



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Tania HOESER

le 15 janvier 2013

**Prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte par le
médecin généraliste et collaboration avec les réseaux de soins:**

Evaluation des pratiques des médecins adhérents et non-adhérents
à la Maison du Diabète et de la Nutrition de Lunéville

Examineurs de la thèse:

Professeur Olivier ZIEGLER

Président

Professeur Didier QUILLIOT

Juge

Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUÉANT

Juge

Docteur Catherine COLLARD

Juge

Docteur Samy KHOURI

Directeur

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Tania HOESER

le 15 janvier 2013

**Prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte par le
médecin généraliste et collaboration avec les réseaux de soins:**

Evaluation des pratiques des médecins adhérents et non-adhérents
à la Maison du Diabète et de la Nutrition de Lunéville

Examineurs de la thèse:

Professeur Olivier ZIEGLER

Président

Professeur Didier QUILLIOT

Juge

Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUÉANT

Juge

Docteur Catherine COLLARD

Juge

Docteur Samy KHOURI

Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances »* : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission « Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseeurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

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

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

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

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

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

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

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

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

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

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

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

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

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

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

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

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

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

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

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

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

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

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

Docteur Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur Lina BOLOTINE

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

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

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

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

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

Docteur Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY
Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Michel BOULANGÉ – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER

Professeur de Nutrition

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de
présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions sincèrement de votre soutien au cours de la rédaction de
cette thèse.

Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et de nos respectueux
remerciements.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Didier QUILLIOT

Professeur de Nutrition

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous vous prions de croire à l'expression de notre profond respect.

A NOTRE JUGE

Madame le Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

Professeur de Nutrition

Vous nous faites l'honneur d'évaluer ce travail.

Veillez croire à nos sentiments les plus respectueux.

A Madame le Docteur Catherine COLLARD

Grâce à votre engagement j'ai découvert l'éducation thérapeutique du patient à la MDNL et j'ai eu envie d'étudier son impact sur la prise en charge des patients. Je vous remercie pour votre gentillesse et votre patience, au cours de mon stage dans votre service et pendant la rédaction de ma thèse.

A Monsieur le Docteur Samy KHOURI

Samy, je te remercie d'avoir partagé cette aventure avec moi. Tu m'as guidée dans la bonne humeur tout au long de mon travail, tu as su me critiquer quand il le fallait, tu m'as rassurée quand je me sentais découragée. J'espère que tu es aussi fier que moi de tenir enfin en main ce document qui n'est pas seulement ma thèse, mais *notre* thèse.

A mes parents, pour leur soutien inconditionnel tout au long de mes études. Je vous dois une grande partie de ma réussite.

A mon frère, Jo, pour avoir été la force calme pendant toutes ces années. Et, bien sûr, pour le soutien informatique 24h/24.

Je vous aime.

A mes amis qui m'ont accompagnée pendant toutes ces années.

A Laurent, compagnon de la première heure.

A Estelle, Vincent et Bertrand pour avoir partagé toutes ces années d'études, de révisions, de concours, mais aussi d'innombrables bons moments.

A Aurélie, ma co-interne la plus fidèle.

A Christophe, pour m'avoir soutenue et supportée jusque là.

A tous mes amis luxembourgeois qui m'ont toujours soutenue. Vous vous reconnaissez.

Aux équipes de Médecine B à Lunéville et de la MDNL pour leur soutien dans la réalisation de ma thèse.

SERMENT

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

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

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

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

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

Table des Matières

I.	Introduction	22
A.	Le surpoids et l'obésité	22
1.	Définition par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	22
2.	Prévalence	22
3.	Répartition dans la population	23
4.	Evolution au fil du temps	23
5.	Projections pour le futur	24
6.	Conséquences	25
7.	Prise en charge	26
8.	Mesures officielles.....	28
B.	Le Réseau de la Maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois (MDNL)	30
1.	Organisation et financement	30
2.	Parcours du patient	30
3.	Objectifs	31
C.	Pourquoi cette thèse ?.....	32
II.	Méthode	33
A.	Type d'enquête.....	33
B.	Délimitation d'une zone géographique	33
C.	Praticiens inclus.....	33
D.	Élaboration du questionnaire	34
E.	Évaluation du questionnaire	35
F.	Recueil des données	35
G.	Traitement des données.....	35
H.	Logiciel utilisé	36
III.	Résultats	37
A.	Taux de réponse.....	37
B.	Prise en charge des patients en excès de poids : analyse globale	37
1.	Population étudiée	37
2.	Diagnostic de l'excès de poids, dépistage des complications et facteurs de risque associés.....	37
3.	Aborder le poids en consultation	45
4.	Prise en charge multidisciplinaire	46
5.	Freins à la prise en charge	48
6.	La maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois (MDNL).....	50
C.	Prise en charge des patients en excès de poids : analyse par sous-groupes	51
1.	Population étudiée	51
2.	Diagnostic de l'excès de poids, dépistage des complications et facteurs de risque associés.....	52
3.	Aborder le poids en consultation	60
4.	Prise en charge multidisciplinaire	62

5.	Freins à la prise en charge	64
6.	La maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois (MDNL)	65
IV.	Discussion	67
A.	Discussion des résultats	67
1.	Population étudiée	67
2.	Diagnostic de l'excès de poids, dépistage des complications et facteurs de risque associés	68
3.	Aborder le poids en consultation	72
4.	Prise en charge par le médecin traitant	72
5.	Prise en charge multidisciplinaire	73
6.	Freins à la prise en charge	75
7.	La maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois (MDNL)	75
B.	Evaluation de la qualité de l'enquête	77
1.	Forces du travail	77
2.	Faiblesses du travail	78
V.	Conclusion	80
VI.	Bibliographie	83
VII.	Annexes	85

Tableaux

Tab. 1 Modalités du diagnostic du surpoids et de l'obésité, nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales par item (n=47).....	38
Tab. 2 Complications et facteurs de risque associés au surpoids et à l'obésité recherchés par les praticiens interrogés, nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales par item (n=47)	38
Tab. 3 Objectifs pondéraux pour le patient en surpoids, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)	39
Tab. 4 Objectifs pondéraux pour le patient obèse, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)	40
Tab. 5 Importance accordée à une activité physique régulière, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)	40
Tab. 6 Importance accordée à la réalisation d'une enquête alimentaire, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47).....	41
Tab. 7 Importance accordée à la modification des habitudes et des comportements alimentaires, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)	42
Tab. 8 Importance accordée à la prescription d'un régime, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)	43
Tab. 9 Importance accordée à un traitement médicamenteux, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)	44
Tab. 10 A quel moment les praticiens abordent-ils le poids du patient en consultation ? Nombre absolu et pourcentage des réponses totales (par item, n=47))	46
Tab. 11 Taux de collaboration avec les différents professionnels de santé, nombre absolu et pourcentage des réponses (par item, n=47))	47
Tab. 12 Situations dans lesquelles les praticiens font appel à un autre professionnel de santé dans la prise en charge des patients en surpoids ou obèses, nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses (n=47)	47
Tab. 13 Comment prenez-vous en charge vos patient en surpoids? Nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n théorique =47)	48
Tab. 14 Comment prenez-vous en charge vos patients obèses? Nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n théorique =47)	48
Tab. 15 Freins éventuels à la prise en charge des patients en surpoids ou obèses en médecine générale, nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales (par item, n=47).....	48

