

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Quantification des freins rencontrés par les MG lors de la prise en charge des patients adultes obèses

Etude quantitative réalisée dans les départements du Maine et Loire, Mayenne, et Sarthe

DENIEULLE Audrey

Née le 01/05/1994 à Angers

Sous la direction de

Dr JUDALET-ILLAND Ghislaine

Dr HAMON Cédric

Membres du jury

Mme la Professeure RAMOND-ROQUIN Aline | Présidente

Mme la Docteure JUDALET-ILLAND Ghislaine | Directeur

Mr le Docteur HAMON Cédric | Codirecteur

Mme la Docteure GHALI Maria | Membre

Soutenue publiquement le :
16/01/2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Audrey DENIEULLE

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le **05/12/2024**



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUWARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine

PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine

BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie

PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine

KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Aline Ramond-Roquin,

Je tiens à te remercier de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je te suis également très reconnaissante pour les six mois de stage que j'ai passé à tes côtés à Craon.

A Madame le Docteur Ghislaine Judalet-Illand,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, ainsi que pour vos conseils et votre aide tout au long de sa réalisation. Je tiens également à vous remercier pour les échanges enrichissants pendant mon stage à Bonchamps.

A Monsieur le Docteur Cédric Hamon,

Merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse et pour vos conseils, votre soutien et vos remarques constructives tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Maria Ghali,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et pour l'intérêt que tu portes à ce sujet. Je garde aussi un très bon souvenir de mon stage d'externat, où tu étais interne : ton écoute et ta bienveillance m'ont beaucoup marquées.

Merci à la faculté de médecine, aux ordres du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne, ainsi qu'à l'URML pour avoir diffusé le questionnaire aux médecins généralistes, rendant ainsi cette thèse possible.

Un grand merci à tous les médecins généralistes qui ont montré de l'intérêt pour ce sujet et ont pris le temps de répondre au questionnaire, permettant ainsi la réalisation de ce travail.

Merci à tous les médecins rencontrés au cours de ma formation. Vos conseils et vos échanges m'ont beaucoup apporté. Je tiens tout particulièrement à remercier le Dr Lucile Quarantin, le Dr Benoit Jamet, le Dr Pierre Ménager, le Dr Hanane Besselièvre, le Dr Sébastien Lléonart et le Dr Aristide Ketobiakou. Une pensée toute particulière pour l'équipe paramédicale de l'USLD de Saint-Nicolas pour leur accueil chaleureux.

Un grand merci aux médecins de Beaufort en vallée, de m'avoir fait confiance pour mon premier remplacement, il y a déjà plus de deux ans. Votre soutien et vos précieux conseils tout au long de cette période ont été essentiels. Je suis ravie d'avoir travaillé à vos côtés. J'ai également une pensée particulière pour les deux formidables secrétaires.

REMERCIEMENTS

À vous, mes parents

Sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Merci de m'avoir transmis vos valeurs et de m'avoir soutenue au quotidien tout au long de ces longues années d'études. Merci pour votre soutien sans faille et de l'intérêt que vous avez porté pour mes études.

Merci pour cette complicité familiale qui nous unit. Elle a permis de créer de beaux souvenirs et en promet encore beaucoup d'autres.

A toi maman, merci d'être ma confidente.

A toi papa, merci de répondre toujours présent.

À Matt, mon frère,

Le premier à avoir cru en moi pour les études de médecine, je te remercie du fond du cœur. Je suis fière de la complicité que nous partageons. Merci de m'avoir transmis le goût de la musique dès mon plus jeune âge, pour tous les concerts vécus ensemble, nos parodies sur papa, nos fous rires (je rie encore pour la part de gâteau), et ces discussions téléphoniques interminables où le téléphone fini par couper. Ton soutien, ton écoute et ta bienveillance comptent beaucoup pour moi.

A mes grands parents,

Merci d'avoir toujours été là pour moi. Vous avez fait de notre famille ce qu'elle est aujourd'hui : une famille unie

Merci à toute ma famille, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, pour votre soutien et pour tous ces moments passés ensemble.

A toi Raph,

Merci d'avoir été là tout au long de cette thèse, je n'aurais pas pu y arriver sans toi. À nos week-ends, à nos voyages, à nos fous rires, et tous ces moments de complicité au quotidien. Avec toi, tout semble plus simple et plus beau. J'ai hâte qu'on réalise tous nos beaux projets ensemble. Je t'aime.

A ma belle famille : Dominique et Bruno, Florian et Ysaura, Robin et Lauranne,

Merci pour votre accueil chaleureux dans votre famille, votre soutien, à tous les bons moments partagés et ceux à venir. A mes petites « zozolympiques » Bertille et Léontine.

À mes amis de Saint Jean : Solène et Tristan, Alexia et Martin, Marie et Maxime

Depuis la maternelle, on en a partagé des moments mémorables, et aujourd'hui, vous voilà devenus parents (ou presque pour certains !). Entre les pique-niques au bord de la Loire, les soirées pizza et karaoké, et nos fous rires à chaque fois qu'on se retrouve, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous.

A Marine et Marion,

À nos années collège, à nos randos en Suisse, à la rave party imprévue, à nos visios, à vos audios (oui, juste parce que c'est vous), et à nos retrouvailles en crêperie. Les années passent, mais on reste toujours en contact, et c'est toujours un plaisir de se retrouver. Merci d'être là.

REMERCIEMENTS

À vous, « les Potesses », Charlotte, Clarisse, Léna, Claire, Néva et Cindy. À nos années lycée, à nos week-ends, à nos escapades à Barcelone, Madrid, en Corse, en Dordogne, et ailleurs. À nos apéros, nos soirées jeux de société, et tous ces moments de complicité.

Merci pour tout ce que nous avons partagé ensemble, pour votre présence, autant dans les bons moments que dans les plus difficiles. Et une pensée spéciale pour vos petites boules de poils... mais non, vous ne réussirez pas à me convertir !

À toi Cindy,

Tu nous manques déjà tellement. Je n'aurais jamais imaginé devoir écrire ces mots au passé.

Ta détermination et ton courage resteront une source d'inspiration pour toujours. Tu disais souvent, avec ton sourire, « ça fera des souvenirs ». Et des souvenirs avec toi, j'en ai tant... mais j'aurais tellement voulu en créer encore d'autres. Tu resteras à jamais dans nos cœurs.

A vous les « Ataxiques » : Pauline et Paul, Jayson, Chloé L et Jordan, Chloé G et Thomas, Marine et Paul, Camille et Jérémy, Clémence, Cyrielle et Vincent, Lucile, Victorine et Adrien, Anthony

À nos journées studieuses (ou pas) à la BU, à nos soirées mémorables, à nos parties de jeux de société, et à nos rendez-vous annuels à la Bernerie...

Depuis la P2, on a partagé tellement de chose. Même si chacun a pris sa route, éparpillé aux quatre coins de la France, c'est toujours un pur bonheur de se retrouver. Je peux vous le dire: vous êtes des « vrais amis ».

A la « Coloc Gisèle », Léa et Chloé L,

Ces 6 mois au Mans, on s'en souviendra. Merci pour votre présence et votre soutien pendant cette période un peu compliquée.

A tous les co-internes rencontrés au cours de ma formation, et à tous ceux que j'ai oubliés !

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS	Organisation mondiale de la santé
MG	Médecin généraliste
IMC	Indice de masse corporelle
AVC	Accident vasculaire cérébral
NASH	Stéato-hépatite non alcoolique
PNNS	Programme national nutrition santé
HAS	Haute autorité de santé
URML	Union régionale des médecins libéraux
MSU	Maître de stage universitaire
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
CSO	Centre spécialisé de l'obésité

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME :

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Population étudiée**
- 2. Recueil des données**
- 3. Analyse des données**

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

- 1.1. Profil des médecins généralistes de l'échantillon
- 1.2. Formation des médecins généralistes sur l'obésité
- 1.3. Analyse de l'IMC des MG

2. Représentation de l'obésité

- 2.1. Perception de l'obésité en tant que maladie
- 2.2. Perception par les MG de la responsabilité des patients obèses dans leur pathologie
- 2.3. Perception du patient adulte obèse comme une personne manquant de volonté

3. L'abord de l'obésité en consultation

- 3.1. Repérer l'obésité en consultation
- 3.2. Aborder l'obésité
- 3.3. Gêne ressentie des MG lors de l'examen
- 3.4. Limitation de l'examen clinique
- 3.5. Ressenti des MG pour aborder l'obésité
- 3.6. Les freins compliquant l'abord de l'obésité

4. Prise en charge de l'obésité

- 4.1. Fréquence de la prise en charge de l'obésité en médecine générale
- 4.2. Ressenti des MG pour prendre en charge l'obésité
- 4.3. Freins liés au patient dans la prise en charge de l'obésité
- 4.4. Freins liés au médecin dans la prise en charge de l'obésité
- 4.5. Orientation vers la chirurgie bariatrique pour les patients obèses
- 4.6. Freins à l'orientation vers la chirurgie bariatrique

5. Prise en charge post-chirurgicale

- 5.1. Nombre de patients suivis après une chirurgie bariatrique.
- 5.2. Perception des médecins généralistes dans le suivi des patients post-bariatriques
- 5.3. Moments de la prise en charge post-chirurgie bariatrique avec des difficultés marquées
- 5.4. Freins au suivi postopératoire
- 5.5. Évolution de la relation médecin-patient

6. Satisfaction des médecins généralistes et propositions d'amélioration

- 6.1. Évaluation des médecins généralistes sur la prise en charge de l'obésité
- 6.2. Suggestions d'amélioration pour la prise en charge de l'obésité
 - 6.2.1. Développement de réseaux de soins
 - 6.2.2. Remboursement des consultations avec le diététicien et le psychologue
 - 6.2.3. Plus de temps médical

- 6.2.4. Prévention de l'obésité
- 6.2.5. Améliorer la formation
- 6.2.6. Améliorer l'encadrement pré et post chirurgical
- 6.2.7. Développer de nouvelles approches thérapeutiques

DISCUSSION

7. Forces et limites

- 7.1. Etude originale
- 7.2. Représentativité de l'échantillon
- 7.3. Biais de volontariat
- 7.4. Puissance de l'étude
- 7.5. Biais d'interprétation

8. Comparaison des résultats avec la littérature

- 8.1. Représentations bienveillantes de l'obésité
- 8.2. Obésité : couramment abordée, mais pas sans difficulté
- 8.3. Le patient acteur de sa santé
- 8.4. Obésité, un handicap limitant l'accès aux soins
- 8.5. Contextes de prise en charge complexe
- 8.5.1. En lien avec le patient et son environnement
 - a) Contexte social défavorisé
 - b) Les habitudes résistantes
- 8.5.2. En lien avec le médecin et l'organisation des soins
 - a) Manque de temps
 - b) Difficultés d'accès aux spécialistes
- 8.6. Les MG et la chirurgie bariatrique
- 8.6.1. Orientation
- 8.6.2. Suivi post bariatrique
- 8.7. Obésité : médecins insatisfaits mais investis

9. Perspectives

- 9.1. Renforcer la formation sur l'obésité
- 9.2. Rendre les soins contre l'obésité accessibles à tous
- 9.3. Consultation spécifique : dédier plus de temps aux patients
- 9.4. Renforcer les réseaux de soins pour une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité
- 9.5. Lever le tabou sur l'obésité et améliorer la prévention

10. Perspectives de recherche

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXE

RESUME :

Introduction : L'OMS définit le surpoids et l'obésité « comme une accumulation anormale ou excessive de graisse, qui nuit à la santé ». En 2020, la France compte 17% de sa population adulte en situation d'obésité. Le surpoids et l'obésité entraînent de nombreuses pathologies notamment cardiovasculaires et psychologiques. Le MG a une place centrale dans la prise en charge de cette maladie complexe. Cette enquête vise à quantifier les freins rencontrés par les MG à chaque étape de la prise en charge.

Matériels et Méthodes : Cette enquête quantitative, transversale et descriptive a été menée auprès des médecins généralistes, installés ou remplaçants, des départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe. Un questionnaire élaboré sur Limesurvey leur a été envoyé par mail. La collecte des données s'est déroulée de mars à juin 2024. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de BiostaTGV®.

Résultats : 134 réponses ont été analysées. Un tiers des MG estimaient que les patients obèses étaient responsables de leur maladie. Ils craignaient d'être perçus comme jugeants et préféraient attendre que le patient aborde le sujet. Beaucoup se sentaient en difficulté pour la prise en charge de l'obésité, mais ceux ayant suivi une formation étaient moins en difficulté. Les principaux freins étaient le contexte social et les habitudes des patients. Les MG manquaient de temps et considéraient l'obésité comme une maladie complexe. Ils orientaient peu vers la chirurgie bariatrique, jugée peu efficace, et manquaient de formation pour le suivi post-opératoire. Dans l'ensemble, ils étaient peu satisfaits de la prise en charge des patients obèses.

Conclusion : L'étude montre que les MG ont une perception plutôt positive de l'obésité, mais ils rencontrent encore des difficultés, surtout pour le suivi post bariatrique. Le manque de

formation, de temps et la crainte d'être jugeant restent des freins majeurs. Renforcer la formation et les réseaux de soins pourraient améliorer la prise en charge.

INTRODUCTION

L'OMS définit le surpoids et l'obésité « comme une accumulation anormale ou excessive de graisse, qui nuit à la santé ». Depuis 1997, l'obésité est caractérisée comme une maladie par l'OMS (1). L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est l'outil principal pour réaliser le diagnostic de surpoids ou d'obésité dans la population caucasienne. Une personne est dite en surpoids si elle présente un IMC supérieur à 25, et obèse si l'IMC est supérieur à 30.

En 2016, le surpoids et l'obésité touche 39% de la population mondiale. (Selon les chiffres de l'OMS). Entre 1975 et 2016 la prévalence de l'obésité mondiale a presque triplé. 39% de la population mondiale est en surpoids en 2016.

La France n'est pas épargnée, comme le montre l'enquête épidémiologique OBEPI ROCHE en 2020 (2). Elle compte 17% de sa population adulte en situation d'obésité (IMC>30), et 2% en situation d'obésité morbide (IMC>40). La prévalence de l'obésité entre 1997 et 2020 a doublé. Elle est passée de 8,5% à 17%. On note une augmentation de 66% de la prévalence de l'obésité morbide entre 2012 et 2020. L'obésité touche majoritairement les classes socioprofessionnelles moins élevées.

La région des Pays de la Loire compte 14,4% de sujets obèses. Il s'agit de l'une des régions qui présente la plus faible prévalence de l'obésité en France avec la région Ile de France.

Le surpoids et l'obésité entraînent de nombreuses pathologies impliquant un large éventail de spécialités médicales. Elle favorise l'apparition de maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux ou bien les coronaropathies (3). Elle majore le risque de développer un diabète de type 2, par l'augmentation de la graisse abdominale qui induit une insulino-résistance.

On remarque une association significative entre le surpoids et un certain nombre de cancer, notamment le cancer du sein, de l'endomètre, de la thyroïde, et de l'appareil digestif (4).

La surcharge pondérale augmente le risque de douleurs articulaires ainsi que l'apparition d'arthrose plus précocement (5). Sur le plan respiratoire, l'obésité est responsable de syndrome d'apnée du sommeil. Elle provoque également des syndromes respiratoires restrictifs entraînant une dyspnée chronique voire une insuffisance respiratoire chronique (6). Sur le plan digestif, elle favorise notamment les reflux gastro-œsophagiens, et la cirrhose non alcoolique (NASH).

Chez la femme en âge de procréer, le risque d'infertilité est plus important chez la femme en situation d'obésité. Lors de la grossesse, l'obésité favorise un certain nombre de complications telles que le diabète gestationnel, la pré éclampsie, l'hypertension artérielle gravidique (7).

