < 0,0001$) par leur problème pondéral que les autres, et ce malgré un IMC en moyenne plus élevé (40,7 versus 37,7, $p = 0,01$).

Notre étude a porté sur des patients en obésité sévère (IMC moyen de 39,5 kg/m²), déjà compliquée ou multi compliquée (en moyenne 1,8 comorbidité par patient et 72,2% des patients avaient au moins une comorbidité). La comorbidité la plus fréquemment retrouvée était l'HTA, présente chez 43,5% de la population étudiée. Il s'agit, en effet, de la pathologie la plus fréquemment traitée chez le sujet obèse [82]. Venaient ensuite la dyslipidémie chez 35,5% des patients, puis les douleurs articulaires pour 26,4% d'entre eux ; le diabète de type 2 n'apparaissait qu'en quatrième position. Le nombre de comorbidité était corrélé à l'âge des patients et à leur tour de taille, mais pas à l'IMC ce qui est surprenant car l'obésité abdominale est certes un puissant facteur de prédiction du risque de morbi-mortalité [83] qui peut être indépendant de l'IMC [6], mais les études épidémiologiques récentes confirment la relation forte entre IMC et excès de morbidité et de mortalité [57].

La moyenne d'âge des patients de cette étude était de 48,1 ans. La tranche d'âge des 55-64 ans était surreprésentée (26,8% dans notre enquête vs 16,6% selon la référence nationale de l'INSEE [4]) et celle des plus de 65 ans était sous-représentée (23,1% dans notre enquête vs 13,9%).

En comparant les départements d'origine des patients interrogés et les lieux de consultations dans lesquels les questionnaires ont été recueillis, il semblerait que les patients de chaque département consultaient dans le centre le plus proche de chez eux. 19,1% de notre effectif avait consulté au CH de Guéret et 19% des patients déclaraient être originaires du département de la Creuse. 29,1% de notre effectif avait consulté dans les CH de Brive et de Tulle et 27,6% des patients étaient originaires du département de la Corrèze. L'exception était l'Unité Transversale de Nutrition du CHU de Limoges où 51,8% de l'effectif avait consulté mais seulement 30,5% des patients étaient originaires du département de la Haute-Vienne. Les 22,9% des patients restants venaient d'autres départements, ce qui montre que l'Unité Transversale de Nutrition de Limoges drainait des patients de départements limitrophes à notre région. Ainsi, on pouvait noter l'importance pour les patients de l'existence d'une consultation de deuxième recours, spécialisée en Nutrition, à proximité de chez eux. Ceci confirme que de structurer l'offre de soins spécialisés au niveau régional et infra régional comme le Plan Obésité 2010-2013 [2] et la directive du 29 juillet 2011 concernant les centres de PEC de l'obésité [84] l'ont fixé pour objectif, apparaît essentiel pour faciliter la PEC globale des patients atteints d'obésité sévère et multi compliquée.

La grande majorité des patients (78,4%) avait été adressée en consultation de Nutrition par un médecin, dont un tiers par leur MG, montrant également la nécessité du deuxième recours pour la PEC de ces patients en obésité sévère ou morbide, multi compliquée. Nous avons tout de même noté que 21,6% des patients étaient venus d'eux-mêmes, ce qui sous-

entend que la coordination des soins n'a pas été respectée dans leur parcours. Est-ce par désintérêt du MG pour la pathologie obésité, comme ceci est parfois décrit [77] ?

Concernant l'histoire pondérale de la population étudiée, deux tiers des patients avaient déjà consulté un ou plusieurs praticiens pour leur problème de poids. 30% avaient vu un diététicien, 25,5% avaient fait appel à leur MG et 20,9% à un nutritionniste. Deux tiers des patients interrogés déclaraient avoir déjà suivi un régime, dont au moins un régime hyper protéiné pour un quart d'entre eux. Huit patients sur dix avaient déjà réussi à perdre du poids, mais parmi eux, deux tiers avaient repris plus de poids qu'ils n'en avaient perdu. Il s'agit donc, pour la plupart, de patients ayant déjà un long parcours dans la lutte contre l'excès pondéral, dont certains ont testé les méfaits d'attitudes diététiques trop restrictives amenant à une situation de restriction cognitive [45]. Dans ce sens, la HAS recommande aux MG de mettre en garde les patients contre les régimes successifs à l'origine de fluctuations de poids qui peuvent être dangereuses pour la santé [7], comme l'a également publié l'Anses dans un rapport en novembre 2010 [43].

Il existait un important retentissement psychologique chez les patients, puisque 55,0% se sentaient déprimés et 72,2% se sentaient dépassés par leur situation pondérale. Le risque accru de dépression chez les sujets obèses est en effet retrouvé dans la littérature [27][46][84] et est mis en relation soit avec des expériences de stigmatisation [85], soit avec une insatisfaction corporelle [27] des sujets obèses, pouvant entraîner une mauvaise estime de soi, une insatisfaction de la qualité de vie et des troubles du comportement alimentaire. Malgré ce mal-être très présent, 75,2% des patients pensaient pouvoir atteindre leur objectif de poids et seulement 38,1% des patients ressentaient l'utilité d'une PEC psychologique. Ceci confirme que les patients souffrant d'obésité acceptent mal la nécessité d'un encadrement psychologique [6] et présentent probablement une mauvaise adhésion à cette approche, ce qui peut gêner les MG dans la PEC. C'est ainsi que l'amélioration de la PEC psycho-comportementale des sujets obèses était identifiée par les MG de Haute-Vienne [8] et dans d'autres études [19][27], comme étant une piste à explorer. Cette approche psychologique est recommandée par la HAS [7] et les sociétés savantes [75], cependant médecins et patients se heurtent à une offre des soins limitée dans notre région. 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 [8]. Ainsi, l'amélioration de la PEC psycho-comportementale, tant par la sensibilisation des praticiens et des patients, que par une action sur l'offre de soin au niveau régional serait probablement une mesure à approfondir [8].

Deux tiers des patients déclaraient avoir déjà subi des attitudes négatives. Les remarques désobligeantes dans notre étude provenaient le plus souvent de l'entourage familial des patients (68,2%). La discrimination et la stigmatisation des personnes atteintes d'obésité paraissaient très présentes au sein même de leur foyer, ce qui habituellement est peu étudié. Néanmoins, ceci peut se rapprocher de l'étude de Tham et Young [26], dans laquelle les conseils de perte de poids émanaient surtout de l'entourage des patients en situation d'obésité que du MG. Un tiers des attitudes négatives émanaient des médecins. Les MG étaient les premiers incriminés dans ces comportements. Ceci est cohérent avec l'avis des médecins eux-mêmes, qui reconnaissaient avoir très fréquemment ces attitudes négatives envers les patients. En France, entre 30 et 73% des médecins étaient concernés selon les études [8][19][71]. A l'étranger, les chiffres étaient comparables [10][13][86] et il semblait exister un effet de niveau de poids dans la perception de ces patients par les médecins [79].

Au fil des années, les attitudes négatives envers les patients obèses semblent être moins nombreuses [78]. Elles ne sont probablement pas toutes perçues par les patients. Cependant, comme le prévoit le Plan Obésité 2010-2013 [2], la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes obèses, aussi bien dans la société que dans le système de soins, apparaît essentielle. Cette mesure, proposée par de nombreux auteurs [16][18][77][78], était approuvée par 89,6% des patients de notre enquête, montrant à quel point il est important d'agir pour faire régresser ces inégalités.