Tab. 16 Répartition des freins à la prise en charge par tranche d'âge.....	49
Tab. 17 Fréquence de collaboration avec la MDNL, nombre absolu des réponses et pourcentage des réponses totales (n=47)	50
Tab. 18 L'adhésion à la MDNL modifie-t-elle votre prise en charge des patients? Nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales (n=47)	50
Tab. 19 Pensez-vous que l'existence de la MDNL améliore la prise en charge des patients? Nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales (n=47)	51
Tab. 20 Adhésion et sexe	51
Tab. 21 Adhésion et âge.....	52
Tab. 22 Adhésion et mode d'exercice.....	52
Tab. 23 Adhésion et pesée régulière des patients.....	52
Tab. 24 Adhésion et calcul de l'IMC	53
Tab. 25 Adhésion et mesure du périmètre abdominal	53
Tab. 26 Adhésion et type des complications et comorbidités recherchées	54
Tab. 27 Adhésion et pratique d'une activité physique régulière.....	55
Tab. 28 Adhésion et enquête alimentaire	56
Tab. 29 Adhésion et adaptation des habitudes et des comportements alimentaires	56
Tab. 30 Adhésion et prescription de régime	57
Tab. 31 Adhésion et traitement médicamenteux	58
Tab. 32 Adhésion et objectif pondéral pour le patient en surpoids	59
Tab. 33 Adhésion et objectif pondéral pour le patient obèse	60
Tab. 34 Adhésion et aborder le poids en consultation facilement.....	60
Tab. 35 Adhésion et quand aborder le poids en consultation	61
Tab. 36 Adhésion et prise en charge du patient en surpoids.....	61
Tab. 37 Adhésion et prise en charge du patient obèse	61
Tab. 38 Adhésion et attitude face à une prise en charge multidisciplinaire	62
Tab. 39 Adhésion et collaboration avec une diététicienne.....	62
Tab. 40 Adhésion et collaboration avec un médecin nutritionniste	62
Tab. 41 Adhésion et collaboration avec un diabétologue/endocrinologue	63

Tab. 42 Adhésion et collaboration avec un chirurgien de l'obésité	63
Tab. 43 Adhésion et collaboration avec un psychologue.....	63
Tab. 44 Adhésion et fréquence de collaboration avec une équipe multidisciplinaire	64
Tab. 45 Adhésion et freins à la prise en charge des patients en surpoids et obèses	64
Tab. 46 Adhésion et fréquence de collaboration avec la MDNL	65
Tab. 47 Adhésion et modification de la prise en charge des patients	66
Tab. 48 Adhésion et amélioration de la prise en charge des patients en excès de poids par l'existence du Réseau MDNL.....	66

Figures

Fig. 1 Complications et facteurs de risque associés au surpoids et à l'obésité recherchés par les praticiens interrogés, par ordre de fréquence, en pourcents des réponses totales	39
Fig. 2 Importance accordée à une activité physique régulière, en pourcents des réponses.....	41
Fig. 3 Importance accordée à la réalisation d'une enquête alimentaire, en pourcents des réponses	42
Fig. 4 Importance accordée à la modification des habitudes et des comportements alimentaires, en pourcents des réponses	43
Fig. 5 Importance accordée à la prescription d'un régime, en pourcents des réponses	44
Fig. 6 Importance accordée à un traitement médicamenteux, en pourcents des réponses.....	45
Fig. 7 A quel moment les praticiens abordent-ils le poids du patient en consultation? Taux de réponse en pourcents des répondants (par item)	46
Fig. 8 Freins éventuels à la prise en charge des patients en surpoids ou obèses en médecine générale, en pourcents des participants (n=47)	49
Fig. 9 Adhésion et type des complications et comorbidités recherchées, par ordre de fréquence, répartition par sous-groupe.....	54
Fig. 10 Adhésion et pratique d'une activité physique régulière, répartition par sous-groupe	55
Fig. 11 Adhésion et enquête alimentaire, répartition par sous-groupe	56
Fig. 12 Adhésion et adaptation des habitudes et des comportements alimentaires, répartition par sous-groupe.....	57
Fig. 13 Adhésion et prescription de régime, répartition par sous-groupe	58
Fig. 14 Adhésion et traitement médicamenteux, répartition par sous-groupe.....	59
Fig. 15 Adhésion et freins à la prise en charge des patients en surpoids et obèses, répartition par sous-groupe.....	65

I. Introduction

A. Le surpoids et l'obésité

1. Définition par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'index de masse corporelle (IMC) qui correspond au poids corporel (en kilogrammes) rapporté au carré de la taille (en mètres). On parle de surpoids à partir d'un IMC ≥ 25 kg/m² et d'obésité si la valeur est ≥ 30 kg/m². Il existe différents degrés d'obésité : classe I pour un IMC de 30-34,9, classe II de 35-39,9 et classe III au-delà de 40 (1). Cette classification est utilisée depuis 1995.

2. Prévalence

D'après l'OMS, parmi la population mondiale adulte âgée de plus de 20 ans, on compte plus de 1,4 milliards de personnes en surpoids et 500 millions d'obèses (1). Sur le continent américain (nord et sud confondus), 23,5% des hommes et 29,7% des femmes sont obèses, suivi de près de l'Europe où on compte 20,4% d'hommes et 23,1% de femmes obèses (2). Si on ne considère que le nombre absolu, en 2005, le nombre le plus important de personnes en surpoids vivait dans les pays industrialisés (234,9 millions), mais aussi, de manière plus inattendue, en Chine (204,1 millions). Pour l'obésité, les pays industrialisés restaient en tête (138,5 millions), suivis de l'Amérique latine (60,9 millions), du Moyen Orient (51,9 millions) et des pays de l'ancienne URSS (49,3 millions) (3).

En France métropolitaine, en 2006, pour une population âgée de 18 à 74 ans, 41% des hommes et 23,8% des femmes étaient en surpoids, 16,1% des hommes et 17,6% des femmes obèses (4). En 2009, 31,9% des adultes, dont 38,5% d'hommes et 26% de femmes, étaient en surpoids et 14,5% des adultes, dont 13,9% d'hommes et 15,1% de femmes, étaient obèses (5).

La Lorraine est une des régions ayant la plus forte prévalence d'obésité avec 17,6% des adultes de plus de 18 ans en 2009 (6)

3. Répartition dans la population

En France, la prévalence de l'obésité est inversement liée au niveau socio-économique. Dans les foyers ayant un revenu inférieur à 900€ par mois, 22% des personnes sont obèses, contre seulement 14% dans les foyers gagnant entre 2301 et 2700€ et 6% dans les foyers avec un revenu supérieur à 5301€ par mois. Parmi les personnes ayant une éducation de niveau primaire, 1 personne sur 4 est obèse, contre 1 sur 8 ayant un niveau bac et seulement 7% des personnes ayant fait un 2^e ou 3^e cycle d'études supérieures.

Lorsqu'on regarde la répartition par sexe, on se rend compte qu'en moyenne, les hommes sont plus souvent en surpoids (38,5% contre 26%) et les femmes plus souvent obèses (15,1% contre 13,9%).

La prévalence augmente avec l'âge, dans la tranche des plus de 65 ans, seulement 33% des hommes et 47% des femmes gardent un poids normal (5). Ce qui est plus inquiétant, c'est que l'excès de poids connaît une nette progression au sein des populations plus jeunes. En 2009, 14% des hommes de 18 à 25 ans étaient en surpoids et 3% obèses. Chez les femmes de 18 à 25 ans, 11,5% étaient en surpoids, 5% obèses. Ces taux augmentent largement chez les 25 à 34 ans. Chez les hommes de cette catégorie d'âge, 32% étaient en surpoids et 8,5% obèses, chez les femmes on comptait 19% de surpoids et 12% d'obèses. (5)

4. Evolution au fil du temps

Ce n'est pas un secret que la prévalence du surpoids et de l'obésité n'a cessé d'augmenter au fil des années. Malheureusement, il existe très peu de données concernant le surpoids, la majorité des études ne porte que sur l'obésité.

D'après la méta-analyse de Finucane *et al.* (7) prenant en compte des valeurs de poids et de taille mesurées dans 199 pays entre 1980 et 2008 et incluant 9,1 millions de personnes, l'IMC moyen a augmenté de 0,4 kg/m² pour les hommes et 0,5 kg/m² pour les femmes par dix ans au niveau mondial. En Europe de l'Ouest, l'évolution était de 0,6 kg/m² pour les hommes et 0,4 kg/m² pour les femmes.

L'enquête ObÉpi 2009 (5), l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, menée tous les 3 ans depuis 1997 sur un échantillon représentatif de la

population générale française de plus de 18 ans, met en évidence une augmentation moyenne de l'IMC de 1 kg/m² entre 1997 et 2009. L'augmentation moyenne relative de la prévalence de l'obésité était de 5,9% par an en 12 ans ou de 70,8% au total depuis le début de l'enquête. La vitesse de croissance par contre a diminué ces dernières années. Si on retenait encore une progression de +18,8% entre 1997 et 2000 et de +17,8% entre 2000 et 2003, elle n'était plus que de +10,1% entre 2003 et 2006 et de +10,7% entre 2006 et 2009.