Nous avons récemment observé avec l'épidémie de Covid19 que le surpoids et l'obésité étaient un facteur de risque d'hospitalisation en réanimation, mais aussi de décès (8). Le dernier rapport régional européen de l'OMS publié en mai 2022 révèle que l'obésité et le surpoids causeraient plus de 1,2 millions de décès par an en Europe, ce qui correspond à plus de 13% de la mortalité totale (9).

L'obésité entraîne, chez les personnes concernées, des troubles psychologiques, marquées par une perte d'estime de soi, une image négative de leur corps, voire une dépression. Elles se sentent jugées et subissent une certaine pression sociale, celle du culte du corps mince (10). Une étude réalisée en 2019 auprès de 33 948 adultes français, publiée dans *l'American Journal of Preventive Medicine* montre que les préjugés négatifs envers les patients obèses sont fréquents en France. Selon 45% des personnes interrogées, l'obésité est perçue comme étant liée à un manque de volonté (11).

Les patients obèses sont victimes de multiples discriminations sociales. Les femmes obèses à compétence équivalente ont moins de chance de trouver un emploi par rapport aux femmes

non obèses (12). Les patients se disent stigmatisés par les soignants (13). Les professionnels de santé rendraient responsables les patients obèses de leur maladie.

Les pouvoirs publics ont pris conscience de cette épidémie, de par le nombre croissant de sujets atteints, mais également par l'impact des coûts financiers engendrés du fait de la gestion des complications médicales. Divers PNNS (Programme National Nutrition Santé) émanant du ministère de la santé ont été lancés en 2001, puis en 2006, en 2011 et le dernier en 2019 (14). Ces programmes visent à améliorer l'état de santé des français, en promouvant l'activité physique et une alimentation équilibrée. La communication s'effectue par l'intermédiaire de slogans publicitaires tels que « manger aux moins 5 fruits et légumes par jour » et « Eviter de grignoter entre les repas ». Le Nutri-score voit le jour en France en 2017 (15). Il s'agit d'un logo apposé sur les emballages, sur lequel figure une lettre entre A et E qui correspond à une note sur la qualité nutritionnelle d'un produit.

Les dernières recommandations HAS datant de février 2024 placent le médecin généraliste au centre de la prise en charge de l'obésité (16). Le médecin généraliste a un rôle dans la prévention de l'obésité, réalise le dépistage, le diagnostic ainsi que le suivi du patient en situation d'obésité. Le médecin traitant est le coordinateur entre tous les professionnels de santé intervenant auprès du patient obèse (diététicien, psychologue, nutritionniste...). Il y a un certain nombre de travaux qui se sont focalisés sur l'analyse des pratiques des MG (17) (18). Mais peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux difficultés rencontrées par les MG au cours de la prise en charge des patients adultes obèses. Quelques études qualitatives retrouvent comme principales difficultés, le manque de temps médical, un manque de formation, un sentiment d'inefficacité (19) (20) (21). Ils souhaiteraient de meilleurs résultats et sont confrontés à de nombreux échecs ce qui entraîne une perte de motivation.

Mais également certains médecins pensent que les patients en situation d'obésité sont dans le déni de la maladie et manquent de motivation pour changer leurs habitudes de vie. Une

seule étude quantitative traitait de ce sujet en 2012 dans le département de la Haute Vienne.

(22) Cette thèse s'intéressait de façon générale aux difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge de l'obésité, et questionnait sur des pistes d'améliorations.

Afin de poursuivre la réflexion, il paraît donc pertinent de questionner les MG sur les freins qu'ils peuvent rencontrer à chaque étape de la prise en charge. En commençant, par l'abord du sujet lors du diagnostic, puis le suivi du patient obèse qui passe par la gestion des complications mais également la prise en charge thérapeutique et enfin l'accompagnement après la chirurgie bariatrique si elle a lieu.

Cette nouvelle enquête vise à quantifier les freins rencontrés par les MG à la prise en charge des patients adultes obèses dans les Pays de la Loire. Elle a pour objectifs secondaires de rechercher des facteurs influençant la présence de certains freins et d'envisager des solutions afin de les limiter et donc d'améliorer la prise en charge globale du patient obèse.

MÉTHODES

1. Population étudiée

Il s'agit d'une étude quantitative transversale et descriptive réalisée auprès des MG installés ou remplaçants exerçant dans les départements de Maine et Loire (49), Sarthe (72), et Mayenne (53).

Critères d'inclusion : être médecin généraliste, exercer dans un des départements suivants, Maine et Loire, La Sarthe ou La Mayenne.

Critère d'exclusion : tout questionnaire où les 4 premières parties n'ont pas été complétées dans leur ensemble.

2. Recueil des données

Le questionnaire a été élaboré à partir de la littérature et de plusieurs thèses qualitatives réalisées sur ce sujet. Le questionnaire comporte 39 questions et est divisé en plusieurs parties. Il a été rédigé sur Limesurvey.

La première partie évalue les caractéristiques individuelles des praticiens. La deuxième s'intéresse à leurs représentations de l'obésité. La troisième les questionne sur l'abord de l'obésité avec le patient. La quatrième les interroge sur la prise en charge et le suivi de ces patients obèses. La dernière permet d'apprécier des suggestions pour aider les MG à soigner les patients obèses.

Les données ont été recueillies à l'aide d'une échelle de Likert à 4 items, et de questions ouvertes pour permettre une recherche qualitative.

Le questionnaire a été envoyé par mail aux MG par l'intermédiaire de l'URML des Pays de la Loire, par le Conseil de l'ordre du département de la Mayenne.

Il a également été transmis à l'ensemble des MSU de la faculté de médecine d'Angers via la scolarité. Le conseil de l'ordre du département du Maine et Loire a posté le questionnaire sur son site internet.

La durée de réponse au questionnaire a été estimée à 7 minutes. Les réponses étaient anonymisées.

Les questionnaires ont été envoyés le 07/03/2024, une relance a pu être effectuée auprès des MSU le 23/04/2024. La recherche a été clôturée le 11/06/2024.

3. Analyse des données

Une analyse descriptive des réponses a été effectuée sur Excel®. Les réponses des échelles de Likert ont été regroupées en deux groupes pour analyser les données plus facilement. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel BiostaTGV®. Le test du Chi2 a été utilisé pour comparer des variables qualitatives lorsque les effectifs théoriques étaient >5 .

Dans le cas contraire, le test de Fisher a été réalisé. Le seuil de significativité (p) a été fixé à 5%.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Parmi les 167 questionnaires reçus, 33 ont été exclus car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion ou remplissaient les critères d'exclusion. Au total, 134 réponses ont été analysées (figure 1).

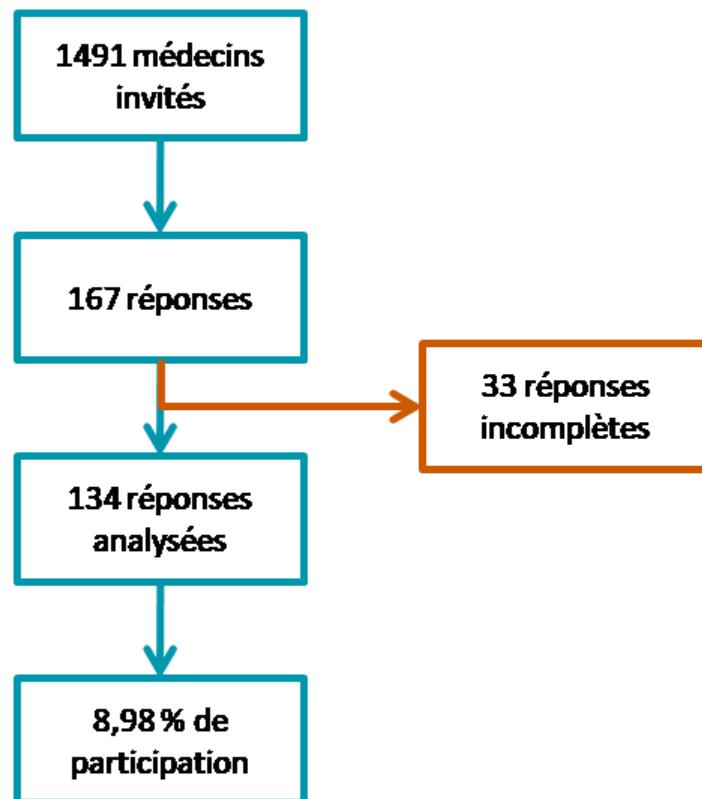


Figure 1 : Diagramme de flux

1.1. Profil des médecins généralistes de l'échantillon

Les différentes caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon

Genre	
Femme	90 (67,16 %)
Homme	44 (32,83 %)
Age (par classe)	
<50	95 (70,89%)
≥ 50	39 (29,10%)
Département d'exercice	
Maine et Loire	53 (39,55 %)
Mayenne	51 (38,05 %)
Sarthe	30 (22,38 %)
Milieu d'exercice	
Rural	47 (35,07 %)
Semi-rural	53 (39,55 %)
Urbain	34 (25,37 %)
Type d'exercice	
En cabinet de groupe	55 (41,04 %)
En MSP	76 (56,70 %)
Seul	3 (2,24 %)
Statut	
Installation libérale	117 (87,31%)
Installation salariat	3 (2,24 %)
Remplaçant	9 (6,72%)
Retraité	1 (0,75 %)
Retraité actif	1 (0,75 %)
Activité mixte	3 (2,24 %)
Maître de stage universitaire (MSU)	
Oui	104 (76,61%)
Non	30 (22,39%)

Les médecins généralistes interrogés avaient en moyenne 43,37 ans, avec un âge variant de 27 à 75 ans. Ils pratiquaient la médecine générale depuis en moyenne 14,72 ans.

1.2. Formation des médecins généralistes sur l'obésité

Moins d'un tiers des MG ont réalisé une formation sur l'obésité (figure 2).

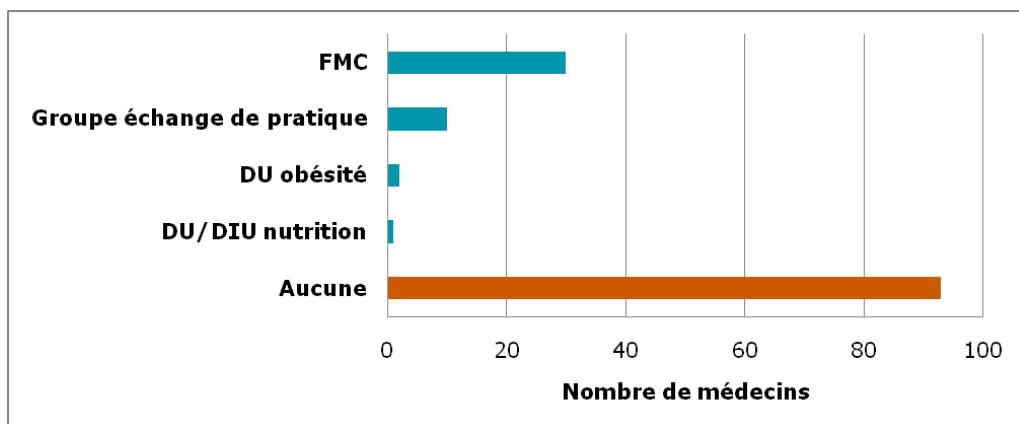


Figure 2 : Formations réalisées par les MG

Une différence significative était observée dans la réalisation d'une formation en fonction du statut MSU. Parmi les MSU, 34,61% avaient suivi une formation sur l'obésité, comparé à seulement 13,33% des autres praticiens ($p = 0,025$).

1.3. Analyse de l'IMC des MG

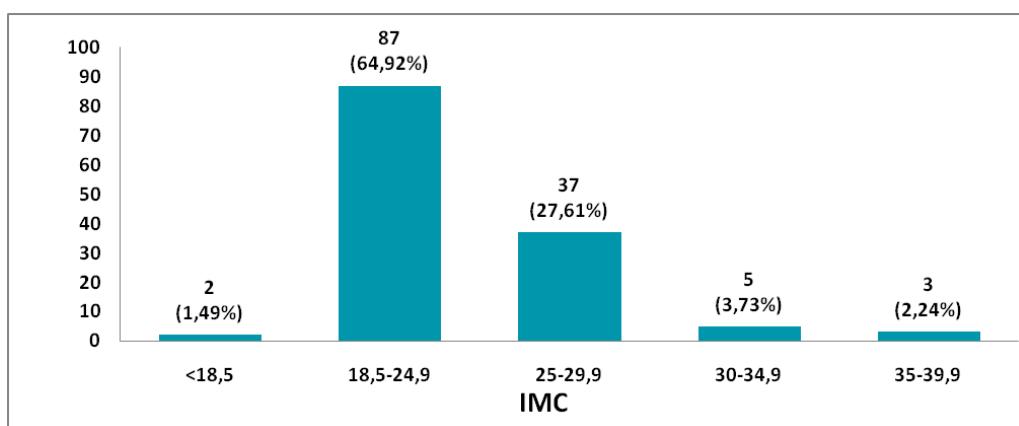


Figure 3 : Répartition des MG en fonction de leur IMC déclaré

Parmi les médecins âgés de plus de 50 ans, 12,82% étaient obèses contre 3,15% chez les moins de 50 ans ($p=0,045$).

2. Représentation de l'obésité

2.1. Perception de l'obésité en tant que maladie

La majorité des MG définissaient l'obésité comme une maladie (Figure 4).

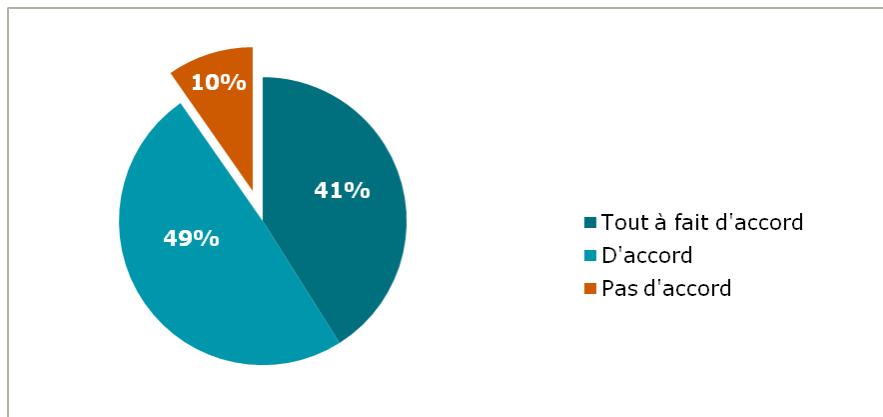


Figure 4 : Représentation de l'obésité comme une maladie selon les MG

La totalité des MG exerçant en milieu urbain définissaient l'obésité comme une maladie contre 88,68% en milieu semi-rural et 85,11% en milieu rural. Il n'y avait pas de différence significative en fonction, de l'âge, du genre et de la réalisation d'une formation.

2.2. Perception par les MG de la responsabilité des patients obèses dans leur pathologie

Plus d'un tiers des médecins interrogés rendaient les patients obèses responsables de leur pathologie (Figure 5).

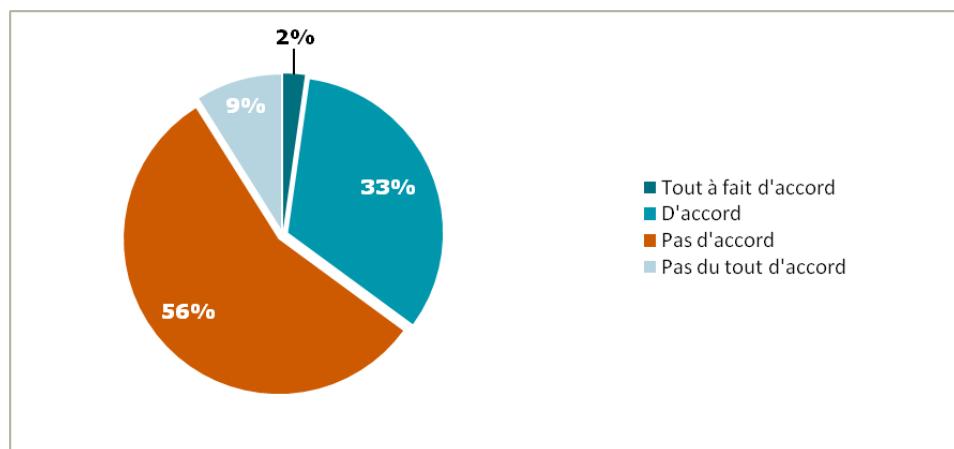


Figure 5 : Représentation du patient obèse comme personne responsable de sa pathologie

Les MG hommes (47,72%) rendaient davantage le patient obèse responsable de sa maladie par rapport aux MG femmes (28,89%) $p=0,014$ (Figure 6).