Seulement la moitié des patients interrogés pratiquaient une activité physique et ils n'étaient que 29,0% à la pratiquer au moins trois fois par semaine. L'activité physique la plus fréquemment rapportée dans notre échantillon était la marche (46,3%). Les patients obèses interrogés sont beaucoup moins actifs en comparaison de la population générale française, dont 63,2% des adultes pratiquent régulièrement une activité physique d'intensité modérée [87]. Les principales raisons de cette inactivité, retrouvées dans notre enquête, semblaient liées à un manque de motivation (60,2%) et à un manque de temps (44,0%). Certains signalaient des douleurs entravant leur mobilité, ce qui est une plainte courante chez les personnes souffrant d'obésité [74]. Même si les patients sont responsables de cette inactivité, il semblerait que des améliorations soient possibles pour tendre vers un mode de vie plus actif des sujets obèses. Le rôle des MG est fondamental dans la démarche d'éducation thérapeutique sur l'activité physique, or plusieurs études [20][22][24][25] y compris dans notre région [69] réalisées auprès des médecins ou des patients retrouvaient que les conseils d'activité physique en médecine générale n'étaient pas assez délivrés. Par exemple, dans notre étude, seulement 33,9% des patients déclaraient avoir déjà reçu ces conseils. Il s'agissait pourtant de patients en situation d'obésité parfois compliquée, ce qui

habituellement favorise l'action des MG [22][25][26][88]. Des pistes d'amélioration des pratiques sont retrouvées dans la littérature : les MG peuvent s'appuyer sur la prescription thérapeutique non médicamenteuse d'activité physique [88], le recours à des moyens objectifs de suivi écrits, tels que le carnet d'activité [45][88] ou le podomètre [48][88], ainsi que sur le recours à d'autres professionnels en activités physiques adaptées [7] tels que les kinésithérapeutes et les éducateurs sportifs [89][88][88]. De plus, des fiches de conseils pratiques à destination des MG publiées par la HAS [89] peuvent servir de support aux médecins et aux patients, mais elles étaient peu connues par les professionnels de santé [19][64]. L'action du MG est complétée par les mesures du Plan Obésité 2010-2013 [2] de promotion de l'activité physique et de réduction des comportements sédentaires. Cette action des pouvoirs publics basée sur l'éducation de la population générale telle qu'elle est menée depuis plusieurs années dans le cadre du PNNS [5], semblaient être mises en avant par les MG [8] et par les patients eux-mêmes, puisque ceux que nous avons interrogé étaient en majeure partie demandeurs d'une sensibilisation du grand public sur les effets néfastes du temps de passage devant les écrans (89,2%) et d'une multiplication des annonces publicitaires pour la prévention de l'obésité (76,3%).

Concernant leur PEC au cabinet de médecine générale, seulement la moitié des patients déclaraient être pesés régulièrement, seulement un tiers disaient recevoir des conseils diététiques ou d'activité physique et une PEC psychologique n'était proposée qu'à un patient sur dix. Au total, les trois types de conseils n'étaient donnés qu'à 1,9% des patients interrogés. Ceci confirme ce que retrouvait l'enquête réalisée en Haute-Vienne en 2012 auprès des MG, où seulement 12,3% des médecins déclaraient délivrer ces trois types de conseils [8]. Dans le même ordre d'idées, une étude australienne [20] retrouvait que seulement un tiers des patients obèses recevaient des conseils de mode de vie de leur MG et une étude américaine [22] retrouvait que des conseils diététiques et d'activité physique n'étaient délivrés qu'à 22,8% des patients obèses (par comparaison, ces deux types de conseils sont donnés à 15,5% de notre effectif). Les précisions apportées par certains patients (questions ouvertes) sur les conseils diététiques et d'activité physique montraient que les pratiques des MG dans ces domaines étaient, dans l'ensemble, proches des recommandations de la HAS [7], comme ce qui a été observé dans d'autres études françaises [18][19]. Il ne semblait pas y avoir de conseils de régimes restrictifs ou déséquilibrés. Les patients renaient un type d'activité physique conseillée mais rarement une notion de fréquence ou de durée dans cette pratique, ce qui est un point essentiel sur lequel les MG devraient insister [7]. Le découragement, les sentiments d'inefficacité et d'échec, l'insuffisance de formation en nutrition, le manque de temps en consultation, le faible intérêt pour la pathologie obésité, etc, sont autant d'obstacles identifiés dans la

littérature comme pouvant être les raisons d'un désinvestissement des MG [8-19] [90]. Seulement un tiers des patients déclaraient que le MG leur avait dit être obèse, ce qui peut laisser penser que le mot obèse est « tabou » pour certains MG. 46,1% des patients seulement déclaraient avoir reçu des informations sur les risques liés à l'obésité. Les patients citaient le plus souvent un risque accru de maladies cardio-vasculaires (72,0%), de douleurs articulaires (24,0%) et de diabète (16,0%). Nous pouvons noter que certaines complications liées à l'obésité et notamment le risque de cancer ne semblaient pas être connus par les patients. Dans une étude américaine [21], trois quarts des patientes obèses déclaraient que leur MG les aidaient peu voire pas du tout dans le contrôle de leur poids. Cependant, dans notre étude, même s'ils estimaient que leur encadrement au cabinet de médecine générale était insuffisant, 41,8% des patients obèses (40% des femmes) pensaient que le MG leur apportait une aide dans la lutte contre l'excès de poids.

Concernant les obstacles rencontrés par les patients à la PEC de leur obésité, la majorité des difficultés rapportées par les patients étaient avant tout liées à des problèmes de motivation interne pour pratiquer une activité physique (60,2%) ou pour suivre les conseils diététiques (58,9%). Le manque de motivation déjà suspecté par 92,6% des MG de la Haute-Vienne [8] était incriminé par 70,4% des patients de notre étude. Cela a déjà été identifié dans d'autres études d'une part par les médecins [8][12][18], et d'autre part par les patients eux-mêmes [23][91]. Une des explication possible serait que ce postulat pourrait en réalité dissimuler les véritables causes de la prise de poids ou de l'échec des traitements qui seraient probablement liés à une alimentation émotionnelle, elle-même secondaire à des difficultés psychologiques [90]. Faisant appel à la notion de manque de motivation, les médecins et patients eux-mêmes aggravent le sentiment de honte, de culpabilité et de mauvaise estime de soi. Pour ces patients, le recours aux thérapies cognitivo-comportementales semble essentiel.

D'autres obstacles identifiés par les patients concernaient la PEC diététique. Ainsi, l'absence de remboursement de la consultation diététique (42,6%) et les difficultés à suivre les conseils diététiques en raison de leur complexité (42,1%) étaient des items assez fréquemment retenus par les patients. Ceci peut être mis en parallèle avec les difficultés rencontrées par les MG dans l'enquête réalisée en Haute-Vienne [8], puisque le non remboursement de la consultation diététique par les organismes sociaux représentait une limite pour 54,4% d'entre eux. Les patients étaient cohérents dans leurs réponses sur ce sujet puisque le remboursement de la consultation auprès du diététicien était la première suggestion d'amélioration qu'ils retenaient (79,1%). De nombreux auteurs mettent en avant l'importance de cette consultation [15][18][19][26][45][74], cependant, aux vues de la politique de restriction budgétaire que subit actuellement le système de soins français, cette

mesure ne sera probablement pas mise en place. Une des solutions proposées par Lamandé et al. [27] est le recours plus fréquent aux réseaux de soins dédiés à l'obésité, qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers afin que les patients obèses puissent bénéficier d'une approche pluridisciplinaire.

De manière paradoxale par rapport aux difficultés rencontrées, le développement de structures d'aide à l'activité physique dédiées aux patients obèses était fréquemment cité (76,1%) comme une amélioration possible. En effet, contrairement à ce qui était constaté dans une étude américaine en milieu rural [14], notre région dispose d'un grand nombre de structures et d'associations d'aide à l'activité physique bien réparties géographiquement [92]. La plupart ne sont pas réservées aux patients obèses, ce qui semble être un obstacle pour certains puisque un tiers de notre effectif déclaraient ressentir une difficulté à pratiquer une activité physique par crainte du regard des autres. Au niveau régional, une meilleure diffusion des informations concernant les activités physiques possibles auprès des médecins et des patients permettrait une meilleure PEC [88].