Dans l'est de la France, la prévalence de l'obésité est passée de 9,3% en 1997 à 17% en 2009 (+82,8%), en Lorraine de 10,5% à 17,6% (+67,6%), ce qui en fait une des régions les plus touchées.

5. Projections pour le futur

Il est très difficile de faire des prévisions fiables pour les années à venir. Il est évident que le nombre de personnes en surpoids et obèses ne cessera d'augmenter. Néanmoins, en fonction des sources examinées, il semble que la vitesse de progression ralentirait progressivement.

Au niveau mondial, on peut se baser sur les données de Kelly *et al.* (3) qui font une projection pour l'année 2030 en considérant des données démographiques comme la croissance et le vieillissement de la population ou la migration vers les grandes villes. Une première variante se base exclusivement sur les valeurs actuelles de l'IMC, une deuxième prend en compte l'évolution de l'IMC au cours des années dans les différentes régions étudiées. Ainsi, la prévalence du surpoids et de l'obésité en 2030 serait plus importante dans la deuxième variante que dans la première n'incluant que les données actuelles.

Ces résultats rejoignent ceux d'une autre étude, réalisée par Wang *et al.* (8), qui a pour objectif d'étudier le retentissement actuel et futur de l'obésité sur la santé et l'économie. Ainsi, une projection est faite pour 2030 selon deux méthodes. La première se sert de données de poids et de taille collectées à partir de 1988 aux États-Unis et à partir de 1993 au Royaume Uni et établit une fonction linéaire pour prédire la prévalence en 2030. La seconde procède de la même façon, en se servant uniquement de données mesurées à partir de 2000 et a une pente beaucoup moins

raide, ce qui correspondrait à une prévalence moins élevée en 2030 et donc une progression moins rapide.

Il n'y a pas d'étude française à ce sujet, mais les résultats de l'enquête ObÉpi montrent un ralentissement de la progression de l'obésité entre 2003 et 2009 et semblent encourageants pour les années à venir.

On peut également se baser sur les données de l'OCDE (9), moins optimistes, qui nous prédisent certes un ralentissement de la progression de l'obésité d'ici dix ans, mais une progression du surpoids à la même allure qu'actuellement.

6. Conséquences

a) Sur la santé

Les conséquences de l'excès de poids sur la morbi-mortalité sont multiples. La qualité de vie se trouve réduite, aussi bien que l'espérance de vie, et ce par de multiples biais.

L'excès de poids est souvent associé à des facteurs de risque cardio-vasculaires. En France, une personne en surpoids est traitée 2,5 fois plus souvent pour une hypertension artérielle, 2 fois plus souvent pour une dyslipidémie et 3 fois plus souvent pour un diabète qu'une personne de poids normal. Pour une personne obèse, on retient une probabilité de 4 fois, 2,8 fois et 6,5 fois respectivement (5).

Mis à part les pathologies cardio-vasculaires et métaboliques, la surcharge pondérale et l'obésité sont aussi à l'origine de pathologies respiratoires telles le syndrome des apnées du sommeil ou le syndrome d'obésité-hypoventilation. Les pathologies hépato-biliaires ont une plus forte incidence. Les pathologies ostéo-articulaires, comme l'arthrose du rachis ou des membres inférieurs, source de nombreux handicaps, sont également plus fréquentes.

L'incidence de certains cancers serait plus importante dans des populations en excès de poids, comme le montre cette étude parue dans le Lancet en 2008 (10). Une augmentation de l'IMC de 5 kg/m² entraînerait une augmentation significative de l'incidence du cancer du côlon, du rein et de la thyroïde ainsi que de

l'adénocarcinome de l'œsophage dans les 2 sexes et du cancer de l'endomètre et du sein après la ménopause chez les femmes.

Il ne faut pas non plus oublier le retentissement psychosocial du surpoids et de l'obésité.

b) Economiques

Les enjeux économiques ne sont pas négligeables. La forte prévalence du surpoids et de l'obésité occasionne des coûts supplémentaires, aussi bien dans le domaine de santé que dans d'autres domaines.

Les dépenses de santé englobent la prise en charge de toutes les pathologies aiguës et surtout chroniques liées au surpoids. Aux États-Unis, l'obésité occasionne désormais plus de dépenses de santé que le tabac (11). Suite à l'analyse de plusieurs études à ce sujet, une personne obèse a des dépenses de santé 30% plus élevées qu'une personne de poids normal et l'obésité représente 0,7- 2,8% des dépenses de santé totales des différents pays étudiés (11). En plus, beaucoup de moyens sont déployés pour des actions de santé publique afin de faire comprendre que la maîtrise du surpoids et de l'obésité est essentielle.

Dans les dépenses indirectement liées à l'excès de poids, on peut citer par exemple les coûts engendrés par l'absentéisme au travail, la diminution de la productivité ou les pensions d'invalidité. Il y a également des dépenses moins évidentes, comme par exemple des subsides alloués par l'Union Européenne pour favoriser la production d'aliments plus sains. Ainsi, en 2002, l'Union Européenne a avancé 32,8 millions d'euros pour couvrir les dépenses directes et indirectes liées à l'obésité (dans les 15 pays membres de l'époque) (12).

7. Prise en charge

La prise en charge de l'excès de poids doit être globale, c'est-à-dire qu'il faut qu'elle tienne compte du mode de vie des patients, des facteurs environnementaux et économiques et qu'elle s'adapte à des situations cliniques très variées. Il faut qu'elle prenne en compte les complications sans oublier pour autant la prévention. Pour que la prise en charge soit optimale, il est important de faire le bon diagnostic sans

perdre de temps et de mettre en place tous les moyens à notre disposition afin d'obtenir le meilleur résultat possible. Ceci a déjà été abordé par l'AFERO en 1998 dans leur document *Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France* (13), « afin d'aider le médecin à la prise en charge des patients obèses ».

Très souvent, le premier acteur à intervenir est le médecin généraliste. Il est en première ligne et il lui revient de poser le diagnostic et d'initier la prise en charge. Deux études récentes à ce sujet ont été publiées en 2005.

La première est une étude transversale réalisée par téléphone, par Aurélie Bocquier *et al.* en 2003 dans la région PACA, auprès de 1074 généralistes pour connaître leurs attitudes et leurs pratiques face à des patients en surpoids ou obèses (14). 79% des médecins interrogés disaient jouer un rôle important dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité et une majorité connaissait les moyens diagnostiques et les conseils à donner aux patients, mais 64% donnaient des objectifs de poids plus sévères que ceux proposés dans la littérature. 58% ne pensaient pas être assez performants pour remplir cette tâche correctement. Un tiers qualifiait la prise en charge des problèmes de poids comme non gratifiante professionnellement.

La seconde, réalisée par J-F Thuan et A Avignon, est également une étude transversale, réalisée par voie postale dans le Languedoc-Roussillon afin de connaître les pratiques et les attitudes des praticiens face à leurs patients obèses (15). Près de 95% des 744 praticiens donnaient des conseils alimentaires à leurs patients et recommandaient une activité physique régulière. Presque tous étaient d'accord sur l'importance de la prévention, même si un grand nombre la pratiquait uniquement chez des patients à risque d'obésité. Entre 30 et 40% d'entre eux adressaient leurs patients à un spécialiste (médecin nutritionniste, diététicien ou psychologue/psychiatre), mais seulement la moitié suivait encore les patients, une fois adressés aux spécialistes. Le suivi des patients se faisait souvent très régulièrement pendant les premiers mois, pour s'espacer voire s'arrêter ensuite.

Interrogés sur leurs attentes pour l'avenir, trois types de réponses revenaient régulièrement : une partie des médecins souhaitait améliorer leurs interventions

auprès des patients (par des formations spécifiques ou des recommandations professionnelles par exemple), d'autres misaient plutôt sur des modifications du système de santé (valorisation des réseaux de santé, collaboration facilitée avec les différents professionnels de santé et adaptation de la tarification des activités de soins) ou des actions de santé publique.