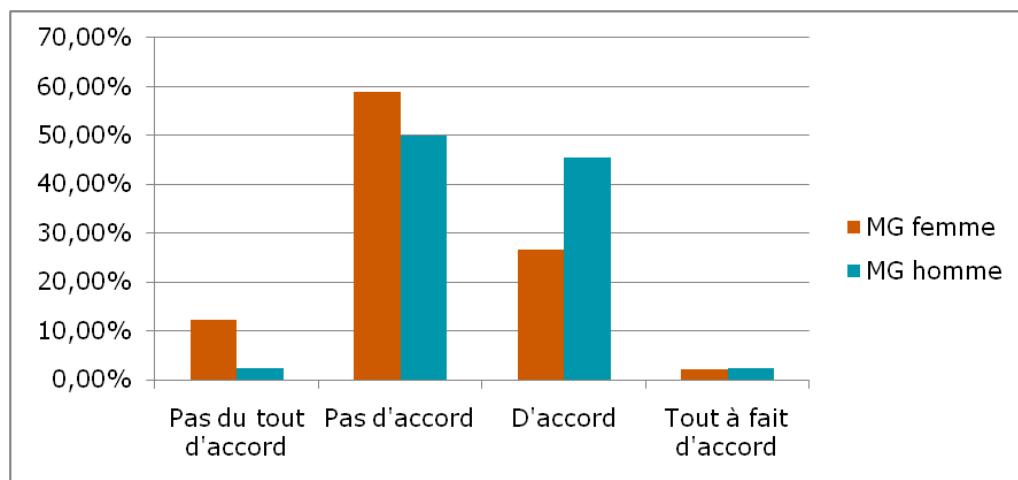


Figure 6 : Représentation du patient obèse comme personne responsable de sa pathologie en fonction du genre

2.3. Perception du patient adulte obèse comme une personne manquant de volonté

Les patients adultes obèses n'étaient pas définis comme étant des personnes manquant de volonté selon plus de la majorité des médecins interrogés (81%) (Figure 7).

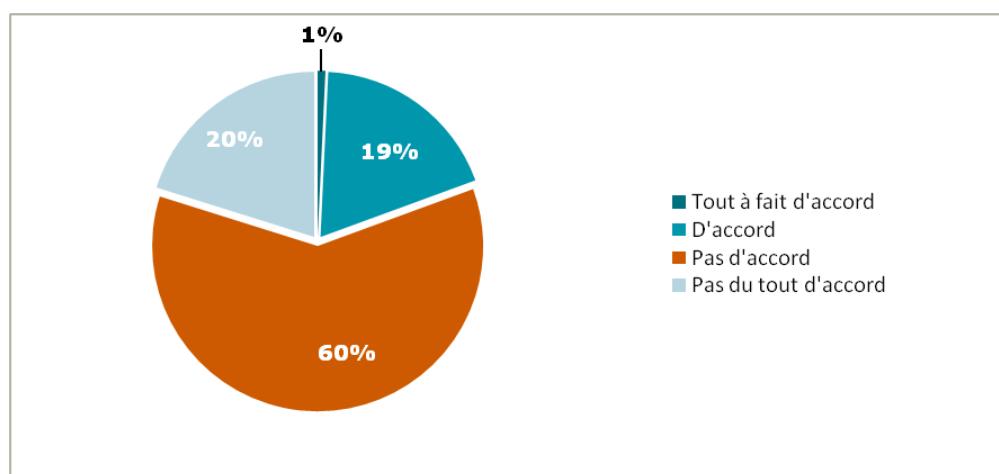


Figure 7 : Représentation du patient obèse comme une personne manquant de volonté

Les MG hommes (31,82%) percevaient plus que les MG femmes (13,33%) un manque de volonté chez les patients obèses ($p=0,014$) (Figure 8).

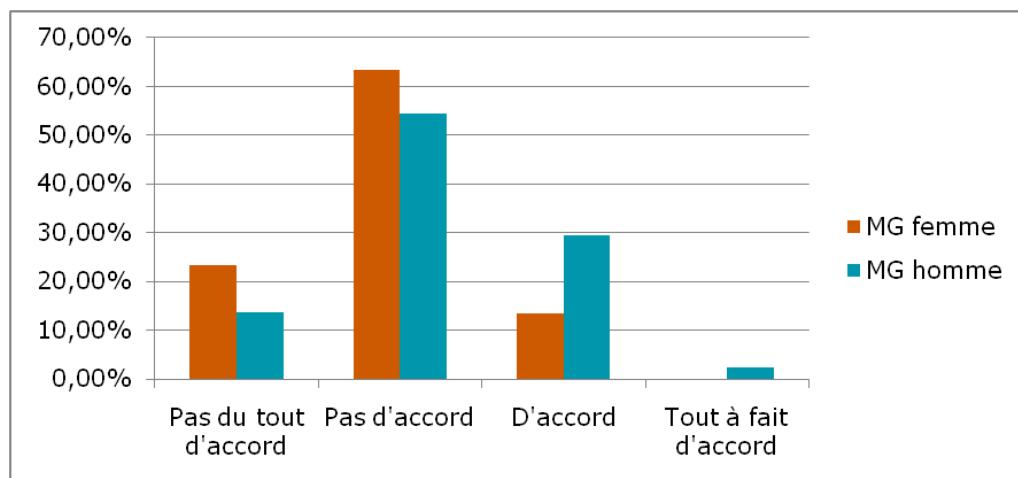


Figure 8 : Représentation du patient obèse comme une personne manquant de volonté selon le genre

3. L'abord de l'obésité en consultation

3.1. Repérer l'obésité en consultation

La grande majorité des MG se sentaient à l'aise pour faire le diagnostic de l'obésité (Figure9).

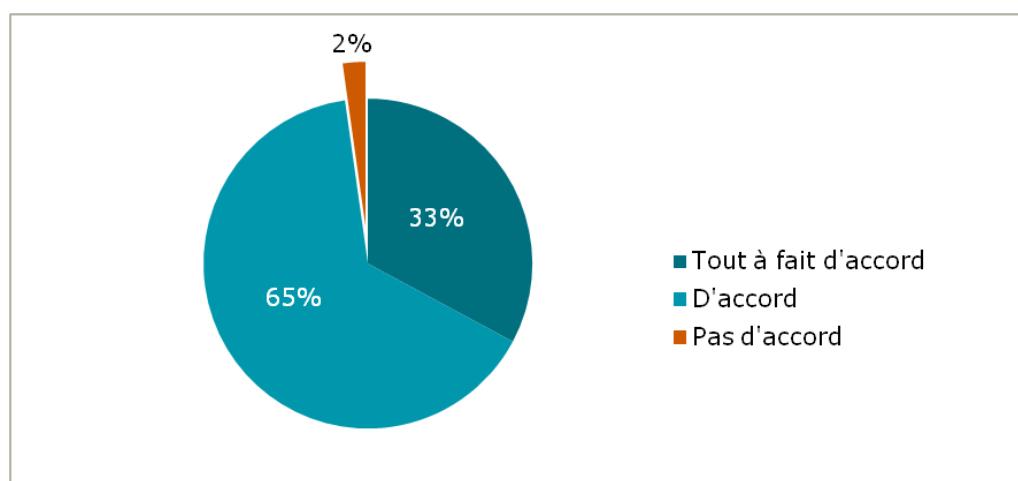


Figure 9 : Aisance pour diagnostiquer l'obésité selon les MG

3.2. Aborder l'obésité

116 médecins abordaient souvent ou très souvent le sujet de l'obésité avec leurs patients (Figure 10).

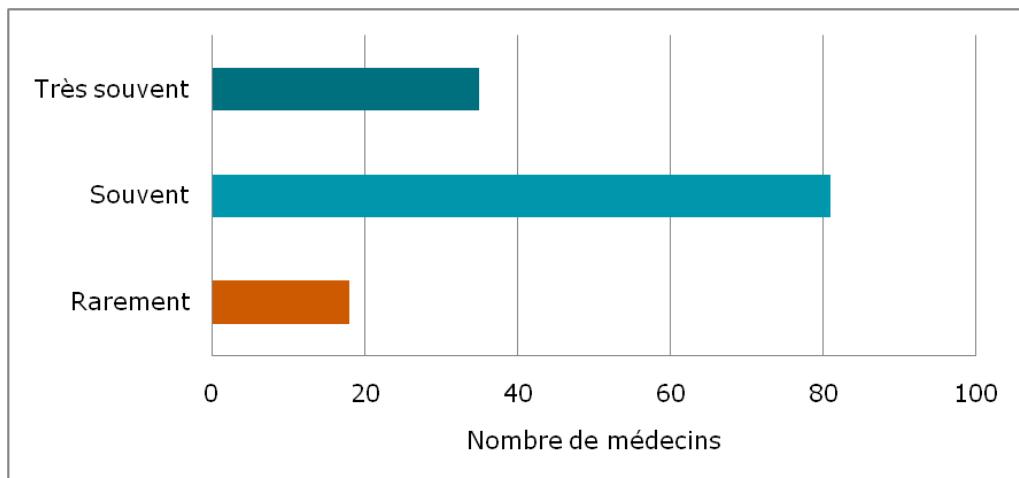


Figure 10 : Fréquence de l'abord de l'obésité en consultation par les MG

Il n'y avait pas de différence significative selon le genre, la formation, l'âge et l'IMC des praticiens.

3.3. Gêne ressentie des MG lors de l'examen

Une minorité de MG se sentaient gênés lors de l'examen clinique d'un patient adulte obèse (Figure 11).

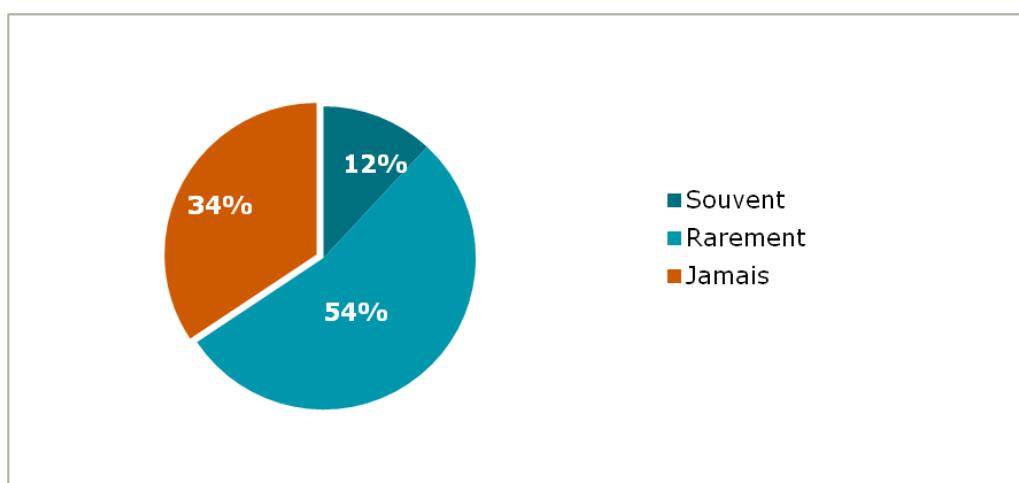


Figure 11 : Gêne ressentie par les MG lors de l'examen clinique des patients obèses

Les MG qui estimaient que les patients obèses étaient responsables de leur maladie se déclaraient plus souvent gênés lors de l'examen clinique par rapport à d'autres praticiens (23,40% contre 5,75%, $p = 0,015$).

De même, ceux qui considéraient les patients obèses comme manquant de volonté rapportaient une gêne plus importante (34,62% contre 6,48%, $p = 0,0014$).

La gêne ressentie ne variait pas selon l'âge, le genre, et l'IMC des MG.

3.4. Limitation de l'examen clinique

Un faible pourcentage de MG (14%) limitait souvent l'examen clinique. Il n'y avait pas de différence significative selon l'âge, le genre, et l'IMC des MG.

Parmi les médecins généralistes qui limitaient l'examen clinique des patients obèses, beaucoup jugeaient que le tissu adipeux le rendait peu contributif (Figure 12).

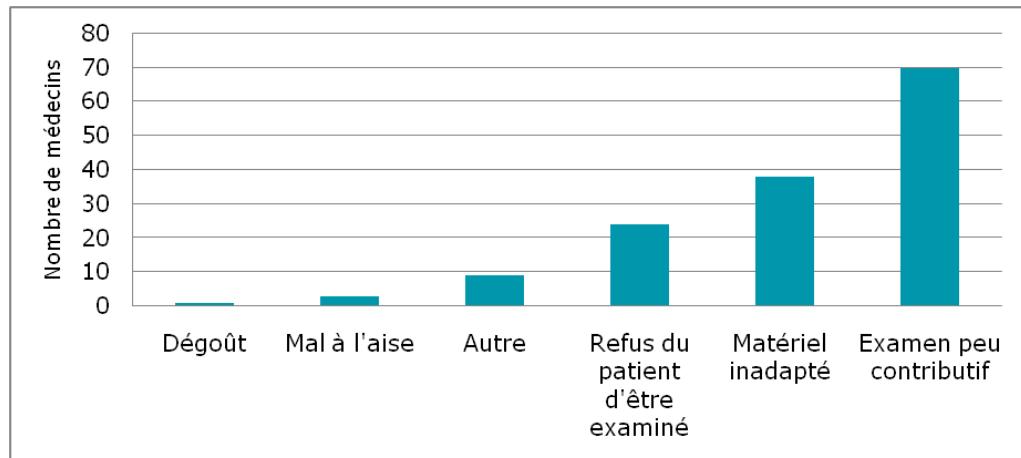


Figure 12 : Freins limitant l'examen clinique

Dans la catégorie « autre », les MG indiquaient que les patients obèses rencontraient des difficultés à se mobiliser.

3.5. Ressenti des MG pour aborder l'obésité

Les praticiens se sentaient plutôt à l'aise pour aborder le sujet de l'obésité avec leurs patients (figure 13).

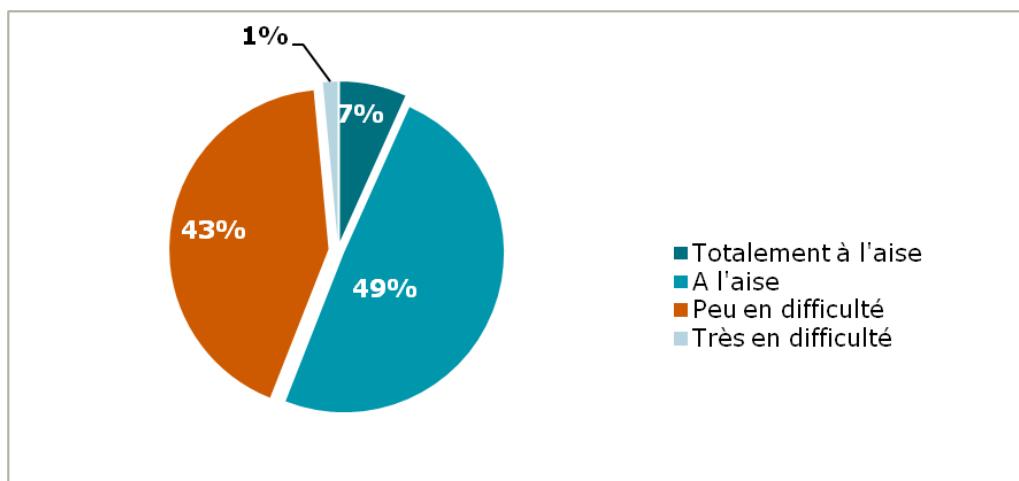


Figure 13 : Ressenti des MG pour aborder le sujet de l'obésité avec leur patient

Une différence significative était observée en fonction de l'âge des médecins généralistes. En effet, 49,48% des jeunes médecins (<50 ans) éprouvaient des difficultés à aborder l'obésité, contre 30,77% chez les praticiens de plus de 50 ans ($p = 0,0344$).