Parmi les suggestions d'amélioration de la PEC relevées, celle impliquant le MG n'apparaissait pas comme une priorité, ainsi l'augmentation du nombre de consultation de suivi chez le MG était citée en dernière position par à peine un tiers de l'effectif. Les patients, tout comme le pensaient les MG de Haute-Vienne [8], ne souhaitaient pas que les MG soient en première ligne dans la PEC de l'obésité. Dans une étude australienne [26], l'implication du MG dans la gestion de l'obésité n'était souhaitée par les patients qu'après les interventions d'autres professionnels comme des entraîneurs sportifs ou des diététiciens. A l'inverse, plusieurs études étrangères [74][23][24][25] montraient que les patients souhaitaient plus de conseils et un meilleur soutien de leur MG. Cette hétérogénéité des réponses suggère qu'un suivi pluridisciplinaire pourrait être un meilleur outil pour la PEC de cette pathologie complexe qu'est l'obésité plutôt que la seule PEC par le MG [19][26][18].

De façon plus globale, les répondants mettaient en avant le rôle des pouvoirs publics dans les mesures préventives de l'obésité, en suggérant notamment d'améliorer le dépistage précoce et la PEC de l'obésité infantile, ainsi que l'éducation nutritionnelle. Ces mesures étaient plébiscitées par plus de neuf patients interrogés sur dix. Ceci est en concordance avec les opinions des MG [8].

La comparaison entre les sexes montrait que l'obésité chez les hommes était plus souvent compliquée que chez les femmes. En effet, les hommes avaient plus souvent une HTA (59,5% vs 33,3%, $p = 0,007$), une dyslipidémie (47,6% vs 27,3%, $p = 0,03$), un SAOS (23,8% vs 7,6%, $p = 0,02$), une NASH 21,4% vs 1,5%, $p = 0,0005$) et un antécédent d'AVC ou de coronaropathie (16,7% vs 3,0%, $p = 0,03$). Cette différence pouvait être en partie

expliquée par une moyenne d'âge plus élevée chez les hommes (52,9 ans \pm 15,0 vs 44,7 ans \pm 14,6, $p = 0,007$), comme cela était retrouvé dans une autre étude française [27].

Dans notre étude, les hommes étaient plus informés par leur MG des risques liés à l'obésité que les femmes. Une explication possible concernant ce point, retrouvée dans différentes enquêtes [20][22][25], était le fait que les MG délivraient plus d'informations et de conseils de PEC lorsque l'obésité était déjà compliquée.

Les femmes dans notre enquête représentaient environ 60% des patients, ce qui correspond à la répartition française entre hommes et femmes pour l'obésité sévère : 2,5% des hommes et 3,7% des femmes [4]. Le constat d'un plus grand nombre de femmes prises en charge pour leur obésité était retrouvé dans un autre étude française [27].

Par ailleurs, nous avons retrouvé que les femmes étaient plus souvent adressées par un chirurgien viscéral que les hommes (51,1% versus 22,9%, $p = 0,01$). La question n'a pas été posée, mais il est possible que les femmes, dans notre étude, aient été plus demandeuses d'une PEC de type chirurgie bariatrique. L'existence d'une consultation antérieure auprès d'un chirurgien viscéral plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (15,2% versus 7,1%) semblerait le confirmer.

Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à avoir déjà consulté un praticien pour leur problème de poids, comme déjà rapporté par Ko et al. [22], et avaient plus souvent repris du poids après un régime. Les explications possibles sont qu'elles ont une plus grande conscience de leur statut pondéral [22] et que l'insatisfaction corporelle semble plus marquée chez elles [27].

En effet, dans notre étude, les femmes apparaissaient beaucoup plus fragiles que les hommes dans le ressenti de leur obésité. Elles étaient plus souvent déprimées ou dépassées par le sujet du problème pondéral et ressentaient plus la crainte du regard des autres à la pratique d'une activité physique.

L'absence de remboursement de la consultation diététique plus perçue comme étant un obstacle dans le groupe des femmes suggérait qu'elles étaient plus demandeuses de soutien et d'encadrement. En revanche, elles ressentaient moins souvent que les hommes des attitudes négatives de la part des médecins, ce qui nous amène à penser que :

- les hommes sont plus susceptibles que les femmes et/ou
- les hommes sont plus souvent dans le déni de la nécessité d'agir sur leur « embonpoint », conduisant les médecins à multiplier les remarques visant à les motiver à se faire prendre en charge et/ou

- les médecins ont conscience de la plus grande fragilité des femmes donc limitent les remarques qui pourraient être perçues comme désobligeantes.

Une étude de Wadden et al en 2000 [21] allait dans le même sens que notre enquête, en retrouvant assez peu d'interactions négatives à l'encontre des patientes obèses interrogées : 4 à 8% des femmes retrouvaient des attitudes négatives de la part de leur MG. Ce taux était de 6,1% dans notre étude.

La comparaison du groupe de patients ayant déjà consulté un praticien pour l'obésité avec le groupe de ceux n'ayant jamais connu d'approche diététique ou nutritionnelle, montrait que l'intervention de praticiens sur la PEC de l'obésité a permis au groupe de patients en ayant bénéficié d'augmenter leur activité physique et de se sentir moins dépassés par le problème pondéral que les autres. Plusieurs études [93][62], montrent des effets bénéfiques sur le long terme d'interventions d'éducation diététique et d'activité physique, ce qui confirme l'intérêt pour les MG de délivrer des conseils [23] lors de la PEC des patients obèses dans leur patientèle et pas seulement de prendre en charge les complications de l'obésité comme il semble que ce soit souvent le cas [20][22]. Ceux ayant eu une PEC spécialisée antérieure ressentaient plus l'absence de remboursement de la consultation diététique et également le remboursement de la consultation auprès d'un psychologue comme étant des obstacles, ce qui montre que malgré les réticences fréquemment suspectées pour une PEC psychologique [6], les patients en ayant déjà bénéficié y trouvent une réelle possibilité d'amélioration dans l'encadrement de leur problème pondéral. La complexité de l'évaluation psychopathologique des patients en situation d'obésité pourrait justifier une hospitalisation initiale selon Lamandé et al. [27]. Nous avons également constaté que dans le groupe de patients ayant déjà consulté, même s'ils déclaraient plus recevoir la proposition d'une PEC psychologique et des informations sur les risques liés à l'obésité, la suggestion d'une PEC renforcée par le MG n'était pas perçue comme pouvant améliorer leur situation, suggérant que leur confiance vis-à-vis du MG est limitée. Ceci est en cohérence avec les résultats rapportés par Wadden et al. [21].

Une des limites d'une telle enquête est le fait que les résultats sont issus de données déclaratives et ne reflètent peut-être pas avec exactitude la réalité de terrain et les pratiques réelles des MG. Les patients peuvent sous-estimer la délivrance des conseils diététiques et d'activité physique s'ils n'étaient pas enclins à recevoir cette information au moment auquel elle a été donnée ou encore si l'information leur a semblé trop complexe, notamment en ce qui concerne les risques liés à l'obésité. Par ailleurs, il semblerait que les questions concernant la PEC psychologique soient assez mal accueillies par certains patients qui rejettent cette approche puisque pour ces réponses, il existait un grand nombre de données manquantes. Cependant, même si nos résultats sous-estiment probablement la réalité de ce

qui se passe au cabinet de médecine générale, en recoupant les données avec les études réalisées auprès des MG, de nombreuses similitudes apparaissent quant à un manque d'efficacité de la PEC médicale de premier recours de l'obésité.

Conclusion

Cette étude s'est intéressée au ressenti des patients obèses concernant leur PEC globale et leur encadrement au cabinet de médecine générale. Elle a permis de recueillir le point de vue des principaux intéressés sur les axes d'amélioration à proposer afin de faciliter leur parcours de soins dans la lutte contre cette maladie chronique si difficile à prendre en charge.