Globalement, on peut donc dire que les médecins généralistes français avaient de bonnes connaissances en ce qui concerne le diagnostic du surpoids et de l'obésité ainsi que des comorbidités et qu'ils donnaient des conseils pertinents à leurs patients. Cependant, la prise en charge était loin d'être parfaite, si l'on voit qu'une grande partie des praticiens ne connaissait pas les objectifs de poids visés dans les recommandations, que la collaboration avec d'autres acteurs de santé était encore peu répandue et que le suivi au long cours était assez aléatoire. En plus, beaucoup de médecins ne se sentaient pas assez compétents face aux patients présentant des problèmes de poids.

Dans sa thèse sur les pratiques relatives à l'obésité en médecine générale, Samuel De Deyne a fait une revue de la littérature incluant des études réalisées en dehors de la France et en tire des conclusions semblables (16). Beaucoup de médecins ne maîtrisaient pas assez la nutrition, ne connaissaient pas les objectifs de poids et ne promouvaient pas la stabilité pondérale. En général, les patients recevaient plus de conseils quand ils étaient atteints de comorbidités et le taux de prise en charge augmentait avec l'IMC. Enfin, les médecins sensibilisés au sujet prenaient globalement mieux en charge leurs patients.

8. Mesures officielles

Depuis quelques années, de plus en plus de documents officiels parlant de la nutrition en général et de l'obésité et du surpoids en particulier sont publiés. Ils ont pour but de préciser les modalités de la prévention et de la prise en charge de l'excès de poids en France et de promouvoir une alimentation saine et équilibrée ainsi qu'une activité physique régulière.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) traite la nutrition comme un déterminant de la santé, la 3^e édition a été publiée en 2011 (17). Il précise surtout les

mesures préventives dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique à prendre en milieu scolaire et dans les collectivités.

Le Plan Obésité 2010-2013 (18) spécifie différentes mesures de prévention et de prise en charge, classées par 4 axes spécifiques.

Le premier axe est celui qui nous intéresse le plus. Il vise à améliorer le dépistage et la prise en charge, aussi bien dans la population adulte que pédiatrique. La place du médecin traitant y est primordiale, les praticiens doivent être sensibilisés et des outils adéquats doivent être mis à leur disposition. L'offre de soins doit être structurée et l'éducation thérapeutique par des équipes pluridisciplinaires doit être reconnue et donc remboursée aussi bien en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire de proximité. Un accent est mis sur l'approche globale d'une pathologie chronique liée au comportement et à l'environnement.

Le deuxième axe encadre la prévention.

Le troisième axe lutte contre les discriminations et décrit les mesures spécifiques à une population en situation de handicap et de vulnérabilité sociale ou économique.

Le quatrième et dernier axe vise à développer la recherche et la coopération internationale en matière de politique de santé.

Pour répondre aux objectifs du premier axe, la Haute Autorité de Santé a publié en septembre 2011 ses Recommandations de Bonne Pratique, intitulées *Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours* (19). Ces recommandations se veulent avant tout pratiques. Elles donnent des critères et moyens diagnostiques, des objectifs thérapeutiques, mais aussi des fiches de support pour structurer l'entretien avec le patient lors de la première consultation, des conseils alimentaires et des propositions d'activité physique adaptée. Ainsi, le praticien a à sa disposition une sélection de documents censés faciliter la prise en charge de l'excès de poids en médecine générale. En effet, le rôle des généralistes est valorisé et une prise en charge multidisciplinaire n'est envisagée qu'après échec ou chez des patients remplissant les critères pour une chirurgie bariatrique. Or, le deuxième recours est encore mal défini et l'offre de soins est très différente en fonction des régions.

B. Le Réseau de la Maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois (MDNL)

1. Organisation et financement

Dans le pays Lunévillois, nous avons à notre disposition le Réseau MDNL. Son siège principal se trouve à Lunéville et il y a deux antennes locales à Baccarat et Cirey-sur-Vezouze. Il est géré par une association fondée en avril 2008. Il s'agissait d'abord d'un réseau de prévention et de soins pour les patients diabétiques, mais plus tard il s'occupait également de personnes en surpoids ou obèses, et ce sous forme de programmes d'éducation thérapeutique du patient. Ainsi, les patients apprennent à comprendre leur maladie et ses effets sur leur santé, ils sont intégrés dans la prise en charge et peuvent devenir acteur de leur santé.

Le programme d'éducation thérapeutique est conforme au guide méthodologique publié par la HAS en juin 2007 (20) et a été soumis à la validation de l'ARS Lorraine en 2010.

Les médecins adhérents peuvent adresser leurs patients au Réseau contre une cotisation annuelle de 10€. Pour les patients, la prise en charge est entièrement gratuite. Comme toutes les maisons de santé pluridisciplinaires, la MDNL est soumise à un cahier des charges national et une version régionale adaptée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine. Le financement est garanti en majeure partie par le FIQCS, le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (21). Ce fonds est géré au niveau national, mais chaque ARS dispose de son propre portefeuille. Le reste des fonds provient des cotisations des médecins et d'argent collecté à l'occasion de manifestations grand public organisées régulièrement.

2. Parcours du patient

Après que le médecin traitant ait identifié les patients nécessitant une éducation thérapeutique, les patients sont pris en charge par une équipe paramédicale composée d'infirmiers, de diététiciennes, d'éducateurs médico-sportifs et de psychologues. La première étape est le diagnostic éducatif, posé après un entretien individuel qui prend en compte les différentes étapes du parcours éducatif du patient.

Ce programme d'éducation personnalisé est élaboré avec le patient qui s'engage à le respecter en signant un consentement éclairé.

La MDNL propose différents ateliers collectifs :

Connaître la maladie, ses traitements et ses complications

Connaître le lien entre alimentation et santé, comment préparer et consommer les aliments

Découvrir ou redécouvrir l'activité physique au travers de la gymnastique douce et de la marche

Exprimer mon ressenti, partager mon vécu et mes expériences.

Chaque patient a également la possibilité d'une prise en charge psychologique individuelle.

Au bout de 6 mois, un bilan de suivi est réalisé et le patient continue ou non la prise en charge par le Réseau, en fonction des objectifs qu'il s'était fixés.

3. Objectifs

L'objectif de la prise en charge n'est pas la perte de poids, mais plutôt un changement durable dans le comportement du patient et une prise de conscience des erreurs commises, entraînant secondairement une perte de poids. L'équipe du Réseau MDNL et le médecin traitant sont parfaitement complémentaires. Le médecin s'occupe du suivi du poids, du dépistage et du traitement des comorbidités, le Réseau se charge de l'éducation thérapeutique.

Par le biais du Réseau, les patients ont donc la possibilité de profiter d'une prise en charge pluridisciplinaire, regroupée dans une même structure et complètement gratuite, sans un des inconvénients majeurs qui est le non-remboursement de toutes ces prestations en pratique libérale.

C. Pourquoi cette thèse ?

Comme nous l'avons vu, l'excès de poids est une des pathologies chroniques les plus répandues dans le monde et ne cesse de progresser. Au fil du temps, nous avons assisté à une prise de conscience du problème et peu à peu des mesures ont été prises pour essayer d'en freiner l'évolution. Des modalités de diagnostic et de prise en charge ont été proposées, puis évaluées, et des recommandations de prévention et de traitement publiées. Aujourd'hui nous pouvons donc avoir recours à des recommandations officielles, spécialement développées pour la prise en charge en médecine de premier recours. Cependant, l'application de ces recommandations semble parfois difficile dans la pratique quotidienne et il existe encore de nombreux freins à une prise en charge efficace, liés à des facteurs multiples. En plus, peu de thèses de médecine générale se sont intéressées au surpoids et l'obésité de l'adulte jusqu'à présent.