De plus, les médecins qui attribuaient la responsabilité de l'obésité aux patients rencontraient moins de difficultés que leurs confrères (29,79% contre 51,72%, $p = 0,0014$).

En revanche, aucune différence significative n'était constatée en fonction de la formation des médecins.

3.6. Les freins compliquant l'abord de l'obésité

Les principaux freins à l'abord du sujet de l'obésité étaient : la peur d'être jugeant, la non demande du patient, le déni de la maladie ou représentation culturelle différente (Figure 14).

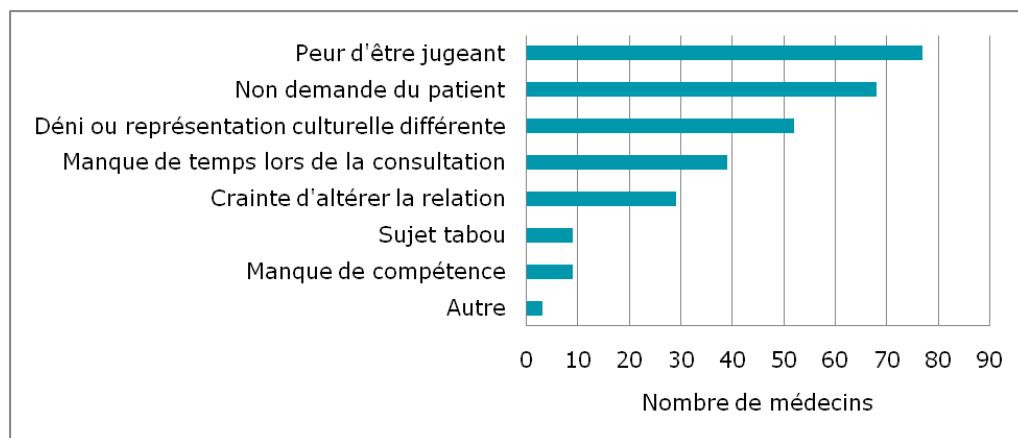


Figure 14 : Freins compliquant l'abord du sujet de l'obésité chez les MG

4. Prise en charge de l'obésité

4.1. Fréquence de la prise en charge de l'obésité en médecine général

Tous les MG prenaient en charge l'obésité (Figure 15).

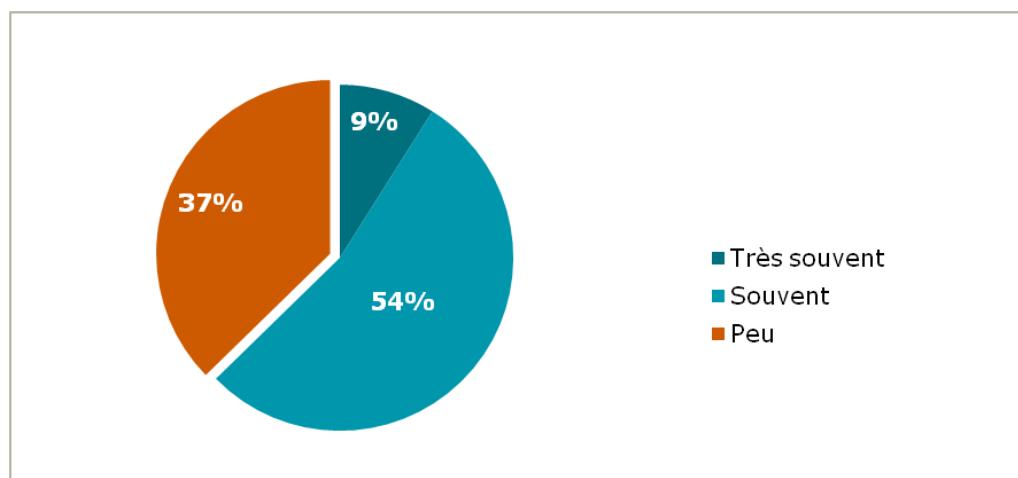


Figure 15 : Fréquence de la prise en charge de l'obésité chez l'adulte par les MG

La fréquence de la prise en charge de l'obésité dépendait de l'aisance à en parler et de la perception de la responsabilité du patient dans sa maladie (Tableau II).

Tableau II : Fréquence de la prise en charge de l'obésité selon l'aisance pour l'aborder et la perception de la responsabilité du patient.

Catégorie	Très souvent/Souvent (n, %)	Peu/Jamais (n, %)	P-value
Aisance pour aborder l'obésité			0,0012
A l'aise	56 (74,66%)	19 (25,33%)	
En difficulté	28 (47,45%)	31 (52,54%)	
Patient responsable de sa maladie			0,03
En accord	34 (72,34%)	13 (27,65%)	
En désaccord	50 (57,47%)	37 (42,52%)	

4.2. Ressenti des MG pour prendre en charge l'obésité

Les MG se sentaient majoritairement en difficultés pour gérer la prise en charge de l'obésité (Figure 16).

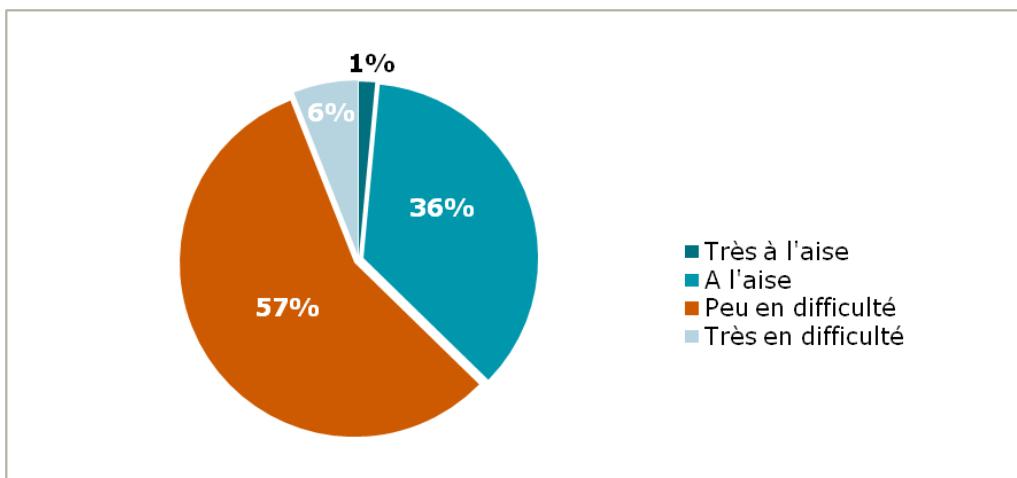


Figure 16 : Ressenti des MG concernant la prise en charge de l'obésité

Après regroupement des données en deux catégories, « très à l'aise » et « à l'aise » d'une part, et « peu en difficulté » et « très en difficulté » d'autre part, un lien significatif a été observé en fonction de la formation. Les médecins ayant suivi une formation se déclaraient plus à l'aise pour aborder l'obésité que ceux n'ayant pas reçu de formation spécifique (50% contre 31,91%, p = 0,0476).

De plus, ceux qui considéraient les patients obèses comme responsables de leur pathologie se sentaient également plus à l'aise dans la prise en charge de l'obésité (55,32% contre 27,59%, $p = 0,001$).

Aucune significativité n'a été trouvée concernant le manque de volonté des patients obèses selon les médecins.

4.3. Freins liés au patient dans la prise en charge de l'obésité

Les principaux freins à la prise en charge de l'obésité étaient le contexte social défavorisé des patients, la complexité à modifier leurs habitudes et le manque du remboursement des consultations diététiques (Figure 17).

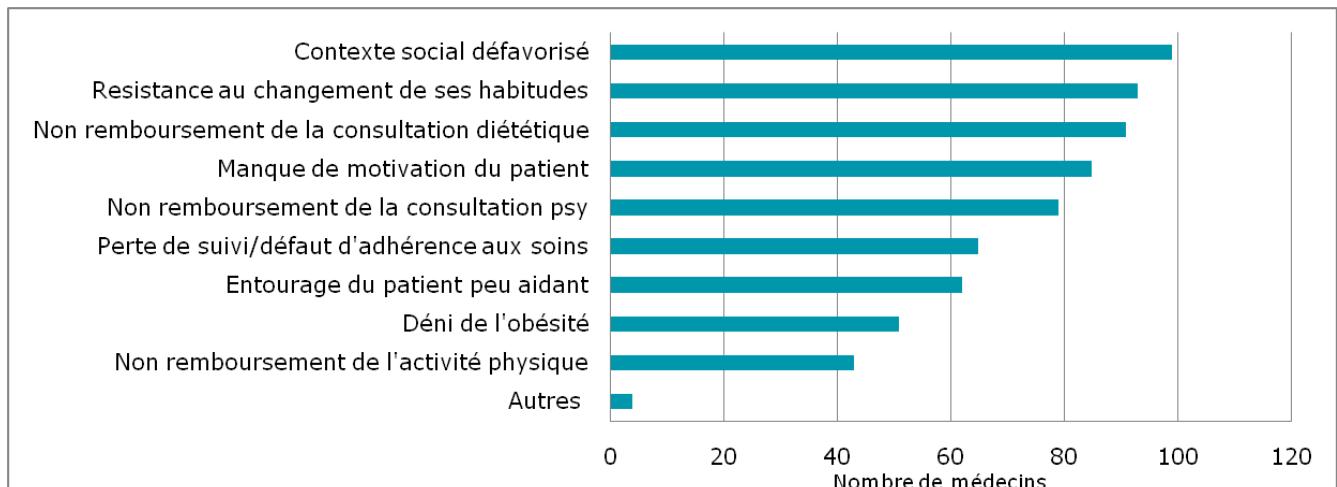


Figure 17 : Freins en lien avec le patient et son environnement

Les autres obstacles mentionnés par les médecins incluaient l'ambivalence du patient, le manque d'accès à une prise en charge pluridisciplinaire de proximité, la quête d'une solution miracle et la conviction du patient de pouvoir s'en sortir seul.

4.4. Freins liés au médecin dans la prise en charge de l'obésité

Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité étaient la complexité de la maladie, le manque de temps et l'accès limité aux spécialistes (Figure 18).

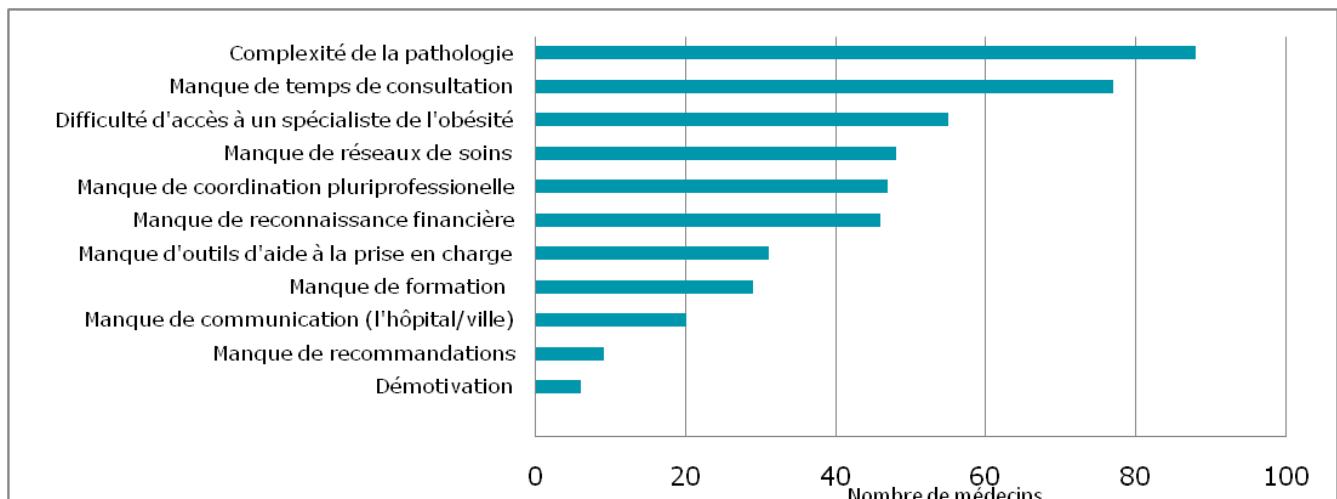


Figure 18 : Freins en lien avec le médecin et l'organisation des soins

4.5. Orientation vers la chirurgie bariatrique pour les patients obèses

De manière générale, les médecins généralistes orientaient rarement les patients vers un chirurgien pour une intervention bariatrique (figure 19).

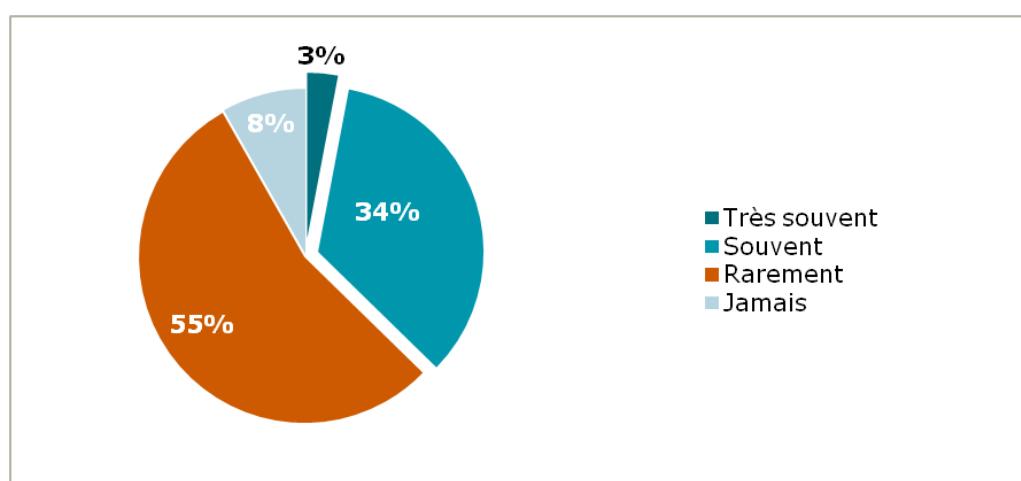


Figure 19 : Fréquence d'orientation des patients adultes obèses vers la chirurgie bariatrique

Pour l'analyse statistique, deux groupes ont été constitués : le premier regroupait les médecins orientant « très souvent » et « souvent » vers le chirurgien, tandis que le second incluait ceux qui le faisaient « rarement » ou « jamais ».

Les médecins ayant suivi une formation orientaient davantage vers le chirurgien que leurs pairs (52,5% contre 30,85%, $p = 0,0177$).

Parmi ceux qui prenaient régulièrement en charge l'obésité, 46,43% orientaient vers un chirurgien, contre 22% chez ceux qui géraient peu cette pathologie ($p = 0,00468$).

Les médecins se sentant à l'aise pour traiter l'obésité orientaient plus souvent vers le chirurgien que ceux en difficulté (41,33% contre 32,20%, $p = 0,002060$).

4.6. Freins à l'orientation vers la chirurgie bariatrique

Les médecins généralistes qui orientaient rarement ou jamais les patients obèses vers la chirurgie bariatrique considéraient souvent cette technique comme peu efficace à long terme et estimaient que la demande devait provenir du patient (Figure 20).