Les patients obèses admettent fréquemment un manque de motivation pour changer leur mode de vie. Les raisons de ce constat sont certainement le reflet de difficultés psychologiques sous-jacentes venant entraver la capacité de ces sujets obèses à sans cesse renouveler l'effort que nécessite l'observance des modifications de comportements alimentaires et de comportements trop sédentaires. L'identification d'un manque de motivation de leur part traduit une véritable souffrance des patients obèses, une baisse d'estime d'eux-mêmes ainsi qu'un sentiment de culpabilité.

Il n'en demeure pas moins que l'évaluation des pratiques médicales réalisée dans cette étude montre un investissement modeste des MG en matière de gestion de l'obésité. Si les patients ne souhaitent pas que le MG soit en première ligne dans leur PEC, pour autant une meilleure information concernant les conséquences de l'obésité, un meilleur encadrement et des conseils délivrés par leur MG de façon plus systématique pourraient améliorer leur situation. En outre, une véritable lacune dans le soutien psychologique existe alors que son intérêt est reconnu par les patients qui en ont bénéficié.

Cette étude démontre à nouveau que les patients obèses sont la cible de stigmatisations surtout de la part de leur entourage familial, mais aussi de la part de leurs médecins.

La comparaison des réponses des hommes et des femmes a permis de mettre en évidence une plus grande fragilité chez les femmes obèses que chez les hommes. Elles sont également plus demandeuses de soutien et d'encadrement.

Les principales améliorations de leur PEC suggérées par les patients sont un remboursement de la consultation diététique et le développement de structures d'aide à l'activité physique qui leur seraient dédiées.

Un moyen de répondre aux attentes des patients et d'améliorer la pratique médicale dans notre région serait la création d'un réseau de soins dédié qui renforcerait l'approche pluridisciplinaire de la PEC de l'obésité en secteur ambulatoire. Celui-ci permettrait aux MG de s'appuyer sur des consultations diététiques et psychologiques, sur des séances d'activité physique adaptées et sur des activités éducatives structurées, afin d'établir de véritables programmes d'éducation thérapeutique tels qu'ils sont recommandés.

Mieux informer les MG (notamment par une meilleure diffusion des recommandations et fiches pratiques qui leur sont destinées mais dont ils n'ont bien souvent pas connaissance) et les aider à prendre conscience des différences de représentations de l'obésité qu'ils ont avec leurs patients, serait également un moyen d'améliorer la relation médecin-malade qui est essentielle dans le suivi de cette pathologie chronique.

Plus globalement, les pouvoirs publics sont désignés par les patients comme ayant un rôle clé dans les mesures de prévention (école, famille), le financement des soins (consultations de diététique et de psychologie, centres de traitement de l'obésité, réseaux dédiés), la lutte contre la discrimination et l'aménagement du territoire (structures d'aide à l'activité physique).

Références bibliographiques

- [1] « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS ». In : *Organ. Mond. Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 1997. Disponible sur : < whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_894_fre.pdf > (consulté le 9 novembre 2013)
- [2] « Plan obésité 2010-2013 ». In : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf. [s.l.] : [s.n.], [s.d.].
- [3] « Obésité et surpoids- Aide mémoire N° 311- Mai 2014 ». In : *Organ. Mond. Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/> > (consulté le 29 mai 2014)
- [4] « ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids ». In : *Roche* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi_2012.html > (consulté le 9 mai 2013)
- [5] « Plan National Nutrition Santé 2011-2015. » In : *Ministère Aff. Soc. Santé Droits Femmes* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf > (consulté le 9 novembre 2013)
- [6] BASDEVANT A., Éd. *Médecine et chirurgie de l'obésité: traité*. Paris, France : Médecine Sciences publications, , DL 2011, 2011. 799 p.ISBN : 978-2-257-20450-9.
- [7] « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ». In : *Haute Aut. Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours?xtmc=&xtcr=1 > (consulté le 27 mai 2014)
- [8] FAYEMENDY P. J. M. *La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne: difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration*. Thèse d'exercice. France : Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2012. 99 p.
- [9] AVODE Z. *La prise en charge de l'obésité: attitudes et pratiques des médecins généralistes en Haute-Vienne*. Thèse d'exercice. France : Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2010. 117 p.
- [10] CAMPBELL K., ENGEL H., TIMPERIO A., COOPER C., CRAWFORD D. « Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices ». *Obes. Res.* septembre 2000. Vol. 8, n°6, p. 459-466.
- [11] EPSTEIN L., OGDEN J. « A qualitative study of GPs' views of treating obesity ». *Br. J. Gen. Pract.* 1 octobre 2005. Vol. 55, n°519, p. 750-754.
- [12] EPLING J. W., MORLEY C. P., PLOUTZ-SNYDER R. « Family physician attitudes in managing obesity: a cross-sectional survey study ». *BMC Res. Notes.* 2011. Vol. 4, p. 473.
- [13] FOSTER G. D., WADDEN T. A., MAKRIS A. P., DAVIDSON D., SANDERSON R. S., ALLISON D. B., KESSLER A. « Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment ». *Obes. Res.* octobre 2003. Vol. 11, n°10, p. 1168-1177.
- [14] ELEY D. S., ELEY R. M. « How do rural GPs manage their inactive and overweight patients?--A pilot study of rural GPs in Queensland ». *Aust. Fam. Physician.* septembre 2009. Vol. 38, n°9, p. 747-748.
- [15] TSAI A. G., WADDEN T. A. « Treatment of Obesity in Primary Care Practice in the United States: A Systematic Review ». *J. Gen. Intern. Med.* septembre 2009. Vol.

24, n°9, p. 1073-1079.

[16] SALINAS G. D., GLAUSER T. A., WILLIAMSON J. C., RAO G., ABDOLRASULNIA M. « Primary care physician attitudes and practice patterns in the management of obese adults: results from a national survey ». *Postgrad. Med.* septembre 2011. Vol. 123, n°5, p. 214-219.

[17] FERRANTE J. M., PIASECKI A. K., OHMAN-STRICKLAND P. A., CRABTREE B. F. « Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients ». *Obes. Silver Spring Md.* septembre 2009. Vol. 17, n°9, p. 1710-1716.

[18] BOCQUIER A., PARAPONARIS A., GOURHEUX J.-C., LUSSAULT P.-Y., BASDEVANT A., VERGER P. « Obesity management knowledge, attitudes and practices of general practitioners in southeastern France; results of a telephone survey ». *Presse Médicale Paris Fr.* 18 juin 2005. Vol. 34, n°11, p. 769-775.

[19] THUAN J.-F., AVIGNON A. « Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France ». *Int. J. Obes.* 2005. septembre 2005. Vol. 29, n°9, p. 1100-1106.

[20] BOOTH A. O., NOWSON C. A. « Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner ». *BMC Fam. Pract.* 2010. Vol. 11, p. 8.

[21] WADDEN T. A., ANDERSON D. A., FOSTER G. D., BENNETT A., STEINBERG C., SARWER D. B. « Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices ». *Arch. Fam. Med.* octobre 2000. Vol. 9, n°9, p. 854-860.

[22] KO J. Y., BROWN D. R., GALUSKA D. A., ZHANG J., BLANCK H. M., AINSWORTH B. E. « Weight loss advice U.S. obese adults receive from health care professionals ». *Prev. Med.* décembre 2008. Vol. 47, n°6, p. 587-592.

[23] TAN D., ZWAR N. A., DENNIS S. M., VAGHOLKAR S. « Weight management in general practice: what do patients want? ». *Med. J. Aust.* 17 juillet 2006. Vol. 185, n°2, p. 73-75.

[24] POTTER M. B., VU J. D., CROUGHAN-MINIHANE M. « Weight management: what patients want from their primary care physicians ». *J. Fam. Pract.* juin 2001. Vol. 50, n°6, p. 513-518.

[25] JOHANSSON K., BENDTSEN P., AKERLIND I. « Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation ». *Eur. J. Public Health.* décembre 2005. Vol. 15, n°6, p. 615-620.

[26] THAM M., YOUNG D. « The role of the General Practitioner in weight management in primary care--a cross sectional study in General Practice ». *BMC Fam. Pract.* 2008. Vol. 9, p. 66.