Par ce travail, nous avons voulu évaluer les connaissances et les pratiques des médecins généralistes du pays Lunévillois relatives au diagnostic et la prise en charge du surpoids et de l'obésité du patient adulte. Dans cette région, nous avons la chance de pouvoir collaborer avec le Réseau MDNL pour la prise en charge de ces patients, plus de deux tiers des praticiens de la région y adhèrent. Ainsi se posaient différentes questions. Les médecins généralistes connaissent-ils les recommandations ? Y a-t-il une différence entre adhérents et non-adhérents ? Quelle vision les médecins ont-ils de la prise en charge multidisciplinaire ? L'adhésion au Réseau change-t-elle les modalités de prise en charge des patients ? Est-ce que le fait de ne pas y adhérer implique une prise en charge plus complète par le médecin traitant ?

Le but principal de cette mise au point est de pouvoir prendre par la suite des mesures ciblées pour corriger les défauts éventuels et d'intervenir directement auprès des praticiens concernés pour améliorer la prise en charge des patients à long terme. Le ressenti des médecins concernant la collaboration avec le Réseau peut être considéré comme un objectif secondaire.

II. Méthode

A. Type d'enquête

Nous avons voulu faire un état des lieux exhaustif des pratiques des médecins généralistes du pays Lunévillois relatives au diagnostic et à la prise en charge des patients adultes en surpoids et obèses. Il s'agit donc d'une enquête qualitative.

C'est également une étude comparative. Nous comparons nos résultats à ceux trouvés dans 2 études récentes à ce sujet, l'une réalisée par A Bocquier dans le PACA (14), l'autre réalisée par J-F Thuan et A Avignon dans le Languedoc-Roussillon (15).

B. Délimitation d'une zone géographique

Nous avons mené notre enquête dans le pays Lunévillois. La MDNL compte également un certain nombre d'adhérents dans les communes limitrophes. Nous avons donc recoupé le territoire du pays Lunévillois avec les communes d'exercice des adhérents. Finalement, notre étude était menée sur un territoire délimité à l'est et au sud par les limites du département Meurthe-et-Moselle, à l'ouest par une ligne passant par Einville-au-Jard, Dombasle-sur-Meurthe, Rosières-aux-Salines et Bayon et au nord par une ligne passant par Einville-au-Jard, Blâmont et Cirey-sur-Vezouze. La zone choisie correspond à la zone de recrutement de la MDNL et de ses deux antennes de Cirey-sur-Vezouze et de Baccarat.

C. Praticiens inclus

Nous avons souhaité inclure tous les médecins généralistes installés exerçant dans la zone géographique préalablement définie. L'Ordre National des Médecins n'étant pas autorisé à nous communiquer la liste des médecins inscrits, nous avons recoupé les praticiens figurant dans les Pages Jaunes avec la zone géographique préalablement définie. Les quelques médecins spécialistes qui adhèrent au Réseau ont été exclus, tout comme 3 médecins exerçant en Moselle ou dans les Vosges. Finalement, 89 praticiens ont été retenus.

D. Élaboration du questionnaire

Pour répondre aux questions posées, et pour optimiser le taux de réponse, il fallait que le questionnaire soit court et les questions claires.

Afin que les questions soient pertinentes, une recherche bibliographique a été réalisée pour connaître les modalités de diagnostic et de prise en charge de l'obésité et du surpoids. Nous avons étudié les recommandations officielles de la HAS ainsi que les plans d'action nationaux. Nous nous sommes ensuite intéressés à des documents sur le ressenti des praticiens et à la prise en charge réelle dans les cabinets (14), (15).

Le questionnaire comporte différentes parties. La première s'intéresse au médecin interrogé, son âge, son sexe et son mode d'exercice. Suivent des questions sur les modalités du diagnostic et la prise en charge des patients en médecine générale, les objectifs pondéraux visés, l'importance des différentes mesures thérapeutiques, la collaboration avec une équipe pluridisciplinaire, le moment et la façon d'aborder le poids du patient en consultation et enfin les freins éventuels à la prise en charge. La dernière partie ne concerne que les médecins adhérents au Réseau MDNL et les interroge sur leur relation avec cette équipe (questionnaire en annexe).

Pour la partie diagnostic nous nous sommes basés sur les recommandations de la HAS. Les facteurs de risque associés et les complications de l'excès de poids ont également été repris dans le document de la HAS.

Les mesures thérapeutiques et les objectifs pondéraux correspondent à ceux donnés par la HAS.

Concernant les freins éventuels à la prise en charge des patients en surpoids ou obèses, nous nous sommes inspirés de deux articles s'intéressant aux pratiques des médecins généralistes du PACA et du Languedoc-Roussillon face aux patients obèses (14),(15).

E. Évaluation du questionnaire

Une première version du questionnaire a été distribuée à des généralistes assistant à une séance FMC organisée par la MDNL. Nous avons tenu compte de toutes leurs suggestions de modification. Ceci nous a permis de reformuler certaines questions et de rajouter des items dans les questions à réponses multiples. Ainsi, nous avons pu élaborer la version finale utilisée dans la suite de l'enquête.

F. Recueil des données

Initialement, il était prévu de faire une enquête téléphonique auprès des médecins inclus. Malheureusement, la quasi-totalité des praticiens n'a pas souhaité répondre au téléphone, pour des raisons diverses telles le manque de temps ou la présence d'un patient. Par contre, tous étaient d'accord pour recevoir le questionnaire par voie postale afin de répondre à un moment plus propice.

Ainsi, nous avons adapté notre méthode. Nous avons adressé à chacun des praticiens un courrier contenant le questionnaire, un courrier explicatif ainsi qu'une enveloppe de retour préaffranchie.

G. Traitement des données

Les questionnaires ont été postés le 16 mai 2012. Pour l'exploitation des données, nous avons pris en compte les réponses reçues par voie postale avant le 1^{er} août 2012 ainsi que les questionnaires remplis lors d'une séance FMC au mois d'avril.

Tous les questionnaires ont été encodés dans le logiciel Sphinx.

L'analyse des données a été faite en deux temps, premièrement une analyse de la totalité des données, indépendamment du statut d'adhérent ou non-adhérent au Réseau MDNL, et ensuite une analyse des deux sous-groupes *adhérents* et *non-adhérents*. Pour former ces deux sous-groupes, nous nous sommes basés sur les réponses des médecins interrogés

Les nombres de réponses dans l'interprétation générale des résultats ont toujours été rapportés au nombre total de questionnaires reçus. Pour certaines questions à

réponse unique, le total des pourcentages n'atteint pas 100% en raison de l'existence de non-répondants.

Dans l'interprétation par sous-groupes, les réponses ont été rapportées respectivement au nombre d'adhérents et non-adhérents auto-déclarés.

H. Logiciel utilisé

Tout au long de notre enquête, nous nous sommes servis du logiciel Sphinx Plus²®, Edition Lexica, version 5.1.0.6, un logiciel d'enquêtes et d'analyse de données qualitatives et quantitatives. Il nous a permis de rédiger le questionnaire, de l'encoder pour comptabiliser les réponses et de croiser ensuite les données.

III. Résultats

A. Taux de réponse

Au total, 89 questionnaires ont été distribués. Nous avons inclus 40 exemplaires retournés par voie postale ainsi que 7 questionnaires complétés lors d'une séance FMC en avril 2012, ce qui fait 47. Ainsi, le taux de réponse est de 52,8%.

B. Prise en charge des patients en excès de poids : analyse globale

Dans un premier temps, nous avons analysé toutes les réponses, adhérents et non-adhérents à la MDNL confondus, pour voir comment les praticiens du Lunévillois se situent. Dans un second temps, nous analyserons séparément les résultats des adhérents et non-adhérents déclarés afin de voir s'il y a ou non une différence de prise en charge.

1. Population étudiée

Notre échantillon se compose de 26 hommes (55,3%) et de 21 femmes (44,7%). La répartition par âge dans l'échantillon est la suivante : aucun praticien n'a moins de 30 ans, 7 (14,9%) ont entre 30 et 40 ans, 14 (29,8%) entre 41 et 50 ans, 15 (31,9%) entre 51 et 60 ans et 11 (23,4%) plus de 60 ans.

Parmi les répondants, 21 (44,7%) exercent seuls, 26 à plusieurs, dont 23 (48,9%) en cabinet de groupe et 3 (6,4%) en maison médicale.