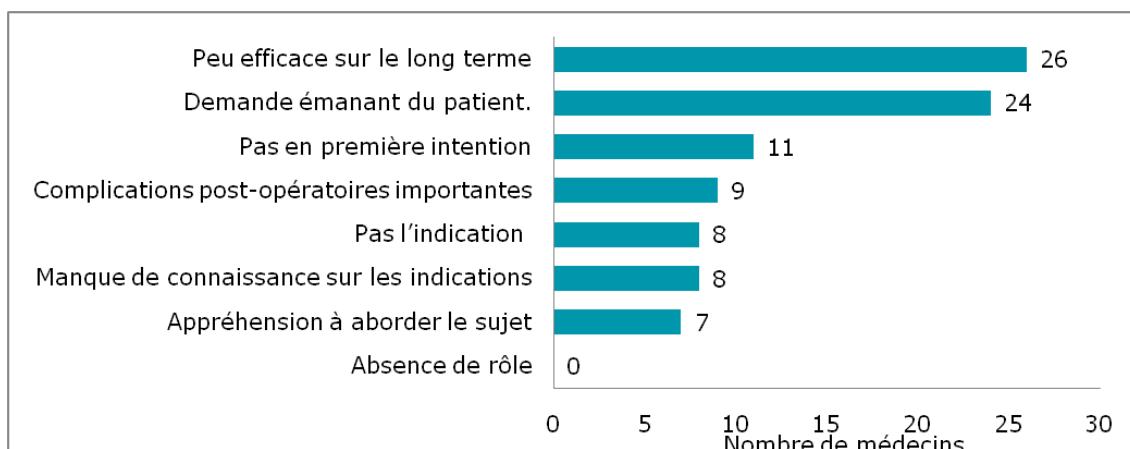


Figure 20 : Freins à l'orientation vers la chirurgie bariatrique

5. Prise en charge post-chirurgicale

5.1. Nombre de patients suivis après une chirurgie bariatrique.

La majorité des MG avaient dans leur patientèle entre 1 et 5 patients opérés d'une chirurgie bariatrique (Figure 21).

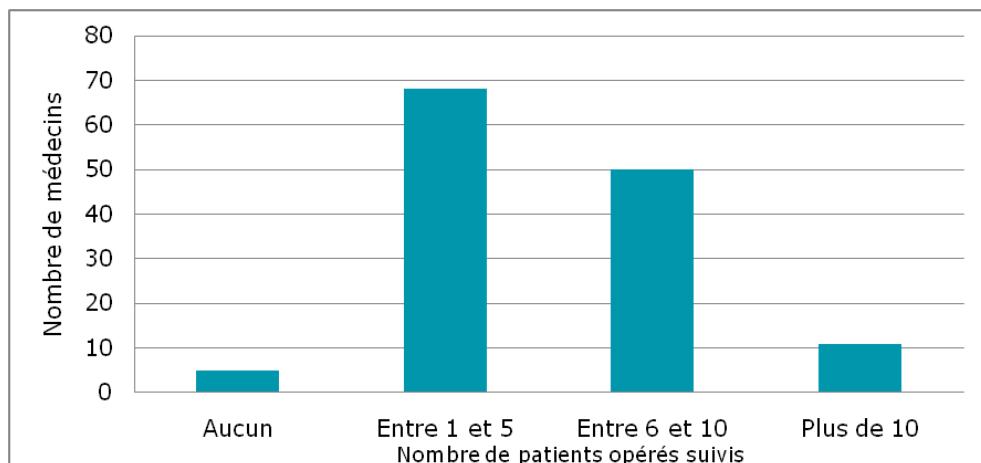


Figure 21 : Nombre de patients opérés suivis par MG

On constatait une variation du nombre de patients suivis en post-opératoire en fonction de l'aisance à aborder et à gérer l'obésité (Figure 22).

« À l'aise » regroupait les réponses « totalement à l'aise » et « à l'aise », tandis que « en difficulté » incluait « très en difficulté » et « peu en difficulté » (Figure 22).

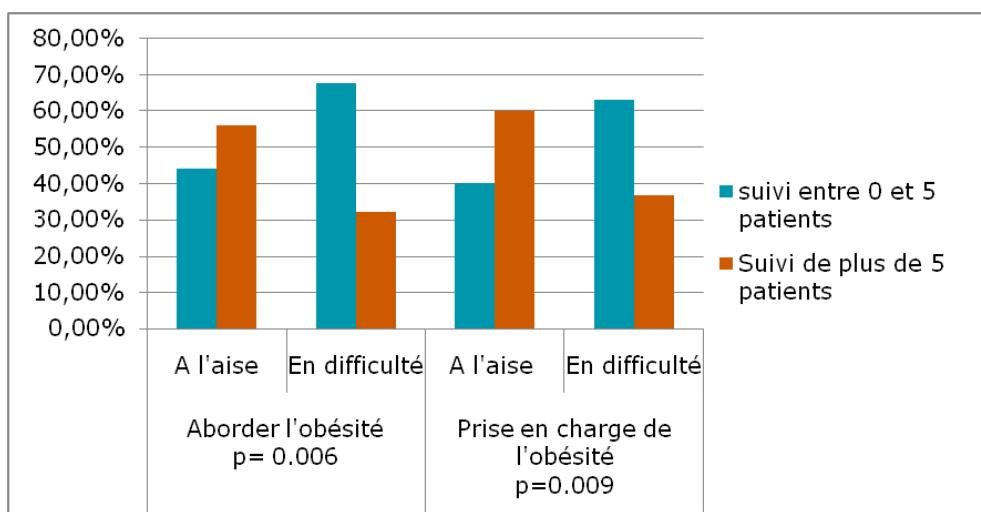


Figure 22 : Nombre de patients suivis en postopératoire selon l'aisance à aborder et à prendre en charge l'obésité

5.2. Perception des médecins généralistes dans le suivi des patients post-bariatriques

La majorité des MG se sentaient en difficultés pour la prise en charge post bariatrique (Figure 23).

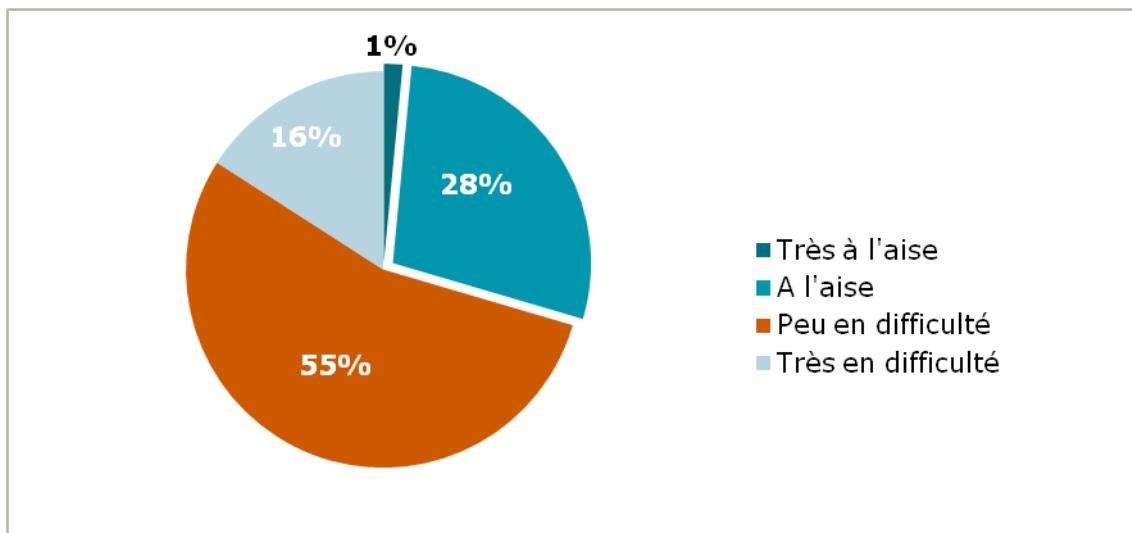


Figure 23 : Ressenti des MG concernant le suivi post bariatrique

Les difficultés ressenties dans le suivi postopératoire variaient significativement en fonction de l'aisance à aborder le sujet, de la prise en charge de l'obésité et de la fréquence d'orientation vers la chirurgie bariatrique (Tableau III).

Tableau III : Facteurs impactant le suivi postopératoire

Catégorie	Totallement à l'aise/à l'aise (n, %)	Très en difficulté/ en difficulté (n, %)	P-value
Aisance pour aborder l'obésité			0,006
A l'aise / tout à fait l'aise	29 (39,19%)	45 (60,81%)	
En difficulté / très en difficulté	10 (17,24%)	48 (82,76%)	
Aisance pour prendre en charge			0,03
A l'aise / tout à fait l'aise	20 (40,82%)	29 (59,18%)	
En difficulté / très en difficulté	19 (22,89%)	64 (77,11%)	
Fréquence d'orientation vers la chirurgie			0,003
Souvent/ très souvent	22 (44,90%)	27 (55,10%)	
Peu/ jamais	17 (24,48%)	66 (79,52%)	

5.3. Moments de la prise en charge post-chirurgie bariatrique avec des difficultés marquées

Les médecins éprouvaient principalement des difficultés pour la prise en charge bariatrique au-delà de 18 mois (66,41%) (Figure 24).

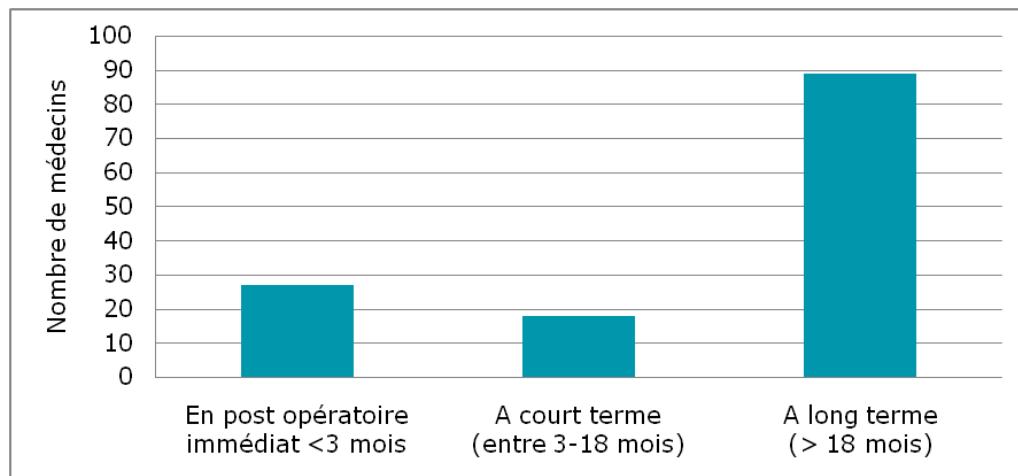


Figure 24 : Etapes difficiles du suivi post-chirurgie bariatrique

5.4. Freins au suivi postopératoire

Les médecins étaient confrontés à plusieurs difficultés dans la prise en charge postopératoire, notamment un manque de formation en nutrition, une perte de suivi des patients et une connaissance insuffisante de la chirurgie et de ses complications (Figure 25).

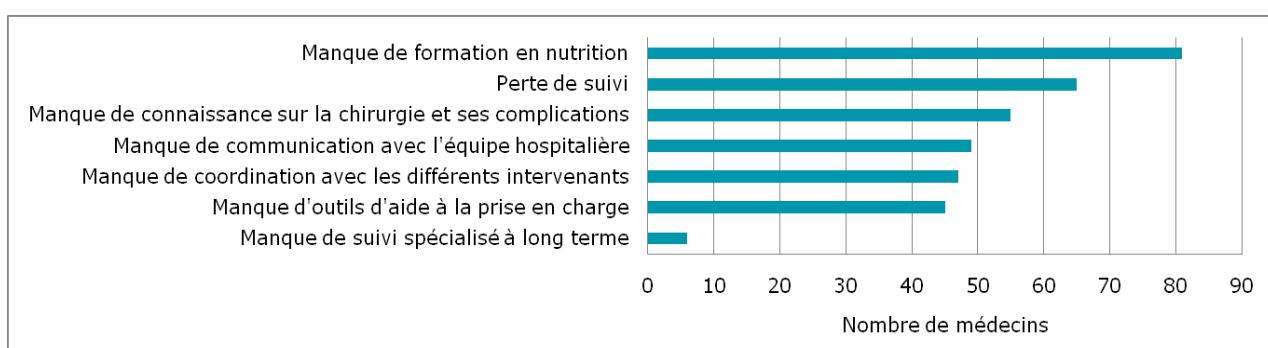


Figure 25 : Freins au suivi post-chirurgie bariatrique

5.5. Évolution de la relation médecin-patient

La majorité des MG (58,9%) n'avaient pas remarqué de changement dans la relation médecin-patient après une perte de poids post chirurgie bariatrique. Ils étaient 31,1% à ne pas se prononcer.

Les médecins avaient remarqué trois types de changements dans la relation. Trois médecins trouvaient les patients plus confiants. Les patients étaient davantage adhérents aux soins selon trois praticiens. A l'inverse, un médecin mentionnait une perte de suivi.

La majorité des médecins interrogés, soit 74%, continuaient à porter le même regard sur le patient, même après une perte de poids.

Parmi les médecins adoptant une nouvelle perspective sur leurs patients, seize exprimaient un regard admiratif. Quatre d'entre eux se sentaient plus investis dans la prise en charge, quatre augmentaient leur surveillance des troubles psychologiques et physiques. Enfin, trois médecins observaient un changement de caractère chez les patients amaigris.

6. Satisfaction des médecins généralistes et propositions d'amélioration

6.1. Évaluation des médecins généralistes sur la prise en charge de l'obésité

Les MG étaient peu satisfaits de la prise en charge de l'obésité chez l'adulte (Figure 26).

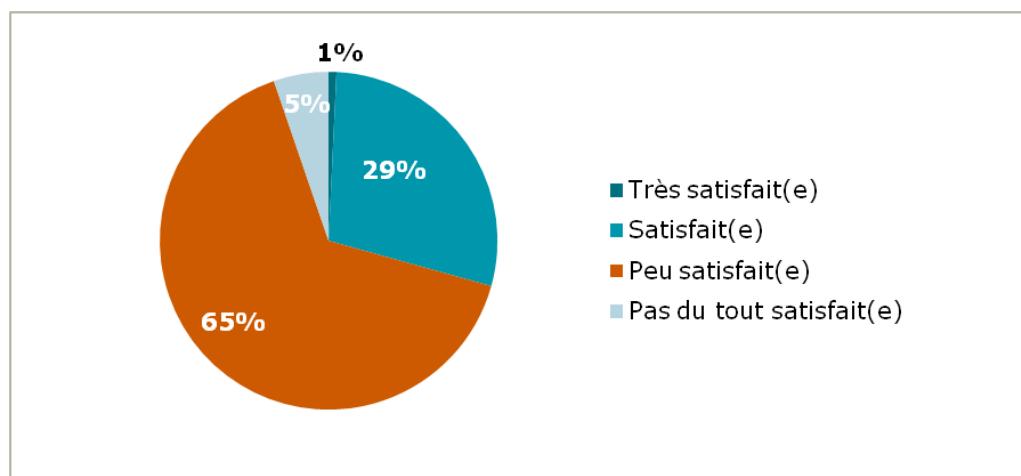


Figure 26 : Satisfaction des MG sur la prise en charge des patients adultes obèses

Les médecins se sentant en difficulté pour aborder le sujet de l'obésité avec leur patient sont plus insatisfaits que les médecins se disant à l'aise (81,36% vs 62,16% p=0,02107).

Les médecins prenant peu en charge l'obésité étaient plus insatisfaits par rapport aux praticiens gérant souvent ou très souvent (85,71% vs 61,9% p= 0,00880).

Parmi les médecins qui orientaient peu ou jamais vers le chirurgien, 79,52% étaient insatisfaits de leur prise en charge, contre 56% des médecins qui adressaient souvent ou très souvent vers le chirurgien (p=0,0088).