[27] LAMANDÉ J.-P., GALTIER D., ALEXIS A., ROY E., SOCHA L., DEFRANCE C., DARNÉ B., PANNIER B., RAISON J. « Comparaison des caractéristiques de patients obèses hospitalisés ou pris en charge en ambulatoire par un réseau, dans le département de l'Essonne ». *Médecine Mal. Métaboliques.* octobre 2011. Vol. 5, n°5, p. 559-566.

[28] DE SOUSA MARTIN V., MENARD D. *Quelles représentations les patients obèses ont-ils de leur maladie?: étude qualitative en Limousin et dans l'Indre en 2012.* Thèse d'exercice en médecine. Limoges, France : S.C.D. de l'Université, 2013. 117 p.

- [29] KELLY T., YANG W., CHEN C.-S., REYNOLDS K., HE J. « Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030 ». *Int. J. Obes.* 2005. septembre 2008. Vol. 32, n°9, p. 1431-1437.
- [30] FINUCANE M. M., STEVENS G. A., COWAN M. J., DANAEI G., LIN J. K., PACIOREK C. J., SINGH G. M., GUTIERREZ H. R., LU Y., BAHALIM A. N., FARZADFAR F., RILEY L. M., EZZATI M. « National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants ». *The Lancet*. février 2011. Vol. 377, n°9765, p. 557-567.
- [31] « L'obésité dans le monde - ». In : *Alcimed Société Cons. En Strat.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.alcimed.com/html/fr/lobesite-dans-le-monde> > (consulté le 9 août 2014)
- [32] DE SAINT POL T. « L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent ». [s.l.] : [s.n.], 2007. Disponible sur : < http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1123®_id=0 > (consulté le 9 août 2014)
- [33] « Enquête nationale ObEpi ». In : *Roche* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.roche.fr/home/recherche/domaines_therapeutiques/cardio_metabolisme/enquete_nationale_obepi.html > (consulté le 20 septembre 2014)
- [34] BOYER V. « N° 1131 - Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prévention de l'obésité ». In : *Assem. Natl.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2008. Disponible sur : < <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1131.asp> > (consulté le 10 août 2014)
- [35] EMERY C., LAFUMA A., KHOSHNOOD B., FAGNANI F., DINET J., SERMET C. « Évaluation du coût associé à l'obésité en France ». *Médecine Mal. Métaboliques*. juin 2007. Vol. 1, n°2, p. 28-34.
- [36] UNGER R. H., SCHERER P. E. « Gluttony, sloth and the metabolic syndrome: a roadmap to lipotoxicity ». *Trends Endocrinol. Metab. TEM*. juin 2010. Vol. 21, n°6, p. 345-352.
- [37] SORENSEN T. I. A. « Conference on "Multidisciplinary approaches to nutritional problems". Symposium on "Diabetes and health". Challenges in the study of causation of obesity ». *Proc. Nutr. Soc.* février 2009. Vol. 68, n°1, p. 43-54.
- [38] WELLS J. C. K., SIERVO M. « Obesity and energy balance: is the tail wagging the dog? ». *Eur. J. Clin. Nutr.* novembre 2011. Vol. 65, n°11, p. 1173-1189.
- [39] « INCA 2 : les résultats d'une grande étude ». In : *Agence Natl. Sécurité Sanit. Aliment. Environ. Trav.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2006. Disponible sur : < <https://www.anses.fr/fr/content/inca-2-les-r%C3%A9sultats-dune-grande-%C3%A9tude> > (consulté le 28 août 2014)
- [40] BLUNDELL J. E., KING N. A. « Overconsumption as a cause of weight gain: behavioural-physiological interactions in the control of food intake (appetite) ». *Ciba Found. Symp.* 1996. Vol. 201, p. 138-154; discussion 154-158, 188-193.
- [41] DREWNOWSKI A., BELLISLE F. « Liquid calories, sugar, and body weight ». *Am. J. Clin. Nutr.* mars 2007. Vol. 85, n°3, p. 651-661.
- [42] ALLISON D. B. « Liquid calories, energy compensation and weight: what we know and what we still need to learn ». *Br. J. Nutr.* février 2014. Vol. 111, n°3,

p. 384-386.

[43] « Régimes amaigrissants ». In : ANSES [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2010. Disponible sur : < <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9gimes-amaigrissants> > (consulté le 10 août 2014)

[44] BLUNDELL J. E. « What foods do people habitually eat? A dilemma for nutrition, an enigma for psychology ». *Am. J. Clin. Nutr.* janvier 2000. Vol. 71, n°1, p. 3-5.

[45] QUILLIOT D., ROCHÉ G., MOHEBBI H., SIRVAUX M.-A., BÖHME P., ZIEGLER O. « Nonsurgical management of obesity in adults ». *Presse Médicale Paris Fr.* 1983. septembre 2010. Vol. 39, n°9, p. 930-944.

[46] BERDAH C. « Obésité et troubles psychopathologiques ». *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* avril 2010. Vol. 168, n°3, p. 184-190.

[47] LECERF J.-M. « Obésité. Pourquoi les régimes échouent-ils ? ». *Nutr. Clin. Métabolisme* [En ligne]. n°0,. Disponible sur : < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0985056212000921> > (consulté le 23 janvier 2013)

[48] OPPERT J.-M. « Méthodes d'évaluation de l'activité physique habituelle et obésité ». *Sci. Sports.* avril 2006. Vol. 21, n°2, p. 80-84.

[49] « La dépense énergétique-Collège des Enseignants de Nutrition ». In : *Univ. Médicale Virtuelle Francoph.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2010. Disponible sur : < http://umvf.univ-nantes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_3/site/html/cours.pdf > (consulté le 22 septembre 2014)

[50] « Baromètre santé nutrition 2008 ». In : *Inst. Natl. Prév. D'éducation Pour Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2008. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1270.pdf> > (consulté le 17 août 2014)

[51] SAVANOVITCH C., DESCHAMPS V., ARNAULT N., CASTETBON K., BERTRAIS S., MENNEN L., GALAN P., HERCBERG S. « Évolution de la consommation alimentaire dans l'étude SU.VI.MAX (1995-2002) ». *Cah. Nutr. Diététique.* avril 2005. Vol. 40, n°2, p. 97-102.

[52] POULAIN J. P. « Les dimensions sociales de l'obésité ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* mai 2001. Vol. 14, n°3, p. 185-186.

[53] LESLIE W. S., HANKEY C. R., LEAN M. E. J. « Weight gain as an adverse effect of some commonly prescribed drugs: a systematic review ». *QJM Mon. J. Assoc. Physicians.* juillet 2007. Vol. 100, n°7, p. 395-404.

[54] BEKSINSKA M. E., SMIT J. A., KLEINSCHMIDT I., MILFORD C., FARLEY T. M. M. « Prospective study of weight change in new adolescent users of DMPA, NET-EN, COCs, nonusers and discontinuers of hormonal contraception ». *Contraception.* janvier 2010. Vol. 81, n°1, p. 30-34.

[55] GALLO M. F., LOPEZ L. M., GRIMES D. A., CARAYON F., SCHULZ K. F., HELMERHORST F. M. « Combination contraceptives: effects on weight ». *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014. Vol. 1, p. CD003987.

[56] ADAMS K. F., SCHATZKIN A., HARRIS T. B., KIPNIS V., MOUW T., BALLARD-BARBASH R., HOLLENBECK A., LEITZMANN M. F. « Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old ». *N. Engl. J. Med.* 24 août 2006. Vol. 355, n°8, p. 763-778.

[57] LOPEZ-JIMENEZ F. « Speakable and unspeakable facts about BMI and

mortality ». *The Lancet*. 3 avril 2009. Vol. 373, n°9669, p. 1055-1056.

[58] ZIEGLER O., FILIPECKI J., GIROD I., GUILLEMIN F. « Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality Of Life, Obesity and Dietetics (QOIOD) rating scale ». *Diabetes Metab.* juin 2005. Vol. 31, n°3, p. 273-283.