2. Diagnostic de l'excès de poids, dépistage des complications et facteurs de risque associés

En premier lieu, nous avons évalué les différentes étapes du diagnostic du surpoids et de l'obésité des patients, dont la pesée, le calcul de l'IMC et la mesure du périmètre abdominal. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant. La majorité des médecins pèse régulièrement leurs patients (93,6%), il y en a déjà un peu moins qui calculent régulièrement l'IMC et pour la mesure du périmètre abdominal, la majorité (63,8%) ne la réalise que parfois.

Tab. 1 Modalités du diagnostic du surpoids et de l'obésité, nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales par item (n=47)

	Oui	Non	Parfois
Pesez-vous régulièrement vos patients?	44 (93,6%)	0	3 (6,4%)
Calculez-vous leur IMC?	32 (68,1%)	4 (8,5%)	11 (23,4%)
Mesurez-vous le périmètre abdominal?	5 (10,6%)	12 (25,5%)	30 (63,8%)

45 (95,7%) des répondants recherchent les complications de l'excès de poids et les facteurs de risque associés, seulement 2 (4,3%) ne le font pas.

Ensuite, nous avons précisé ce que les différents praticiens recherchent. Des réponses multiples étaient possibles. Les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous. Etrangement, même les praticiens disant ne pas chercher de complications ont répondu à cette question.

Tab. 2 Complications et facteurs de risque associés au surpoids et à l'obésité recherchés par les praticiens interrogés, nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales par item (n=47)

Hypertension artérielle	44 (93,6%)
Autre pathologie cardiovasculaire	25 (53,2%)
Intolérance au glucose	32 (68,1%)
Diabète	46 (97,9%)
Dyslipidémie	47 (100%)
Pathologies respiratoires	20 (42,6%)
Apnées du sommeil	37 (78,7%)
Pathologies rhumatologiques	27 (57,4%)
Retentissement psychologique	31 (66,0%)
Retentissement social	18 (38,3%)
Autre	3 (6,4%)

Par ordre de fréquence, les résultats sont les suivants :

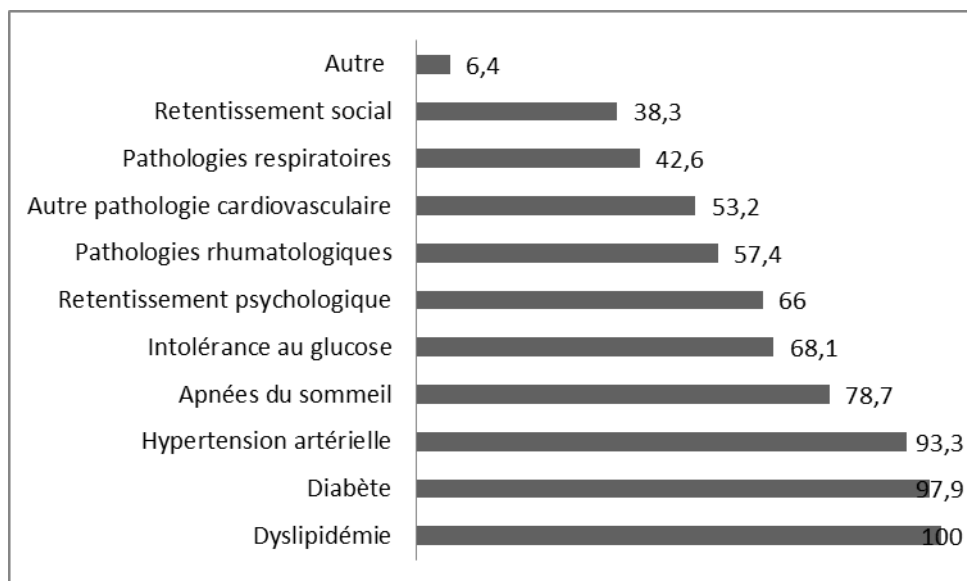


Fig. 1 Complications et facteurs de risque associés au surpoids et à l'obésité recherchés par les praticiens interrogés, par ordre de fréquence, en pourcents des réponses totales

Les complications les plus recherchées sont les dyslipidémies, le diabète et l'hypertension artérielle. Trois praticiens citaient d'autres items : les mycoses des plis, l'incontinence urinaire et l'obésité familiale.

En ce qui concerne les objectifs pondéraux pour les patients en surpoids, les praticiens donnent les réponses suivantes :

Tab. 3 Objectifs pondéraux pour le patient en surpoids, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)

Stabilité pondérale	3 (6,4%)
Perte de poids de 5-15%	25 (53,2%)
IMC inférieur à 25	18 (38,3%)
Non réponse	1 (2,1%)

Seulement une minorité des médecins interrogés préconise la stabilité pondérale. Plus de la moitié demandent une perte de poids de 5 à 15% et 38,3% un IMC inférieur à 25.

Les objectifs de poids pour les patients obèses sont représentés dans le tableau suivant.

Tab. 4 Objectifs pondéraux pour le patient obèse, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)

Stabilité pondérale	2 (4,3%)
Perte de poids de 5-15%	23 (48,9%)
IMC inférieur à 25	3 (6,4%)
IMC inférieur à 30	18 (38,3%)
Non réponse	1 (2,1%)

L'objectif préconisé le plus souvent chez le patient obèse est la perte de poids de 5 à 15% (48,9% des réponses), suivi d'un IMC inférieur à 30 (38,3% des réponses).

Nous avons ensuite proposé plusieurs mesures thérapeutiques aux médecins. Ils devaient les noter à l'aide d'une échelle de Likert selon le degré d'importance qu'ils attribuaient à chacune d'entre elles. Les items proposés étaient *sans importance*, *peu important*, *important*, *très important* et *primordial*.

Pour la pratique d'une activité physique régulière dans la prise en charge de l'excès de poids, près de la moitié des médecins interrogés la qualifie de *très importante* et près d'un tiers même de *primordiale*.

Tab. 5 Importance accordée à une activité physique régulière, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)

Non réponse	1 (2,1%)
Sans importance	0
Peu important	0
Important	10 (21,3%)
Très important	22 (46,8%)
Primordial	14 (29,8%)

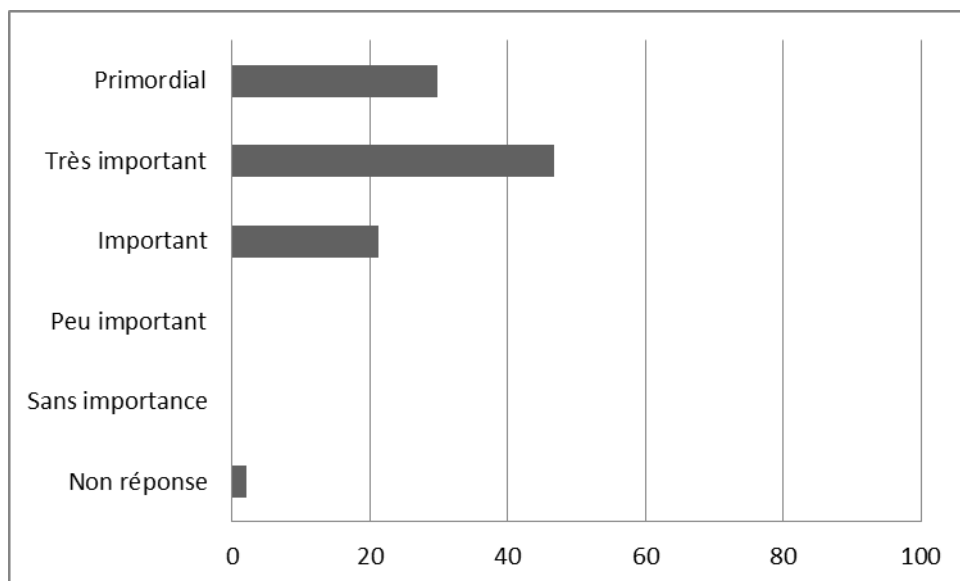


Fig. 2 Importance accordée à une activité physique régulière, en pourcents des réponses

Il en est de même pour la réalisation d'une enquête alimentaire. Quasiment tous les médecins la considèrent au moins comme *importante*, voire plus.