6.2. Suggestions d'amélioration pour la prise en charge de l'obésité

6.2.1. Développement de réseaux de soins

Plus d'un tiers des médecins généralistes estimaient nécessaire de créer des réseaux de soins de proximité et d'améliorer la coordination entre professionnels de santé. Certains proposaient des structures dédiées à la prise en charge de l'obésité au premier recours. Ils souhaitaient favoriser la création d'ateliers d'éducation thérapeutique par les IDE ASALEE (Action de Santé, Libérale en Equipe).

6.2.2. Remboursement des consultations avec le diététicien et le psychologue

Pour rendre l'accès aux psychologues et diététiciens plus facile, des MG proposaient que les consultations soient gratuites.

6.2.3. Plus de temps médical

Des MG souhaitaient plus de temps médical pour pouvoir mieux prendre en charge l'obésité. Ils proposaient une consultation dédiée et une cotation spécifique, afin de valoriser ce temps de travail.

6.2.4. Prévention de l'obésité

Des MG voulaient rendre l'obésité moins taboue en lançant des campagnes de prévention. Pour limiter la production de « malbouffe » par les industriels, certains MG visaient à favoriser une alimentation saine et équilibrée pour tous. Pour promouvoir l'activité physique, certains MG suggéraient la gratuité ou une prise en charge financière de l'inscription à une activité sportive.

6.2.5. Améliorer la formation

Des praticiens souhaitaient une meilleure formation sur la prise en charge de l'obésité, notamment sur l'entretien motivationnel. Certains désiraient des recommandations plus claires.

6.2.6. Améliorer l'encadrement pré et post chirurgical

Des MG demandaient des recommandations claires de la part des chirurgiens pour la prise en charge à long terme des patients après chirurgie bariatrique. Certains exprimaient également le besoin d'une meilleure communication avec ces spécialistes.

6.2.7. Développer de nouvelles approches thérapeutiques

Certains MG mentionnaient la nécessité d'avoir des traitements médicamenteux efficaces et accessibles à tous. D'autres proposaient de créer des outils d'aide à la prise en charge, permettant de fixer des objectifs réalisables pour chaque patient sur le long terme.

DISCUSSION

7. Forces et limites

7.1. Etude originale

Il s'agit d'une étude originale. Peu d'études quantitatives se sont intéressées aux obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte. De plus, il n'a pas été retrouvé d'études portant sur les freins à chaque étape de la prise en charge. Cette étude se concentre sur un territoire regroupant trois départements : le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe.

7.2. Représentativité de l'échantillon

L'étude a une faible représentativité de l'échantillon par rapport à la population cible. Les femmes médecins généralistes sont surreprésentées, avec 67% dans l'échantillon contre 51% parmi les MG exerçant dans les Pays de la Loire (23).

L'échantillon est plus jeune, avec une moyenne d'âge de 43,37 ans, comparé à 48,4 ans pour les MG des Pays de la Loire en 2022 (23).

Le département de la Mayenne est largement représenté, avec 38% de participants dans l'étude, contre seulement 14,7% dans la population cible (23). Cette disproportion peut s'expliquer par le fait que les médecins du département de la Mayenne ont reçu un email de l'ordre, contrairement aux autres départements ce qui peut constituer un biais de sélection.

Les MSU sont également plus nombreux dans l'échantillon peut être en raison de la relance qui leur a été envoyée.

Cependant, l'indice de masse corporelle (IMC) des médecins présents est représentatif de la population française, avec 33,58% en surpoids ou obèses, comparable aux 35% observés parmi les cadres et professions intellectuelles selon l'enquête OBEPI-ROCHE (2).

7.3. Biais de volontariat

Un biais de volontariat peut également influencer les résultats, dans la mesure où seuls les individus manifestant un intérêt pour le sujet ont répondu au questionnaire.

7.4. Puissance de l'étude

La puissance de l'étude est faible (8,98%), ce qui limite sa validité externe et donc la généralisation de ses résultats à l'ensemble de la population des médecins généralistes.

7.5. Biais d'interprétation

Un biais d'interprétation peut être identifié. L'analyse des réponses aux questions ouvertes est soumise à l'interprétation du chercheur, ce qui peut influencer les résultats. Des redondances peuvent apparaître entre les questions fermées et ouvertes. La formulation de certaines questions, comme le terme « patient responsable », peut prêter à confusion, pouvant être interprétée soit comme « patient coupable », soit comme « patient acteur » de sa maladie.

8. Comparaison des résultats avec la littérature

8.1. Représentations bienveillantes de l'obésité

Dans notre étude, 90% des médecins généralistes reconnaissaient l'obésité comme une maladie. Moins d'un tiers d'entre eux considéraient que le patient était responsable de son état, et seulement 20% estimaient que le patient obèse manquait de volonté.

Ce n'est pas le cas dans la littérature, où les médecins généralistes ont généralement une vision plus négative de l'obésité. Dans la thèse de Fayemendy réalisée en 2012 en Haute-Vienne, 50% des médecins pensaient que les patients étaient plus responsables de leur obésité que pour d'autres pathologies (22). D'autres études soutiennent ces perceptions négatives (24) (25), Aurélie Bocquier, dans une recherche menée en 2005 dans la région PACA, a constaté que 30% des médecins généralistes estimaient que les personnes obèses

étaient plus paresseuses et manquaient de volonté, par rapport à celles ayant un poids normal (26).

Cette proportion relativement faible de médecins ayant une perception négative dans notre étude est surprenante. Cela pourrait s'expliquer par le fait que de nombreuses thèses sur le sujet datent de plus de dix ans. Les perceptions des médecins généralistes sur l'obésité ont peut-être évolué depuis. Cette différence pourrait être liée à une évolution des mentalités dans la société. Le regard porté sur les personnes obèses pourrait avoir évolué, notamment parce que l'obésité, devenant plus fréquente, semble parfois mieux acceptée. Le sujet est davantage abordé grâce à des campagnes de sensibilisation. Elles traitent l'obésité de façon plus inclusive et permettent de réduire les préjugés, même dans le domaine médical.

Des associations comme le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) ou GRAS Politique, qui militent contre la grossophobie, pourraient avoir participé également une modification de perception (27) (28).

Une autre explication pourrait être que les médecins de notre étude rencontrent moins de cas d'obésité. En effet, les Pays de la Loire ont un pourcentage plus faible de patients obèses par rapport à d'autres régions françaises (2).

8.2. Obésité : couramment abordée, mais pas sans difficulté

Dans notre étude, 86,5% des MG abordaient fréquemment l'obésité en consultation. Mais, près de la moitié d'entre eux se sentaient en difficulté face à ce sujet. Ils préféraient que l'initiative vienne des patients.

Dans la thèse de Friedemann en 2021, 55,3% des patients en surpoids ou obèses souhaiteraient que leur médecin aborde directement le sujet. Un patient sur deux aimerait que le médecin leur en parle seulement après avoir demandé leur accord (29). Ces résultats montrent un décalage dans les attentes, où médecins et patients semblent attendre que l'autre prenne l'initiative d'aborder le sujet en consultation.

Les MG exprimaient une crainte d'être perçus comme jugeant, ce qui freinait l'abord du sujet. Ce qui paraît légitime au regard de la littérature, les patients perçoivent parfois un manque d'empathie et des attitudes négatives de la part des médecins (29) (10). Les patients expriment le besoin d'une approche plus bienveillante et sans jugement. Dans une étude de 2022, ils indiquaient préférer que le médecin aborde le sujet du poids en se concentrant sur leur ressenti, en utilisant des termes comme « ressenti par rapport à votre corps » ou « ressenti par rapport à votre poids ». Ils suggéraient également d'éviter le terme « obésité », perçu comme stigmatisant (30).

8.3. Le patient acteur de sa santé

Environ 35% des MG pensaient que les patients étaient responsables de leur pathologie. Cette perception n'était pas un obstacle à la prise en charge de l'obésité, bien au contraire. Les médecins généralistes qui attribuaient la responsabilité aux patients se sentaient plus à l'aise pour aborder et traiter l'obésité. Ils prenaient également en charge ces patients plus fréquemment.

Une étude de 2017 sur l'addiction montre un résultat similaire : la majorité des MSU et des internes pensaient que les patients étaient responsables de leurs choix, quels que soient les produits psychoactifs (tabac, alcool, opiacés). Malgré cet avis, ils continuaient à s'impliquer dans la prise en charge de ces patients (31).

La notion de responsabilité du patient peut être perçue de différentes manières. Elle peut être comprise soit comme une forme de culpabilité ou soit comme une opportunité d'agir sur sa santé. Dans notre recherche, il semble que les médecins généralistes la perçoivent comme le fait que le patient joue un rôle actif dans sa maladie.

Cette idée du « patient acteur de sa santé » est notamment mise en avant en 2013 par Gérard Raymond, secrétaire général de la Fédération Française des Diabétiques, dans un article du *Bulletin de l'Académie de Médecine* (32). Il souligne l'importance pour les patients atteints de maladies chroniques de s'investir dans la gestion de leur santé, afin de préserver « leur capital santé ».

Cette approche est positive, car elle montre que le patient, en se sentant responsable, peut mieux agir sur sa maladie. La responsabilité n'est pas un obstacle aux soins, mais au contraire un outil efficace. On retrouve cette vision dans la prise en charge des cancers, notamment avec le réseau Unicancer, qui place le patient au cœur de son parcours de soins (33).

Cette idée de patient « responsable » s'applique aussi à l'obésité. L'obésité est parfois liée à des troubles du comportement alimentaire, comme l'hyperphagie boulimique, marquée par une perte de contrôle proche de celle des addictions.

Cette approche permet d'utiliser des outils adaptés aux comportements addictifs, comme le modèle de changement de Prochaska et Di Clemente, qui comportent plusieurs étapes (pré-contemplation, contemplation, préparation, action, entretien et la rechute potentielle). Ce modèle aide à guider le patient à travers chaque phase du changement, en lui permettant de comprendre où il en est et ce qu'il peut faire pour avancer. Cela montre l'importance d'aider le patient à prendre confiance et à participer activement à sa prise en charge, devenant ainsi responsable, au sens où il devient acteur de sa santé.

8.4. Obésité, un handicap limitant l'accès aux soins

Notre étude a révélé que l'examen clinique des patients obèses est rarement limité par les MG, sauf lorsque cet examen est jugé peu contributif ou que le matériel est inadapté à la corpulence des patients. Un nouveau frein à l'examen, précédemment peu identifié, a également été identifié par les MG : la difficulté de mobilité chez certains patients obèses. À travers ces différents freins, on observe que l'obésité peu réellement constituer un handicap. En 2023, le baromètre Handifaction a indiqué que 25% des personnes en situation de handicap en France n'ont pas pu recevoir les soins nécessaires en raison du manque d'accessibilité et de matériel adapté (34). Selon l'étude Handigynéco menée en 2016 et 2017, seulement 58% des femmes en situation de handicap bénéficient d'un suivi gynécologique régulier (35).

On peut supposer que l'obésité constitue un handicap, entraînant ainsi une diminution des chances d'accès aux soins.

8.5. Contextes de prise en charge complexe

Tous les médecins de l'étude prenaient en charge des patients obèses. Mais plus de la moitié se disaient en difficulté. Ceux qui avaient une formation spécifique sur l'obésité se sentaient plus à l'aise dans cette prise en charge.

8.5.1. En lien avec le patient et son environnement

a) Contexte social défavorisé

Le principal obstacle était le contexte social défavorisé des patients, un facteur difficilement modifiable par le MG. L'étude OBEPI ROCHE montrait que l'obésité était plus fréquente dans les classes sociales les moins élevées (2).

Un frein financier, lié au non-remboursement des consultations psychologiques, était noté par 67,9% des médecins, un chiffre légèrement plus élevé que les 49% rapportés dans la thèse de Salaun (36).

b) Les habitudes résistantes

La résistance au changement des habitudes des patients constituait un obstacle pour de nombreux médecins, touchant 69,4% d'entre eux. Ce frein pourrait être atténué grâce à l'éducation thérapeutique et à l'entretien motivationnel, comme le recommande l'HAS (16).

8.5.2. En lien avec le médecin et l'organisation des soins

a) Manque de temps

Dans notre étude, 65,7% des MG considéraient l'obésité comme une pathologie complexe à gérer, et 57,4% estimaient manquer de temps pour s'en occuper correctement, des données proches de celles retrouvées dans la thèse de Salaün (58%) (36).

Le manque de temps revient fréquemment comme un obstacle dans la prise en charge des pathologies chroniques, en particulier des addictions. Dans la thèse d'Alexis Lechevallier, il est identifié comme un frein principal au sevrage tabagique (37). De même, Pierre Baloy souligne que la contrainte de temps limite l'abord de l'alcoolisme en consultation (38). Ce problème s'étend également à la prévention : une étude Ipsos pour la Fondation ARC (Association pour la Recherche sur le Cancer) révèle que près de 90% des médecins manquent de temps pour prévenir les cancers (39).

b) Difficultés d'accès aux spécialistes

Les médecins généralistes rapportaient des difficultés d'accès aux soins spécialisés, concernant 41% d'entre eux. La thèse de Fayemendy souligne également des délais longs pour consulter un spécialiste de l'obésité, mentionnés par 41,1% des MG (22).

8.6. Les MG et la chirurgie bariatrique

8.6.1. Orientation

Dans notre étude, les MG orientaient peu leurs patients vers la chirurgie bariatrique.

Pour 30% des répondants, cette technique était perçue comme peu efficace, et 28% estimaient que l'initiative devait venir du patient.

Pourtant, la littérature confirme l'efficacité significative de la chirurgie bariatrique dans le traitement de l'obésité sévère (40).

La chirurgie bariatrique a démontré une réduction significative de la mortalité toutes causes confondues. Dans l'étude prospective Swedish Obese Subjects (SOS), un suivi sur 16 ans a montré une diminution de 30% de la mortalité globale (41). Elle réduit la mortalité cardiovasculaire, l'incidence des AVC, des infarctus du myocarde et l'apparition d'une insuffisance cardiaque (42). Elle améliore également l'espérance de vie des patients diabétiques (43). Cette chirurgie présente tout de même des risques, qu'ils soient chirurgicaux, nutritionnels ou psychologiques (44).

8.6.2. Suivi post bariatrique

Plus de la moitié des MG éprouvaient des difficultés dans le suivi des patients après une chirurgie bariatrique, notamment à long terme (au-delà de 18 mois). Les principaux obstacles identifiés étaient le manque de formation (60%), la perte de suivi des patients (48,5%) et un déficit de connaissances sur la chirurgie bariatrique (41%).

Des études similaires confirment ces constats : une thèse réalisée dans les Pays de la Loire rapporte que plus de 70% des MG se sentent insuffisamment informés sur les aspects théoriques pré et postopératoires (45). Cette insuffisance de formation est également évoquée dans d'autres travaux, comme ceux menés par Agathe De Dembinski (46) et par Laurence Bandama Atiama (47).

Notre étude montre que les médecins généralistes mieux formés orientaient davantage leurs patients vers un chirurgien. Il serait utile d'informer les MG sur les techniques chirurgicales, leur efficacité, leurs effets secondaires et leurs indications.

Le nombre élevé de patients perdus de vue, constaté par les MG dans notre étude, est confirmé par la littérature. Une étude menée à La Réunion montre que 42,5% des patients n'ont pas été revus par le CSO (Centre Spécialisé Obésité) cinq ans après leur chirurgie bariatrique (47). De plus, une cohorte française de 2017 rapporte une baisse des consultations chez le chirurgien, passant de 87,1% la première année à 29,6% après cinq ans (48).

Avec le nombre croissant de patients souhaitant une chirurgie bariatrique, les MG sont et seront de plus en plus sollicités pour assurer leur suivi. Les MG, souvent plus accessibles que d'autres spécialistes, pourraient jouer un rôle dans la réduction des patients perdus de vue. La HAS recommande un suivi par le MG dès la première année post-opératoire, en parallèle du suivi chirurgical, suivi d'un contrôle biannuel entre la 2^e et la 5^e année, puis annuel par la suite.