[59] ATTALI C., BAIL P. « Référentiel métier et compétences des médecins généralistes : les 6 grandes compétences ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/8_-_Les_6_grandes_compétences.pdf > (consulté le 22 septembre 2014)

[60] VAN ROYEN P., BASTIAENS H., D'HONDT A., PROVOOST C., VAN DER BORGHT W. « Surcharge pondérale et obésité chez l'adulte en pratique de médecine générale ». *Société Sci. Médecine Générale*. 2006. p. 32.

[61] QUILLIOT D., BÖHME P., MALGRAS A., ZIEGLER O. « L'obésité du sujet âgé ». *Nutr. Clin. Métabolisme*. juin 2013. Vol. 27, n°2, p. 95-101.

[62] FOUCAUD J., BURY J. A., BALCOU-DEBUSSCHE M., EYMARD C. « Education thérapeutique du patient ». In : *Inpes* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1302.pdf> > (consulté le 26 août 2014)

[63] « Éducation thérapeutique : définition, finalités et organisation. Recommandations ». In : *HAS* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2007. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf > (consulté le 22 septembre 2014)

[64] DA SILVA PIRES E., JACOBI D., COUET C. « Médecins généralistes et chirurgie bariatrique : une enquête qualitative ». *Obésité*. décembre 2012. Vol. 7, n°4, p. 240-249.

[65] « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ». In : *Organ. Mond. Santé* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2004. Disponible sur : < <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/fr/index.html> > (consulté le 9 novembre 2013)

[66] ROUCH V., SCHMITT L., SZTULMAN H., SANGUIGNOL F., RUFFIE S. « Psychothérapie interpersonnelle chez les sujets obèses résistants ». *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* avril 2001. Vol. 159, n°3, p. 234-240.

[67] FAURE S. « Médicaments de l'obésité ». *Actual. Pharm.* janvier 2014. Vol. 53, n°532, p. 53-55.

[68] PROCHASKA J. O., DICLEMENTE C. C., NORCROSS J. C. « In search of how people change. Applications to addictive behaviors ». *Am. Psychol.* septembre 1992. Vol. 47, n°9, p. 1102-1114.

[69] FAYEMENDY P., AVODÉ Z., PIVOIS L., DE ROUVRAY C., JÉSUS P., DESPORT J.-C. « Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? ». *Cah. Nutr. Diététique*. septembre 2011. Vol. 46, n°4, p. 199-205.

[70] FORMAN-HOFFMAN V., LITTLE A., WAHLS T. « Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians ». *BMC Fam. Pract.* 6 juin 2006. Vol. 7, p. 35.

[71] BOCQUIER A., PARAPONARIS A., GOURHEUX J.-C., LUSSAULT P.-Y., BASDEVANT A., VERGER P. « La prise en charge de l'obésité: Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats

- d'une enquête téléphonique ». *Presse Médicale*. juin 2005. Vol. 34, n°11, p. 769-775.
- [72] LÓPEZ-AZPIAZU I., MARTÍNEZ-GONZÁLEZ M. A., KEARNEY J., GIBNEY M., MARTÍNEZ J. A. « Perceived barriers of, and benefits to, healthy eating reported by a Spanish national sample ». *Public Health Nutr.* juin 1999. Vol. 2, n°2, p. 209-215.
- [73] OLMSTED M. P., MCFARLANE T. « Body Weight and Body Image ». *BMC Womens Health* [En ligne]. 25 août 2004. Vol. 4 Suppl 1, p. S5. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-4-S1-S5> >
- [74] OGDEN J., BANDARA I., COHEN H., FARMER D., HARDIE J., MINAS H., MOORE J., QURESHI S., WALTER F., WHITEHEAD M. A. « General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it? ». *Patient Educ. Couns.* septembre 2001. Vol. 44, n°3, p. 227-233.
- [75] « Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France ». In : *Assoc. Fr. Détude Rech. Sur Obésité* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://www.afero.asso.fr/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=6 > (consulté le 26 août 2014)
- [76] BASDEVANT A., LAVILLE M., ZIEGLER O., ASSOCIATION FRANÇAISE D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES SUR L'OBÉSITÉ (AFERO), ASSOCIATION DE LANGUE FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU DIABÈTE ET DES MALADIES METABOLIQUES (ALFEDIAM), SOCIÉTÉ DE NUTRITION ET DE DIÉTÉTIQUE DE LANGUE FRANÇAISE (SNDLF). « Recommendations for the diagnosis, the prevention and the treatment of obesity ». *Diabetes Metab.* avril 2002. Vol. 28, n°2, p. 146-150.
- [77] KAMINSKY J., GADALETA D. « A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients ». *Obes. Surg.* février 2002. Vol. 12, n°1, p. 14-18.
- [78] BUDD G. M., MARIOTTI M., GRAFF D., FALKENSTEIN K. « Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review ». *Appl. Nurs. Res. ANR.* août 2011. Vol. 24, n°3, p. 127-137.
- [79] HARVEY E. L., HILL A. J. « Health professionals' views of overweight people and smokers ». *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. J. Int. Assoc. Study Obes.* août 2001. Vol. 25, n°8, p. 1253-1261.
- [80] JAKOUBOVITCH S., BOURNOT M.-C., CERCIER E., TUFFREAU F. « Les emplois du temps des médecins généralistes ». In : *Dir. Rech. Études L'évaluation Stat.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf> > (consulté le 26 août 2014)
- [81] VAN DIJK L., OTTERS H. B., SCHUIT A. J. « Moderately overweight and obese patients in general practice: a population based survey ». *BMC Fam. Pract.* 2006. Vol. 7, p. 43.
- [82] DIOUF I., CHARLES M. A., DUCIMETIÈRE P., BASDEVANT A., ESCHWEGE E., HEUDE B. « Evolution of obesity prevalence in France: an age-period-cohort analysis ». *Epidemiol. Camb. Mass.* mai 2010. Vol. 21, n°3, p. 360-365.
- [83] PISCHON T., BOEING H., HOFFMANN K., et al. « General and abdominal adiposity and risk of death in Europe ». *N. Engl. J. Med.* 13 novembre 2008. Vol. 359, n°20, p. 2105-2120.
- [84] « Instruction N°DGS/DGOS du 29 juillet 2011, PNNS-PNO-ARS ». In :

- Secrétariat Déat À Santé [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2011. Disponible sur : < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_PNNS_PNO_ARS_juillet2011.pdf > (consulté le 26 septembre 2014)
- [85] ANNIS N. M., CASH T. F., HRABOSKY J. I. « Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences ». *Body Image*. mai 2004. Vol. 1, n°2, p. 155-167.
- [86] FOGELMAN Y., VINKER S., LACHTER J., BIDERMAN A., ITZHAK B., KITAI E. « Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians ». *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. J. Int. Assoc. Study Obes.* octobre 2002. Vol. 26, n°10, p. 1393-1397.
- [87] « ENNS : étude nationale nutrition santé ». In : *Inst. Veille Sanit.* [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2006. Disponible sur : < <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/ENNS-etude-nationale-nutrition-sante> > (consulté le 9 août 2014)
- [88] FAURE A. « Prescription de l'activité physique chez les adultes en surpoids : analyse des freins en médecine générale ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < <http://doccismef.chu-rouen.fr/dc/#env=basic&n=20&f=1&s=&format=null&lang=fr&wt=true&res=null&tab=0&filter=null&objti=DOC&ee=false&q=le%20m%C3%A9decin%20g%C3%A9n%C3%A9raliste%20et%20la%20pr%C3%A9vention%20ob%C3%A9sité%20cornet> > (consulté le 18 août 2014)
- [89] « Surpoids et obésité de l'adulte : Conseils pratiques activité physique ». In : HAS [En ligne]. [s.l.] : [s.n.], 2011. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_cons_pra_obeiste_adulte_conseils_pratiques_activites_physiques.pdf > (consulté le 31 août 2014)
- [90] AVIGNON A., ATTALIN V. « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité ». *Cah. Nutr. Diététique*. avril 2013. Vol. 48, n°2, p. 98-103.
- [91] OLMSTED M. P., MCFARLANE T. « Body Weight and Body Image ». *BMC Womens Health*. 25 août 2004. Vol. 4 Suppl 1, p. S5.
- [92] JÉSUS P. *Annuaire de l'activité physique destiné aux patients en excès de poids*. [s.l.] : Centre de Spécialité de l'Obésité (CSO) du Limousin, CHU Limoges, 2014.
- [93] SIMON C., SCHWEITZER B., TRIBY E., HAUSSER F., COPIN N., KELLOU N., PLATAT C., BLANC S. « Promouvoir l'activité physique, lutter contre la sédentarité et prévenir le surpoids chez l'adolescent, c'est possible : les leçons d'ICAPS ». *Cah. Nutr. Diététique*. juin 2011. Vol. 46, n°3, p. 130-136.