Tab. 6 Importance accordée à la réalisation d'une enquête alimentaire, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)

Non réponse	0
Sans importance	0
Peu important	1 (2,1%)
Important	22 (46,8%)
Très important	14 (29,8%)
Primordial	10 (21,3%)

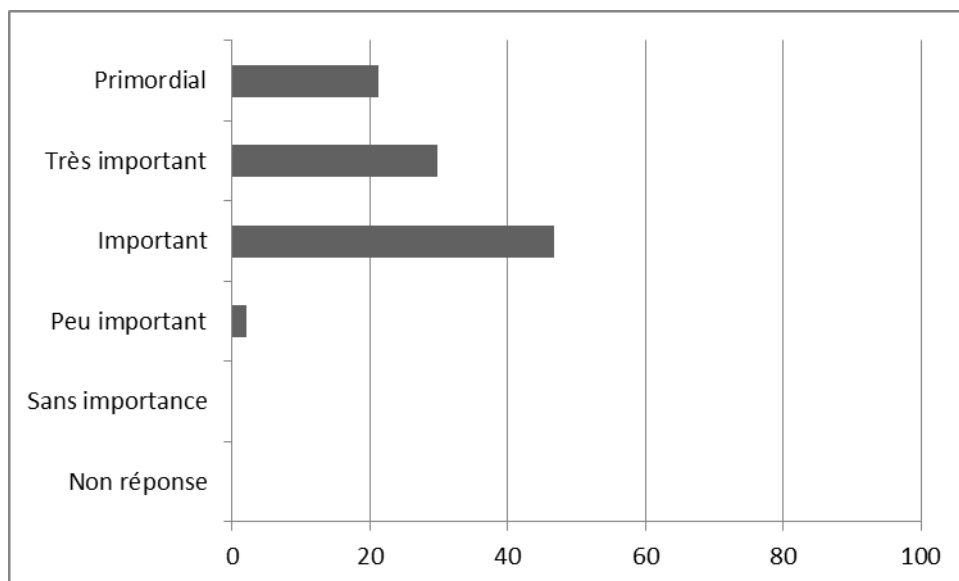


Fig. 3 Importance accordée à la réalisation d'une enquête alimentaire, en pourcents des réponses

En ce qui concerne la modification des habitudes et des comportements alimentaires, les praticiens leur accordent une très grande importance, trois quarts des interrogés les considèrent comme *très importants* voire *primordiaux*.

Tab. 7 Importance accordée à la modification des habitudes et des comportements alimentaires, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)

Non réponse	1 (2,1%)
Sans importance	0
Peu important	1 (2,1%)
Important	11 (23,4%)
Très important	18 (38,3%)
Primordial	16 (34,0%)

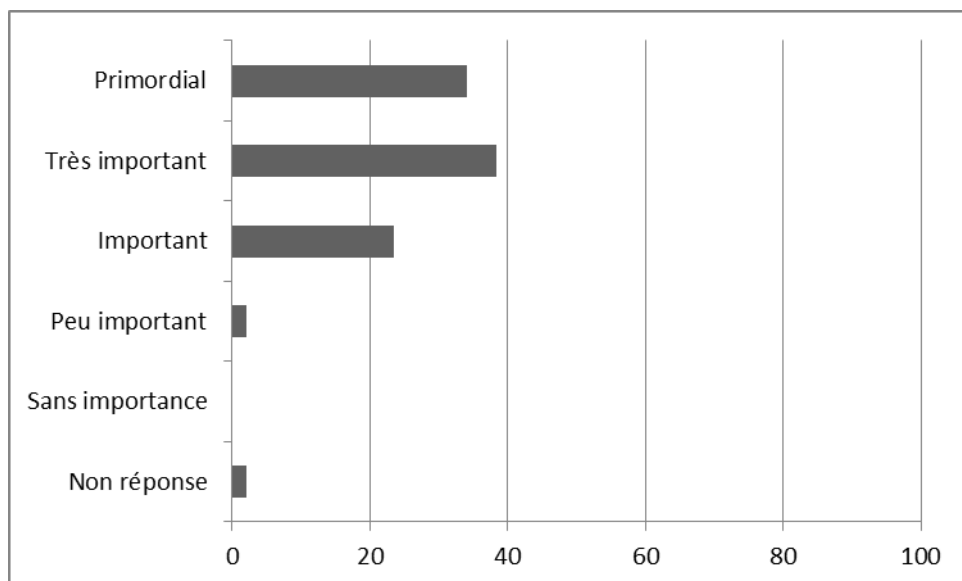


Fig. 4 Importance accordée à la modification des habitudes et des comportements alimentaires, en pourcents des réponses

Plus de la moitié des généralistes trouve *important* de prescrire un régime à leurs patients en excès de poids.

Tab. 8 Importance accordée à la prescription d'un régime, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)

Non réponse	1 (2,1%)
Sans importance	2 (4,3%)
Peu important	5 (10,6%)
Important	25 (53,2%)
Très important	6 (12,8%)
Primordial	8 (17.0%)

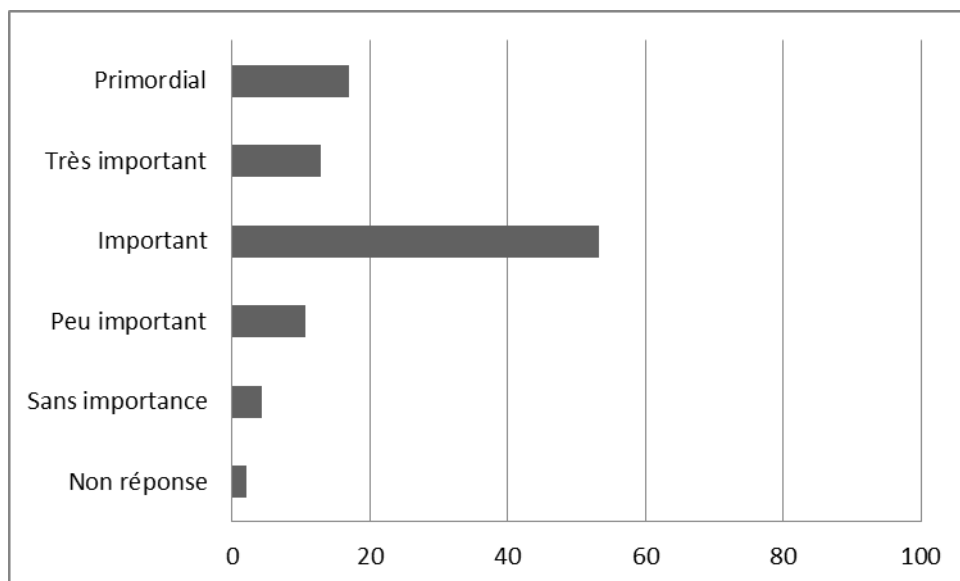


Fig. 5 Importance accordée à la prescription d'un régime, en pourcents des réponses

Le traitement médicamenteux est plutôt considéré comme *peu important*. Certains médecins ont pourtant répondu *important* à cette question en précisant bien qu'ils parlaient là du traitement des comorbidités et non du surpoids ou de l'obésité.

Tab. 9 Importance accordée à un traitement médicamenteux, nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n=47)

Non réponse	2 (4,3%)
Sans importance	8 (17,0%)
Peu important	25 (53,2%)
Important	10 (21,3%)
Très important	2 (4,3%)
Primordial	0

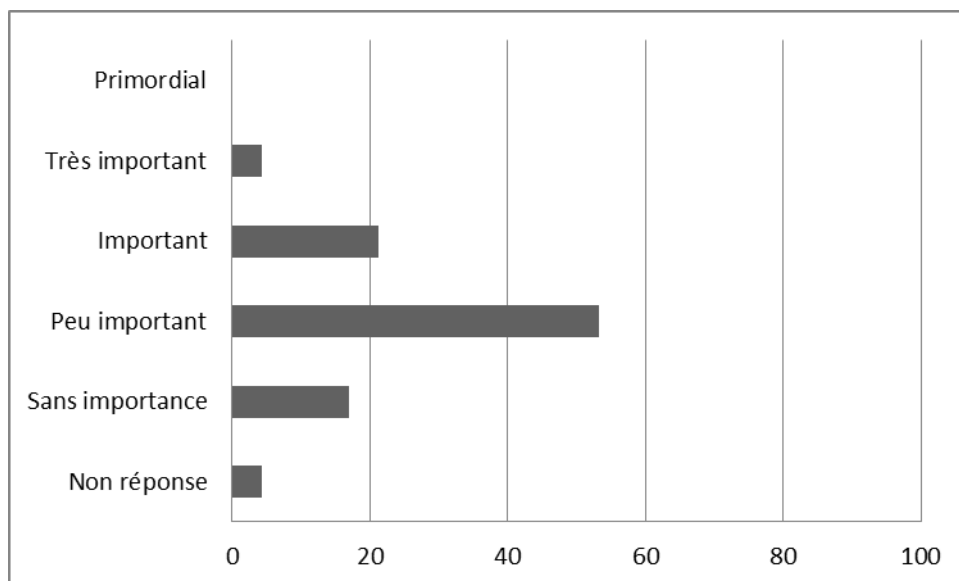


Fig. 6 Importance accordée à un traitement médicamenteux, en pourcents des réponses

3. Aborder le poids en consultation

Un point très important dans la prise en charge des patients en excès de poids est la manière dont le praticien aborde le problème du poids en consultation. Nous avons donc demandé aux médecins s'il était facile pour eux d'en parler aux patients et à quel moment ils préféraient le faire.