Selon la thèse d'Agathe Dembinski, 91% des MG se sentent investis de ce rôle, mais 72,1% préfèrent le réaliser en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (46). Les médecins expriment ne pas souhaiter assumer ce suivi seuls, ce qui peut s'expliquer par un manque de connaissances spécifiques dans ce domaine et par leur faible expérience pratique. En effet, dans notre étude, la majorité des MG suivaient peu de patients opérés (entre 1 et 5 patients). Cela soulève la question de savoir si le médecin généraliste est le professionnel le plus adapté pour cette prise en charge.

8.7. Obésité : médecins insatisfaits mais investis

Plus de deux tiers des MG de notre étude se déclaraient insatisfaits de la prise en charge globale des patients en situation d'obésité, un constat qui rejoint la littérature. Fayemendy a des résultats similaires : 82,4% des médecins généralistes se disaient insatisfaits de la prise en charge de l'obésité. Ce sentiment venait souvent du manque de résultats, les patients ne perdant pas de poids. Cela entraînait un découragement chez les médecins face aux échecs répétés (22).

Notre étude a révélé une différence notable par rapport à la littérature existante: les MG ont montré un regard bienveillant envers les patients obèses. Malgré les difficultés rencontrées, ils continuent à assurer la prise en charge de ces patients et restent impliqués. Plus de la moitié des participants ont même proposé des solutions pour améliorer cette prise en charge en médecine générale.

Ces résultats positifs étaient inattendus. On pouvait penser que les médecins auraient une vision plus négative des patients obèses. La complexité et le temps nécessaire pour gérer cette maladie pourraient réduire leur motivation à s'impliquer.

9. Perspectives

9.1. Renforcer la formation sur l'obésité

Les MG ayant bénéficié d'une formation se sentaient généralement plus à l'aise face à cette pathologie. Concernant le suivi post-bariatrique, beaucoup ont également exprimé un besoin de formation et d'informations spécifiques pour accompagner les patients après une chirurgie. Il serait pertinent de proposer des formations pluridisciplinaires orientées sur une prise en charge globale de l'obésité.

9.2. Rendre les soins contre l'obésité accessibles à tous

L'étude a révélé que l'un des principaux obstacles à la prise en charge de l'obésité était le contexte social défavorisé des patients. Un facteur sur lequel le médecin n'a pas de contrôle.

L'accessibilité des soins pourrait faciliter cette prise en charge. Certains médecins proposaient de rendre les consultations diététiques et psychologiques, ainsi que la pratique d'activités physiques adaptées, gratuites et remboursées par la Sécurité sociale.

Cette mesure pourrait contribuer à réduire un frein important et à faciliter l'accès aux soins pour les personnes défavorisées. Un remboursement partiel ou total de la prise en charge pourrait également améliorer cet accès.

9.3. Consultation spécifique : dédier plus de temps aux patients

Le manque de temps représente un frein important à la prise en charge de l'obésité. Cette pathologie, à la fois chronique et complexe, nécessite un suivi régulier et du temps pour être traitée correctement. La mise en place d'une consultation spécifique, plus longue et valorisée par un tarif plus élevé, pourrait favoriser une meilleure prise en charge des patients.

Depuis novembre 2017, une consultation dédiée au suivi de l'obésité (CSO) est disponible pour les enfants de 3 à 12 ans, valorisée à 46€ et pouvant être facturée deux fois par an. Toutefois, cette consultation reste peu utilisée : une étude réalisée en 2020 auprès de MG du Nord a montré que seulement 25,3% d'entre eux l'utilisaient (49).

9.4. Renforcer les réseaux de soins pour une prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité

L'obésité est une pathologie complexe et multifactorielle qui entraîne des répercussions physiques et psychologiques. Cela met en évidence la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire impliquant plusieurs professionnels de santé. La HAS préconise que le MG joue un rôle central en tant que coordinateur de cette prise en charge. L'absence de réseaux

de soins de proximité semble empêcher de nombreux MG de jouer pleinement leur rôle dans la prise en charge des patients.

Bien que des centres spécialisés existent, tels que le CSO (Centre Spécialisé de l'Obésité) à la Clinique de l'Anjou, le centre au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) d'Angers, en Maine et Loire, le CH (Centre Hospitalier) du Mans et la Clinique du Pré en Sarthe, ainsi que le CH (Centre hospitaliser) du Haut Anjou à Château-Gontier en Mayenne, leur nombre reste limité. De même, des structures d'éducation thérapeutique, comme le SMR (soins médicaux de réadaptation) de Saint-Barthélemy-d'Anjou dans le Maine et Loire, le réseau Diabète et Surpoids 53 en Mayenne, et le SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) Centre François Gallouédec en Sarthe aussi existent mais restent dépendant des structures hospitalières et non des équipes de soins primaires.

Il serait judicieux de développer des réseaux de proximité intégrant divers professionnels paramédicaux pour améliorer la coordination des soins et renforcer l'adhésion des patients. Cette approche pourrait s'appuyer sur le développement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et impliquer des professionnels tels que les infirmières ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe), les diététiciens, les psychologues, les éducateurs sportifs...

9.5. Lever le tabou sur l'obésité et améliorer la prévention

L'obésité est souvent un sujet délicat à aborder, même si c'est une véritable maladie. Elle est encore trop associée aux aspects physiques et comportementaux, ce qui favorise la stigmatisation. Pour changer cette perception, des campagnes d'information publique seraient utiles pour expliquer que l'obésité est une maladie, sans culpabiliser les patients. Cela favoriserait un regard plus positif sur cette pathologie. Si l'obésité devient un sujet plus facile à aborder, les médecins généralistes et les patients pourraient en parler plus librement.

Il serait important de renforcer la prévention pour limiter l'apparition de l'obésité. Cette prévention devrait être moins moralisatrice et donner des conseils pratiques et accessibles. De plus, encourager un contrôle qualitatif plus important sur les aliments transformés par l'industrie pourrait également aider à réduire l'obésité.

10. Perspectives de recherche

Face à l'étonnante représentation positive de l'obésité par les MG, il serait pertinent d'explorer les facteurs influençant cette perception.

Dans cette thèse, la notion de responsabilisation de la maladie ne semblait pas être perçue de manière négative. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de cette responsabilité sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge.

Pour réduire la perte de suivi, il serait utile de mieux comprendre ce que les patients attendent de leur médecin généraliste après une chirurgie bariatrique : quel rôle ils lui attribuent, quelle place il occupe dans leur parcours de soins. De même, on pourrait explorer le souhait des MG quant au degré d'implication dans cette prise en charge.

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence l'évolution des perceptions des MG concernant la prise en charge de l'obésité. Même si les attitudes négatives vues dans le passé semblent avoir diminué, les MG continuent de rencontrer des difficultés majeures face à cette maladie complexe, notamment dans le suivi post-bariatrique. Parmi les principaux obstacles identifiés figurent le manque de formation, le manque de temps, la crainte de paraître jugeant envers le patient et le contexte social défavorisé.

Il apparaît essentiel de considérer l'obésité comme un sujet à aborder ouvertement, en mettant l'accent sur le ressenti du patient. La responsabilité du patient vis-à-vis de sa maladie pourrait constituer un levier potentiel pour optimiser la prise en charge.

Pour améliorer l'accompagnement des patients obèses, il serait pertinent de mieux informer les MG sur la chirurgie bariatrique et son suivi, tout en renforçant les réseaux de soins de proximité. Un axe de recherche complémentaire pourrait porter sur la prise en charge de l'obésité au sein de ces réseaux de proximité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Enquête-épidémiologique-sur-le-suproids-et-l'obésité-Odoxa-x-Obepi.pdf [Internet]. [cité 17 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquête-épidémiologique-sur-le-suproids-et-l'obésité-Odoxa-x-Obepi.pdf>
3. Pathak A, Rouet P, Despas F, Jourdan G, Verwaerde P, Galinier M, et al. Obesity and hypertension: Epidemiological, pathophysiological and therapeutical aspects. *Med Ther Cardio*. 1 mai 2007;3:169/77.
4. FMC-HGE [Internet]. 2013 [cité 5 sept 2023]. Obésité, diabète et risque de cancer. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/postu-main/postu-2013-paris/textes-postu-2013-paris/obesite-diabete-et-risque-de-cancer/>
5. Keller SS. L'obésité: un facteur de risque ostéo-articulaire? *Rev Med Suisse*. 29 mai 2002;2394:1134/7.
6. Réthoret-Lacatis C, Janssens JP. Obésité et pathologie respiratoire. *Rev Med Suisse*. 19 nov 2008;180(42):2512/7.
7. Elsevier. Elsevier Connect. [cité 5 sept 2023]. Obésité et grossesse. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/obesite-et-grossesse>
8. Caussy C, Pattou F, Wallet F, Simon C, Chalopin S, Tellam C, et al. Prevalence of obesity among adult inpatients with COVID-19 in France. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 1 juill 2020;8(7):562-4.
9. Selon un nouveau rapport de l'OMS, l'Europe peut inverser l'évolution de son «épidémie» d'obésité [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/03-05-2022-new-who-report--europe-can-reverse-its-obesity--epidemic>
10. Contiero-Yvars A. Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste :étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault. MONTPELLIER;[thèse d'exercice] 2018.
11. Cara G. Étude sur les préjugés liés à l'obésité: quel regard ont les français? [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2023 [cité 12 août 2024]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/etude-sur-les-prejuges-lies-a-lobesite-quel-regard-ont-les-francais/66776/>
12. Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire – Économie et Statistique n° 486-487 - 2016 | Insee [Internet]. [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2110919?sommaire=2110927>

13. LeMerle A, Payeur R. Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale. [Grenoble];[thèse d'exercice] 2022.
14. pnns4_2019-2023.pdf [Internet]. [cité 18 juin 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
15. Bouger M. Manger Bouger. 2021 [cité 18 juin 2023]. Qu'est-ce que le Nutri-Score ? Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/s-informer-sur-les-produits-qu-on-achete/choisir-ses-produits-avec-le-nutri-score/qu-est-ce-que-le-nutri-score>
16. guide._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
17. AMOUR R. Analyse de la prise en charge de l'obésité de l'adulte par les médecins généralistes de Gironde. Bordeaux;[thèse d'exercice] 2017.
18. ROGEAUX L. Surpoids et obésité de l'adulte : Connaissances, opinions et pratiques des médecins généralistes du département du Tarn et Garonne. GRENOBLE; [thèse d'exercice] 2014.
19. BERGAMINI E. Difficultés des médecins généralistes face au surpoids et à l'obésité. Etat des lieux des outils utilisés en pratique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité, à travers une étude bas-rhinoise. [Strasbourg]; [thèse d'exercice] 2019.
20. KERHOAS Z. Obésité de l'adulte : Opinions, attitudes et propositions des médecins généralistes Une étude qualitative par focus groups. [Rennes]: Bretagne Loire; [thèse d'exercice] 2018.
21. JOAILLES M. Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte dans le département de la Charente. [Poitiers]; [thèse d'exercice]2018.
22. FAYEMENDY PJM. LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU DEPARTEMENT DE LA HAUTE VIENNE : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET SUGGESTIONS D'AMÉLIORATIO. [Limoges]; [thèse d'exercice] 2012.
23. 2023_#42_MEDECINS.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2024]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_%2342_MEDECINS.pdf
24. KERHOAS Z. Obésité de l'adulte : Opinions, attitudes et propositions des médecins généralistes Une étude qualitative par focus groupsThèse. Rennes; [thèse d'exercice] 2018.
25. Guerin R, Lasserre E, Moreau A, Guioux A. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. Exercer. 2008;19(84):135-41.
26. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux JC, Lussault PY, 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. 1 juin 2005;34(11):769-75.

27. G.R.O.S. - Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids [Internet]. 2024 [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.gros.org/>
28. L'asso [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://graspolitique.fr/a-propos/>
29. FRIEDEMANN L. Attentes des adultes en surpoids ou obèses dans l'abord du poids par le médecin généraliste, proposition d'un modèle d'intervention brève. Nantes; [thèse d'exercice]2021.
30. Burles H. Abord de l'obésité en consultation: quels termes préfèrent les patients ? Etude quantitative transversale par auto-questionnaire diffusé via le réseau social facebook. MONTPELLIER; [thèse d'exercice]2022.
31. Rouillon-montauriol M. Représentations et prise en charge des patients présentant un trouble de l'usage de tabac, d'alcool ou d'opiacés par les internes de médecine générale et les maîtres de stage universitaires. Toulouse III; [thèse d'exercice] 2019.
32. Raymond G. Le patient acteur de sa santé. Bull Académie Natl Médecine. nov 2013;197(8):1545/6.
33. Unicancer [Internet]. [cité 19 nov 2024]. Prise en charge du patient atteint de cancer: Dépistage, diagnostic, traitement et suivi. Disponible sur: <https://www.unicancer.fr/fr/espace-patients/notre-modele-de-prise-en-charge-des-patients-2/>
34. Handifaction [Internet]. [cité 27 oct 2024]. Handifaction - Le baromètre de l'accès aux soins du handicap. Disponible sur: <https://www.handifaction.fr/>
35. Accès aux soins gynécologiques pour les femmes en situation de handicap : un programme d'actions déployé en Île-de-France [Internet]. 2024 [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/acces-aux-soins-gynecologiques-pour-les-femmes-en-situation-de-handicap-un-programme-dactions>
36. Salaün M. Etat des lieux des pratiques, des connaissances et des opinions des médecins généralistes des Côtes d'Armor concernant la prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité de l'adulte en soins primaires en 2016. Rennes; [thèse d'exercice] 2017.
37. LECHEVALLIER A. Abord du sevrage tabagique par le médecin généraliste bas-normand : freins perçus dans la pratique du sevrage tabagique par le médecin généraliste et freins au sevrage tabagique pour les patients selon le médecin généraliste. Caen; [thèse d'exercice] 2022.
38. Balloy P. Ressenti du médecin généraliste lors de l'abord de l'alcoolisme en consultation. AMIENS; [thèse d'exercice] 2020.
39. IPSOS-pour-Fondation-ARC-Etude-Médecins-Généralistes-en-Auvergne-Rhone-Alpes_compressed.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: https://toute-la.vieille-acteurs-sante.fr/files/2024/02/IPSOS-pour-Fondation-ARC-Etude-Me%CC%81decins-Ge%CC%81ne%CC%81ralistes-en-Auvergne-Rhone-Alpes_compressed.pdf