Annexe 1 - Questionnaire : Avis des patients obèses sur leur PEC

DONNEES GENERALES (1)

Date de consultation : __/__/__

- Age : ____ans
- Département d'origine : 87 19 23 Autre (précisez) : _____
- Sexe : Homme Femme
- Profession (précisez) : _____
- Qui vous a adressé en consultation de nutrition ? * Moi-même * Mon médecin généraliste
* Un chirurgien orthopédiste
* Un chirurgien viscéral
* Autre (précisez) : _____
- Avez-vous déjà consulté un praticien pour votre problème de poids ? Oui Non
→ Si « Oui », précisez qui : * Mon médecin généraliste * Un médecin nutritionniste
* Un médecin endocrinologue * Une diététicienne
* Un chirurgien * Autre (précisez) : _____
- Avez-vous déjà fait un régime ? Oui Non → Si oui, précisez lequel : _____
- Quel poids maximum avait-vous fait ? * Celui d'aujourd'hui * Autre (précisez) : _____kg
* Je ne sais pas
- Avez-vous déjà réussi à perdre du poids ? Oui Non
→ Si « Oui », en avez-vous repris ? Oui Non
→ Si « Oui », à quel niveau ? * Au-delà du poids antérieur (= plus qu'avant le régime)
* Jusqu'au poids antérieur (= avant le régime)
* En dessous du poids antérieur (= moins qu'avant le régime)
* Je ne sais pas
- Pensez-vous pouvoir atteindre votre objectif de poids ? Oui Non
- Pratiquez-vous une activité physique (équivalente à 30 min de marche rapide) ? Oui Non
→ Si « Oui », laquelle ou lesquelles ? _____
→ A quelle fréquence ? * 1 fois par semaine
* 3 fois par semaine
* plus de 3 fois par semaine
- Y a-t-il des personnes en surpoids ou obèses dans votre foyer ? Oui Non
- Avez-vous déjà subi des remarques désobligeantes ou des attitudes négatives ou vis-à-vis de votre excès de poids ? Oui Non
→ Si « Oui », de la part de qui ? * Votre entourage familial * Votre entourage professionnel
* Votre médecin → Précisez : - Médecin généraliste
- Médecin nutritionniste
- Médecin endocrinologue
- Chirurgien
- Autre médecin (précisez) : _____
*Autre (précisez) : _____
- Vous sentez-vous déprimé par votre situation pondérale actuelle ? Oui Non
- Vous sentez-vous dépassé par votre situation pondérale actuelle ? Oui Non
- Pensez-vous qu'une prise en charge psychologique puisse vous être utile ? Oui Non

(1) Pour les questions à choix multiple, merci de ne cocher qu'une seule case.

VOTRE PRISE EN CHARGE PAR LE MEDECIN GENERALISTE ⁽²⁾

(2) Pour chaque ligne du tableau, merci de ne cocher qu'une seule case.

	OUI	NON
Etes-vous pesé régulièrement au cabinet de médecine générale ?		
Etes-vous mesuré régulièrement au cabinet de médecine générale ?		
Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà délivré des conseils diététiques ? → Si « Oui », quel type de conseils ? (Précisez) _____		
Votre médecin généraliste vous délivre-t-il régulièrement des conseils d'activité physique ? → Si « Oui », quels types de conseils ? (Précisez) _____		
Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà proposé une prise en charge psychologique?		
Votre médecin généraliste vous informe-t-il régulièrement des risques liés à votre excès de poids ? → Si « Oui », quels sont ces risques ? (Précisez) _____		
Pensez-vous que votre médecin généraliste vous apporte une aide dans votre lutte contre l'excès de poids ?		
Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà dit que vous êtes obèse ?		

OBSTACLE A LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE ⁽³⁾

Qu'est-ce qui d'après-vous représente un obstacle à la prise en charge de votre obésité ? (3) Pour chaque ligne du tableau, merci de ne cocher qu'une seule case.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Votre entourage familial.			
Votre entourage professionnel.			
Votre situation économique.			
Le manque de structure d'activités physiques à proximité de chez vous.			
L'absence de remboursement de la consultation auprès de la diététicienne.			
L'absence de remboursement de la consultation auprès du psychologue.			
Les délais de consultation chez les médecins spécialistes trop longs.			
Le manque de coordination entre les professionnels de santé.			
Le manque d'intérêt des médecins pour l'obésité.			
Les difficultés à suivre les conseils diététiques car ils sont trop complexes.			
Les difficultés à suivre les conseils diététiques par manque de motivation ou découragement.			
Les difficultés à suivre les conseils diététiques car les praticiens qui vous suivent donnent des conseils contradictoires.			
La difficulté à pratiquer une activité physique par manque de temps.			
La difficulté à pratiquer une activité physique par manque de motivation.			
La difficultés à pratiquer une activité physique par crainte du regard des autres.			
Votre réticences à une prise en charge psychologique ?			

Autre(s) obstacle(s) (précisez) : _____

SUGGESTIONS D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT OBESE EN MEDECINE GENERALE ⁽⁴⁾

Qu'est-ce qui d'après-vous permettrait d'améliorer la prise en charge de votre obésité par votre médecin généraliste ?

(4) Pour chaque ligne du tableau, merci de ne cocher qu'une seule case.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Améliorer la coordination entre vos praticiens.			
Rembourser la consultation auprès du diététicien.			
Développer des structures d'aide à l'activité physique pour les patients obèses.			
Développer des groupes de parole entre patients obèses.			
Développer des ateliers d'éducation nutritionnelle.			
Augmenter le nombre de consultations de suivi chez votre médecin généraliste.			
Améliorer l'accès à la prise en charge par un psychologue ou un psychiatre.			
Développer des centres spécialisés de traitement de l'obésité.			

Autre(s) suggestion(s) (précisez) : _____

SUGGESTIONS D'AMELIORATION DES MESURES PREVENTIVES CONTRE L'OBESITE EN FRANCE ⁽⁵⁾

Qu'est-ce qui d'après-vous permettrait d'améliorer la prévention de l'obésité en France ?

(5) Pour chaque ligne du tableau, merci de ne cocher qu'une seule case.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Développer l'éducation nutritionnelle à l'école.			
Dépister et prendre en charge l'obésité dès l'enfance.			
Lutter contre les attitudes négatives envers les personnes obèses.			
Sensibiliser le grand public contre les effets néfastes du temps de passage devant les écrans (télévisions, ordinateur, etc) .			
Limiter les annonces publicitaires pour les produits trop gras, trop sucrés et trop salés.			
Multiplier les annonces publicitaires pour la prévention de l'obésité.			
Eduquer toute la famille à une bonne alimentation.			

Avez-vous d'autre suggestion pour améliorer la prévention de l'obésité (précisez) ?