40. Chang SH, Stoll CRT, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The Effectiveness and Risks of Bariatric Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg.* 1 mars 2014;149(3):275/87.
41. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial – a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med.* 2013;273(3):219-34.
42. van Veldhuisen SL, Gorter TM, van Woerden G, de Boer RA, Rienstra M, Hazebroek EJ, et al. Bariatric surgery and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J.* 4 mars 2022;43(20):1955/69.
43. Syn NL, Cummings DE, Wang LZ, Lin DJ, Zhao JJ, Loh M, et al. Association of metabolic-bariatric surgery with long-term survival in adults with and without diabetes: a one-stage meta-analysis of matched cohort and prospective controlled studies with 174 772 participants. *The Lancet.* 15 mai 2021;397(10287):1830/41.
44. 17_Emanuel_DISSE_p-v2.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: https://www.sfendocrin.org/wp-content/uploads/2022/11/17_Emanuel_DISSE_p-v2.pdf
45. Jacques M. Projet de formation des médecins généralistes au suivi des patients adultes opérés d'une chirurgie bariatrique État des lieux des connaissances et attentes de médecins traitants en Pays de la Loire pour l'élaboration d'un cahier des charges de formation avec la SRAE nutrition (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise). Angers; [thèse d'exercice] 2024.
46. Dembinski A. Le suivi nutritionnel et métabolique post chirurgie bariatrique par le médecin généraliste: connaissances, pratiques et perspectives d'amélioration. [Amiens] [thèse d'exercice]; 2016.
47. BandamaAtiama L. Place du médecin généraliste dans le suivi des cinq premières années après chirurgie bariatrique:enquête auprès de 84 médecins généralistes d'une cohorte de 80 patients opérés et suivis au Centre Spécialisé de l'Obésité de Réunion-Mayotte entre 2012 et 2014. Caen; [thèse d'exercice] 2020.
48. Thereaux J, Lesuffleur T, Païta M, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, et al. Long-term follow-up after bariatric surgery in a national cohort. *Br J Surg.* sept 2017;104(10):1362-71.
49. Ripaud-Cadiou J. Exploration de la pratique des médecins généralistes en Indre-et-Loire concernant la prise en charge de l'obésité de l'enfant, depuis la mise en place de la cotation CSO. Tours; [thèse d'exercice] 2019.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	9
Figure 2 : Formations réalisées par les MG	11
Figure 3 : Répartition des MG en fonction de leur IMC déclaré	11
Figure 4 : Représentation de l'obésité comme une maladie selon les MG	12
Figure 5 : Représentation du patient obèse comme personne responsable de sa pathologie	12
Figure 6 : Représentation du patient obèse comme personne responsable de sa pathologie en fonction du genre	13
Figure 7 : Représentation du patient obèse comme une personne manquant de volonté	13
Figure 8 : Représentation du patient obèse comme une personne manquant de volonté selon le genre	14
Figure 9 : Aisance pour diagnostiquer l'obésité selon les MG.....	14
Figure 10 : Fréquence de l'abord de l'obésité en consultation par les MG	15
Figure 11 : Gêne ressentie par les MG lors de l'examen clinique des patients obèses	15
Figure 12 : Freins limitant l'examen clinique	16
Figure 13 : Ressenti des MG pour aborder le sujet de l'obésité avec leur patient	17
Figure 14 : Freins compliquant l'abord du sujet de l'obésité chez les MG.....	18
Figure 15 : Fréquence de la prise en charge de l'obésité chez l'adulte par les MG.	18
Figure 16 : Ressenti des MG concernant la prise en charge de l'obésité	19
Figure 17 : Freins en lien avec le patient et son environnement.....	20
Figure 18 : Freins en lien avec le médecin et l'organisation des soins	21
Figure 19 : Fréquence d'orientation des patients adultes obèses vers la chirurgie bariatrique	21
Figure 20 : Freins à l'orientation vers la chirurgie bariatrique	22

Figure 21 : Nombre de patients opérés suivis par MG	23
Figure 22 : Nombre de patients suivis en postopératoire selon l'aisance à aborder et à prendre en charge l'obésité.....	23
Figure 23 : Ressenti des MG concernant le suivi post bariatique.....	24
Figure 24 : Etapes difficiles du suivi post-chirurgie bariatrique.....	25
Figure 25 : Freins au suivi post-chirurgie bariatrique	25
Figure 26 : Satisfaction des MG sur la prise en charge des patients adultes obèses.....	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon	10
Tableau II : Fréquence de la prise en charge de l'obésité selon l'aisance pour l'aborder et la perception de la responsabilité du patient.	19
Tableau III : Facteurs impactant le suivi postopératoire	24

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	
LISTE DES ABREVIATIONS.....	IV
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	7
1. Population étudiée	7
2. Recueil des données	7
3. Analyse des données.....	8
RÉSULTATS	9
1- Caractéristiques de l'échantillon.....	9
3.1. Profil des médecins généralistes de l'échantillon	10
3.2. Formations des médecins généralistes sur l'obésité	11
3.3. Analyse de l'IMC des MG	11
4. Représentations de l'obésité.....	12
4.1. Perception de l'obésité en tant que maladie	12
4.2. Perception par les MG de la responsabilité des patients obèses dans leur pathologie	12
4.3. Perception du patient adulte obèse comme une personne manquant de volonté	13
5. L'abord de l'obésité en consultation	14
5.1. Repérer l'obésité en consultation	14
5.2. Aborder l'obésité	15
5.3. Gêne ressentie des MG lors de l'examen.....	15
5.4. Limitation de l'examen clinique.....	16
5.5. Ressentis des MG pour aborder l'obésité.....	17
5.6. Les freins compliquant l'abord de l'obésité	18
6. Prise en charge de l'obésité	18
6.1. Fréquence de la prise en charge de l'obésité en médecine générale	18
6.2. Ressentis des MG pour prendre en charge l'obésité.....	19
6.3. Freins liés au patient dans la prise en charge de l'obésité	20
6.4. Freins liés au médecin dans la prise en charge de l'obésité	21
6.5. Orientation vers la chirurgie bariatrique pour les patients obèses	21
6.6. Freins à l'orientation vers la chirurgie bariatrique	22
7. Prise en charge post-chirurgicale	23
7.1. Nombre de patients suivis après une chirurgie bariatrique.....	23
7.2. Perception des médecins généralistes dans le suivi des patients post-bariatriques ..	24
7.3. Moments de la prise en charge post-chirurgie bariatrique avec des difficultés marquées.....	25
7.4. Freins au suivi postopératoire	25
7.5. Évolution de la relation médecin-patient	26
8. Satisfaction des médecins généralistes et propositions d'amélioration	26
8.1. Évaluation des médecins généralistes sur la prise en charge de l'obésité	26
8.2. Suggestions d'amélioration pour la prise en charge de l'obésité	27
DISCUSSION ET CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE.....	43

LISTE DES FIGURES	47
LISTE DES TABLEAUX.....	49
TABLE DES MATIERES	50
ANNEXE.....	I

ANNEXE

1. Questionnaire Limesurvey

Prise en charge du patient adulte obèse

Chères et chers médecins généralistes,

Dans le cadre de mon travail de thèse, je réalise une étude quantitative sur les freins rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge des patients adultes obèses. Ce projet de thèse est encadré par les Drs JUDALET-ILLAND Ghislaine et HAMON Cédric.

Je vous invite à répondre à ce questionnaire. Durée estimée 7 minutes
Les réponses sont anonymes.

Merci par avance pour votre participation.
Il y a 39 questions dans ce questionnaire.

Généralités

Q1 : Quel est votre genre ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

Q2 : Quel est votre âge ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Q3 : En quelle année avez vous validé votre DES ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Q4 : En quelle année avez vous validé votre thèse ? (Si vous n'êtes pas concerné mettre 0)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Q5 : Depuis combien de temps exercez vous la médecine générale ? (En année) *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Q6 : Avez vous réalisé une formation sur la prise en charge de l'obésité ? *

Veuillez sélectionner de 1 à 6 réponses.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- DU ou DIU prise en charge de l'obésité
- FMC
- Groupe échange de pratique
- Aucune
- Autre:

Q7 : Dans quel département exercez vous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Maine et Loire
- Sarthe
- Mayenne

Q8 : Dans quel milieu exercez vous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Q9 : Exercez vous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Seul
- En cabinet de groupe
- En MSP

Q10 : Etes vous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Installé(e) en libéral
- Installé(e) en salariat
- Remplaçant(e)
- Autre

Q11 : Etes vous maître de stage des universités ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q12 : Quel est votre IMC ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- <18,5
- 18,5-24,9
- 25-29,9
- 30-34,9
- 35-39,9
- >40

-Je ne souhaite pas donner cette information

Q13 : Depuis que vous êtes adulte, avez vous déjà eu un IMC supérieur à 30 ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Représentations de l'obésité

Q14 : L'OMS définit l'obésité comme une maladie. Qu'en pensez vous ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Q15 : Certains travaux mettent en évidence que le patient adulte obèse serait responsable de sa pathologie. Etes vous ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Q16 : Dans la littérature, on retrouve que le patient adulte obèse manquerait de volonté, êtes vous ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

L'abord de l'obésité en consultation

Q17 : Etes vous à l'aise pour repérer le patient adulte obèse ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Q18 : Abordez vous le sujet de l'obésité avec vos patients adultes obèses ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Très souvent

Q19 : Vous arrive t-il de vous sentir gêné(e) lorsque vous examinez cliniquement un patient adulte obèse ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Q20 : Vous arrive t-il de limiter l'examen clinique chez les patients adultes obèses ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

Q21 : Pourquoi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Le patient refuse d'être examiné
- Le matériel que vous avez est inadapté pour le patient obèse
- Vous êtes mal à l'aise
- Vous ressentez du dégoût
- L'examen est peu contributif (limité par le tissu adipeux)
- Autre:

Q22 : Comment vous sentez vous pour aborder le sujet de l'obésité avec vos patients adultes ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très en difficulté
- Peu en difficulté
- A l'aise
- Totalement à l'aise

Q23 : Selon vous, qu'est ce qui rendrait l'abord de ce sujet compliqué ? *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- C'est un sujet tabou
- Vous avez peur d'être jugeant
- Vous n'avez pas le temps de l'aborder lors d'une consultation pour un tout autre motif
- Le patient en n'a pas fait la demande
- Le patient n'a pas conscience de son obésité (Déni, ou représentation culturelle différente)
- Vous ne vous sentez pas compétent
- Vous avez la crainte d'altérer la relation patient-médecin
- Autre:

Prise en charge de l'obésité

Q24 : Prenez vous en charge l'obésité chez l'adulte ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Peu
- Souvent
- Très souvent

Q25 : Comment vous sentez vous pour prendre en charge l'obésité chez l'adulte ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très en difficulté
- Peu en difficulté
- A l'aise
- Très à l'aise

Q26 : Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte ? (en lien avec le patient) *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez sélectionner de 1 à 9 réponses.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Le manque de motivation de la part du patient
- Le patient ne souhaite pas changer ses habitudes
- La perte du suivi/le manque d'adhérence aux soins
- Le déni de l'obésité
- Le non remboursement de la consultation diététique
- Le non remboursement de la consultation avec un psychologue
- La pratique de l'activité physique n'est pas remboursée
- Contexte social défavorisé
- Entourage du patient peu aidant
- Autre:

Q27 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge du patient adulte obèse ? (En lien avec le médecin et l'organisation des soins) *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Le manque de temps de consultation
- Le manque de reconnaissance financière / absence de cotation
- La difficulté d'accès à un spécialiste/ délai de consultation est long
- La pathologie est très complexe
- Le manque d'outils d'aide à la prise en charge
- Le manque de formation à ce sujet
- Le manque de coordination avec les différents intervenants (psychologue, diététicien,
- Le manque de réseaux de soins
- Le manque de communication entre l'hôpital et la médecine de ville
- Vous ne vous sentez pas motivé(e)
- Le manque de recommandation
- Autre:

Q28 : Orientez vous des patients adultes obèses vers un chirurgien en vue d'une chirurgie bariatrique ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Très souvent

Q29 : Pourquoi n'orientez vous jamais ou peu vers le chirurgien ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Ce n'est pas mon rôle
- Je n'ose pas aborder le sujet avec les patients
- Je ne connais pas les indications de la chirurgie bariatrique
- Il y a trop de risque de complications post opératoire
- C'est une technique peu efficace sur le long terme
- Autre:

Prise en charge post chirurgie bariatrique

Q30 : Combien de patient(s) opéré(s) d'une chirurgie bariatrique suivez vous ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucun
- Entre 1 et 5

- Entre 6 et 10
- Plus de 10

Q31 : Vous sentez vous en difficultés pour suivre des patients après chirurgie bariatrique ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très en difficulté
- Peu en difficulté
- A l'aise
- Très à l'aise
- Non concerné

Q32 : A quel moment de la prise en charge post bariatrique vous sentez vous le plus en difficultés ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En post opératoire immédiat <3 mois
- A court terme (entre 3 et 18 mois)
- A long terme (> 18 mois)

Q33 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge du patient adulte après chirurgie bariatrique ?*

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manque de communication avec l'équipe hospitalière
- Manque de coordination avec les différents intervenants
- Manque de formation en nutrition
- Manque de connaissance sur la chirurgie et ses complications
- Manque d'outils d'aide à la prise en charge
- Perte de suivi
- Autre:

Q34 : Avez vous remarqué une modification de la relation médecin-patient après une perte de poids importante post chirurgie bariatrique ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Q35 : Si oui, quel(s) changement(s) avez vous pu noter ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Q36 : Pensez vous porter un autre regard sur un patient adulte ayant perdu du poids après la prise en charge de son obésité ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q37 : Si oui précisez:

Satisfaction/ améliorations

Q38 : Etes vous satisfait(e) de la prise en charge de vos patients adultes obèses ? *
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout satisfait(e)
- Peu satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Très satisfait(e)

Q39 : Selon vous, comment pourrions-nous améliorer la prise en charge de l'obésité chez l'adulte ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Merci beaucoup pour votre participation.

Quantification des freins rencontrés par les MG lors de la prise en charge des patients adultes obèses

Introduction : L'OMS définit le surpoids et l'obésité « comme une accumulation anormale ou excessive de graisse, qui nuit à la santé ». En 2020, la France compte 17% de sa population adulte en situation d'obésité. Le surpoids et l'obésité entraînent de nombreuses pathologies notamment cardiovasculaires et psychologiques. Le MG a une place centrale dans la prise en charge de cette maladie complexe. Cette enquête vise à quantifier les freins rencontrés par les MG à chaque étape de la prise en charge.

Matériels et Méthodes : Cette enquête quantitative, transversale et descriptive a été menée auprès des médecins généralistes, installés ou remplaçants, des départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe. Un questionnaire élaboré sur Limesurvey leur a été envoyé par mail. La collecte des données s'est déroulée de mars à juin 2024. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de BiostaTGV®.

Résultats : 134 réponses ont été analysées. Un tiers des MG estimaient que les patients obèses étaient responsables de leur maladie. Ils craignaient d'être perçus comme jugeants et préféraient attendre que le patient aborde le sujet. Beaucoup se sentaient en difficulté pour la prise en charge de l'obésité, mais ceux ayant suivi une formation étaient moins en difficulté. Les principaux freins étaient le contexte social et les habitudes des patients. Les MG manquaient de temps et considéraient l'obésité comme une maladie complexe. Ils orientaient peu vers la chirurgie bariatrique, jugée peu efficace, et manquaient de formation pour le suivi post-opératoire. Dans l'ensemble, ils étaient peu satisfaits de la prise en charge des patients obèses.

Conclusion : L'étude montre que les MG ont une perception plutôt positive de l'obésité, mais ils rencontrent encore des difficultés, surtout pour le suivi post-bariatrique. Le manque de formation, de temps et la crainte d'être jugeant restent des freins majeurs. Renforcer la formation et les réseaux de soins pourraient améliorer la prise en charge.

Mots-clés : Obésité, Adultes, médecins généralistes

Quantification of the obstacles encountered by general practitioners in the care of obese adult patients

Introduction: The WHO defines overweight and obesity "as an abnormal or excessive accumulation of fat, which is detrimental to health". In 2020, France has 17% of its adult population obese. Overweight and obesity lead to numerous pathologies, particularly cardiovascular and psychological. GP has a central place in the management of this complex disease. This survey aims to quantify the obstacles encountered by GPs at each stage of care.

Materials and Methods: This quantitative, cross-sectional and descriptive survey was carried out among general practitioners, established or replacing, in the departments of Maine-et-Loire, Mayenne and Sarthe. A questionnaire developed on Limesurvey was sent to them by email. Data collection took place from March to June 2024. Statistical analysis was carried out using BiostaTGV®.

Results: 134 responses were analyzed. A third of GPs believed that obese patients were responsible for their illness. They feared being perceived as judgmental and preferred to wait for the patient to bring up the subject. Many felt difficult to manage obesity, but those who had received training had less difficulty. The main obstacles were the social context and the habits of the patients. GPs were short of time and viewed obesity as a complex disease. They rarely referred to bariatric surgery, considered ineffective, and lacked training for post-operative follow-up. Overall, they were dissatisfied with the management of obese patients.

Conclusion: The study shows that GPs have a rather positive perception of obesity, but they still encounter difficulties, especially for post-bariatric follow-up. Lack of training, time and fear of being judgmental remain major obstacles. Strengthening training and care networks could improve care.

Keywords : Obesity, Adults, general practitioners