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR

• **Lieu de consultation :** UTN Limoges CH Tulle CH guéret CH Brive

• **Poids :** _____ kg

• **Taille :** _____ cm

• **IMC :** _____

• **Tour de taille :** _____ cm

• **Comorbidités associées :** Oui Non

→ **Si « Oui », préciser :**

* HTA

* Diabète 2

* Dyslipidémie

* Gonarthrose

* NASH

* SAOS (→ *appareillé* : oui non)

* AVC/coronaropathie

* Syndrome dépressif

* TCA

* Incontinence urinaire

* Autre : _____

• **Merci de vous assurer qu'il s'agit bien d'une première consultation nutrition !**

Table des figures

Figure 1 : Évolution de l'IMC selon l'âge et le sexe depuis 1981	20
Figure 2 : Prévalence de l'obésité par zone d'aménagement du territoire	21
Figure 3 : Relation entre l'indice de masse corporelle et la mortalité	35
Figure 5: Compétences du médecin généraliste	39
Figure 6: Outil de calcul de l'indice de masse corporelle.....	40
Figure 7 : Mesure du tour de taille	42
Figure 8 : Stades du changement de Prochaska et DiClemente	55
Figure 9 : Région Limousin	65
Figure 10 : Répartition de la population selon la classe d'IMC (indice de masse corporelle)	70
Figure 11 : Répartition des patients selon leur lieu de consultation	71
Figure 12 : Répartition des patients selon leur département d'origine	71
Figure 13 : Répartition des patients par tranche d'âge	71
Figure 14 : Répartition des patients selon leur statut professionnel	72
Figure 15 : Répartition des patients selon la personne les ayant adressé en consultation de Nutrition.....	72
Figure 18 : Répartition des patients selon le praticien consulté antérieurement pour le problème pondéral ou l'absence de consultation antérieure	74
Figure 19 : Type d'activité physique pratiquée	76
Figure 20 : Répartition par spécialité des médecins que les patients avaient cité comme ayant eu des attitudes négatives vis-à-vis de leur excès de poids	76
Figure 21 : Prévalence de patients ayant reçu deux types de conseils et prévalence de patients ayant reçu les trois types de conseils pour la PEC de leur obésité par leur médecin généraliste	78
Figure 22 : Représentation des risques liés à l'obésité cités par les patients	79

Table des tableaux

Tableau 1 : Augmentation relative du nombre de personnes obèses entre deux enquêtes..	20
Tableau 2 : Évaluation de la dépense énergétique de repos (kcal/j) en fonction du sexe, de l'âge et du poids (kg).....	28
Tableau 3 : Facteur dépendant du niveau d'activité physique et du sexe, permettant d'évaluer la dépense énergétique des 24 heures.....	28
Tableau 4 : Principales méthodes de mesure de l'activité physique habituelle et paramètres mesurés	29
Tableau 5 : Interprétation de l'indice de masse corporelle chez l'adulte.....	40
Tableau 6 : Niveau de risque de morbi-mortalité associé au tour de taille et à la corpulence chez l'homme et chez la femme	43
Tableau 7 : Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités.	48
Tableau 8 : Objectifs pédagogiques pour la promotion de l'activité physique en fonction de la pratique habituelle du sujet.....	51
Tableau 9 : Exemples d'activités physiques (marche, vie quotidienne, loisirs, sports) en fonction de leur intensité.	53
Tableau 10 : Obstacles à la prise en charge de l'obésité énoncés dans le questionnaire	67
Tableau 11 : Suggestions d'amélioration de la prise en charge en médecine générale proposées dans le questionnaire	68
Tableau 12 : Suggestions d'amélioration des mesures préventives en France proposées dans le questionnaire.....	68
Tableau 13 : Caractéristiques générales quantitatives de la population	70
Tableau 14 : Caractéristiques générales qualitatives de la population interrogée	75
Tableau 15 : Évaluation par les patients de leur PEC au cabinet de médecine générale	77
Tableau 16 : Obstacles rencontrés par les patients à la PEC de l'obésité	80
Tableau 17 : Suggestions d'amélioration de la PEC de l'obésité en médecine générale.....	81
Tableau 18 : Suggestions d'amélioration des mesures préventives contre l'obésité	82
Tableau 19 : Caractéristiques générales quantitatives selon le sexe	83
Tableau 20 : Comparaison des données qualitatives entre les hommes et les femmes.....	84
Tableau 21 : Caractéristiques générales quantitatives comparées selon l'existence ou non d'une consultation antérieure pour le problème pondéral.....	85
Tableau 22 : Comparaison des données qualitatives entre les patients ayant consulté antérieurement pour leur problème pondéral et ceux n'ayant jamais consulté	86

RÉSUMÉ

Évaluation par les patients en région Limousin de la PEC de leur obésité en médecine générale et suggestions d'améliorations

Introduction : D'après les médecins généralistes (MG), les difficultés de PEC sont surtout liées à la mauvaise compliance des patients aux conseils donnés. L'étude avait pour but de rapporter le point de vue des patients sur leur PEC antérieure, les obstacles identifiés à cette PEC, les suggestions en termes d'amélioration de PEC et de prévention.

Méthode : Durant 8 mois, un questionnaire anonyme était rempli par les patients adultes obèses vus en consultation de Nutrition de 4 hôpitaux en région Limousin.

Résultats : 110 patients étaient vus, d'IMC 39,5+/-6,2. 60,0% étaient des femmes. 58,7% avaient subi des attitudes négatives dont 30,2% par leurs médecins, 72,2% se sentaient dépassés par leur problème de poids, 38,1% envisageaient une PEC psychologique. Les femmes se sentaient plus déprimées et plus dépassées que les hommes. 43,1% des patients étaient régulièrement pesés par le MG. 36,2% avaient reçu des conseils diététiques, 33,9% des conseils d'activité physique, 9,1% une proposition d'aide psychologique, 1,9% avaient eu à la fois ces trois types de PEC. 41,8% pensaient que le MG leur apportait une aide. Les principaux obstacles à la PEC étaient le manque de motivation à pratiquer une activité physique (60,2%) et à suivre les conseils diététiques (58,9%). La première suggestion d'amélioration était de rembourser les consultations diététiques (79,1%).

Conclusion : Près de 60% des obèses avaient subi des attitudes négatives, et un mauvais état psychologique de ces patients était fréquent, surtout du côté des femmes. D'après eux, leur PEC de base était médiocre, voire très faible pour l'approche psychologique. Les patients admettaient un manque de motivation de leur part, mais souhaitaient fortement des mesures sociales et de prévention.

Mots-clés : obésité, patients obèses adultes, médecin généraliste, obstacles, PEC, suggestions d'amélioration

ABSTRACT

EVALUATION BY PATIENTS IN THE LIMOUSIN REGION IN SUPPORT OF THEIR OBESITY IN GENERAL PRACTICE AND SUGGESTIONS FOR IMPROVEMENTS

Introduction: According to the general practitioners (GP), the difficulties to care are especially connected to poor patients compliance with advices. The study reported the point of view of patients on their previous care, the barriers identified to care, the suggestions for improvement to care and prevention.

Method: During 8 months, obese adults patients in nutrition consultations at 4 french hospitals completed an anonymous questionnaire in the French region of Limousin.

Results: 110 patients were seen, of BMI 39.5 +/-6.2. 60.0 % were women. 58.7 % had undergone the negative attitudes among which 30.2 % by their doctors, 72.2 % felt overwhelmed by their weight problem, 38.1 % envisaged a psychological care. The women felt more depressed and more exceeded than the men. 43.1 % of the patients were regularly weighed by the GP. 36.2 % had received dietary advices, 33.9 % advices of physical activity, 9.1 % a proposal of psychological help, 1.9 % had at the same time these three types of care. 41.8 % thought that the GP brought them help. Main obstacles to care were lack of motivation to practice physical activity (60.2 %) and to follow dietary advices (58.9 %). First suggestion for improvement was to repay dietary consultations (79.1 %).

Conclusion: About 60 % of obese people observed had undergone negative attitudes, and a bad psychological state of these patients was frequent, especially on the side of women. According to them, their care was poor, or very poor for the psychological approach. Patients admitted a lack of motivation from them, but strongly wished social measures and prevention.

Keywords : obesity, obese adults, general practitioner, barriers, care, suggestions for improvement