Chez les 47 participants de l'enquête, 43 (91,5%) abordaient facilement le poids du patient, seulement 3 (6,4%) éprouvaient des difficultés, 1 personne n'a pas répondu à cette question.

A la question du moment idéal pour parler du poids, plusieurs réponses étaient possibles. Nous avons proposé *en prévention, en cas de surpoids, en cas d'obésité, devant des comorbidités et autre*, réponse qu'il fallait bien sûr préciser par la suite.

Tab. 10 A quel moment les praticiens abordent-ils le poids du patient en consultation ? Nombre absolu et pourcentage des réponses totales (par item, n=47))

Non réponse	2 (4,3%)
En prévention	19 (40,4%)
En cas de surpoids	40 (85,1%)
En cas d'obésité	35 (74,5%)
Devant des comorbidités	32 (68,1%)
Autre	1 (2,1%)

Une personne a répondu *autre* en précisant que l'existence d'une histoire familiale d'obésité faisait aborder le poids en consultation.

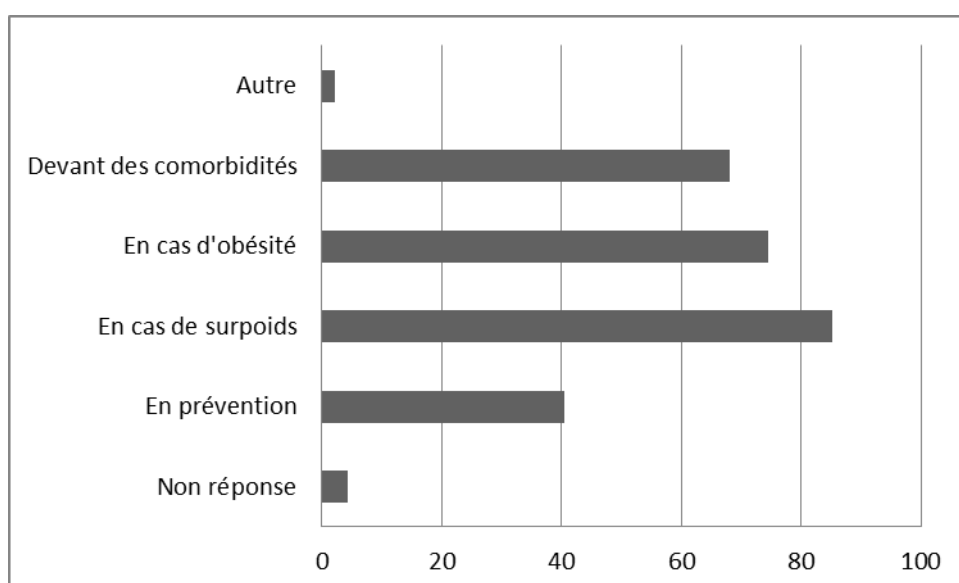


Fig. 7 A quel moment les praticiens abordent-ils le poids du patient en consultation? Taux de réponse en pourcents des répondants (par item)

4. Prise en charge multidisciplinaire

Par la suite, nous avons souhaité préciser l'attitude des différents médecins face à une prise en charge multidisciplinaire. 41 (87,2%) s'y disent favorables, 6 (12,8%) y sont parfois favorables.

Nous leur avons demandé à quels professionnels ils adressaient habituellement leurs patients.

Tab. 11 Taux de collaboration avec les différents professionnels de santé, nombre absolu et pourcentage des réponses (par item, n=47))

	Non réponse	Oui	Non	Parfois
Diététicienne	0	37 (78,7%)	1 (2,1%)	6 (19,1%)
Médecin nutritionniste	0	27 (57,4%)	3 (6,4%)	17 (36,2%)
Diabétologue/endocrinologue	0	14 (29,8%)	5 (10,6%)	28 (59,6%)
Chirurgien de l'obésité	1 (2,1%)	3 (6,4%)	8 (17,0%)	35 (74,5%)
Psychologue	0	14 (29,8%)	2 (4,3%)	31 (66,0%)

Il en ressort que le recours à d'autres professionnels n'est pas systématique, mais la plupart des médecins interrogés le pratiquent fréquemment. Le professionnel le plus souvent intégré dans la prise en charge est la diététicienne, suivie du médecin nutritionniste. Dans les praticiens parfois contactés, le chirurgien arrive en tête, avant les psychologues.

Nous avons fait préciser aux praticiens dans quelles conditions ils faisaient appel à une équipe multidisciplinaire, les réponses possibles étaient *toujours, en cas d'échec* et *à la demande du patient*.

Tab. 12 Situations dans lesquelles les praticiens font appel à un autre professionnel de santé dans la prise en charge des patients en surpoids ou obèses, nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses (n=47)

Non réponse	4 (8,5%)
Toujours	2 (4,3%)
En cas d'échec	22 (46,8%)
A la demande du patient	19 (40,4%)

Seulement 2 personnes (4,3%) font systématiquement appel à un autre professionnel, près de la moitié attendent l'échec thérapeutique et presque autant s'orientent à la demande du patient.

La question suivante est complémentaire à la précédente. Nous avons voulu savoir si les médecins prenaient en charge leurs patients complètement ou seulement en partie, en faisant un bilan initial pour les orienter ensuite vers un ou plusieurs autre(s) professionnel(s). Nous avons posé deux fois la même question, au sujet des patients en surpoids et ensuite au sujet des patients obèses.

Tab. 13 Comment prenez-vous en charge vos patient en surpoids? Nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n théorique =47)

Non réponse	2 (4,3%)
De manière complète	22 (46,8%)
De manière partielle	29 (61,7%)

Tab. 14 Comment prenez-vous en charge vos patients obèses? Nombre absolu et pourcentage des réponses totales (n théorique =47)

Non réponse	0
De manière complète	8 (17,0%)
De manière partielle	40 (85,1%)

Malheureusement, certains participants ont donné des réponses multiples à cette question fermée. Avec 47 participants, nous avons 51 réponses au sujet des patients en surpoids et 48 réponses au sujet des patients obèses, il est donc impossible de conclure pour ces deux items. Néanmoins, pour les patients obèses, il y a une tendance vers une prise en charge plutôt partielle.

5. Freins à la prise en charge

Nous nous sommes par la suite penchés sur la question des freins éventuels à la prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale. Les items proposés étaient *manque de temps*, *formation insuffisante*, *manque d'intérêt*, *manque de valorisation*, *manque de moyens* et *non implication des patients*. Plusieurs réponses étaient possibles.

Tab. 15 Freins éventuels à la prise en charge des patients en surpoids ou obèses en médecine générale, nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales (par item, n=47)

Non réponse	2 (4,3%)
Manque de temps	33 (70,2%)
Formation insuffisante	12 (25,5%)
Manque d'intérêt	4 (8,5%)
Manque de valorisation	8 (17,0%)
Manque de moyens	11 (23,4%)
Non implication des patients	30 (63,8%)

Par ordre de fréquence, les résultats sont les suivants :

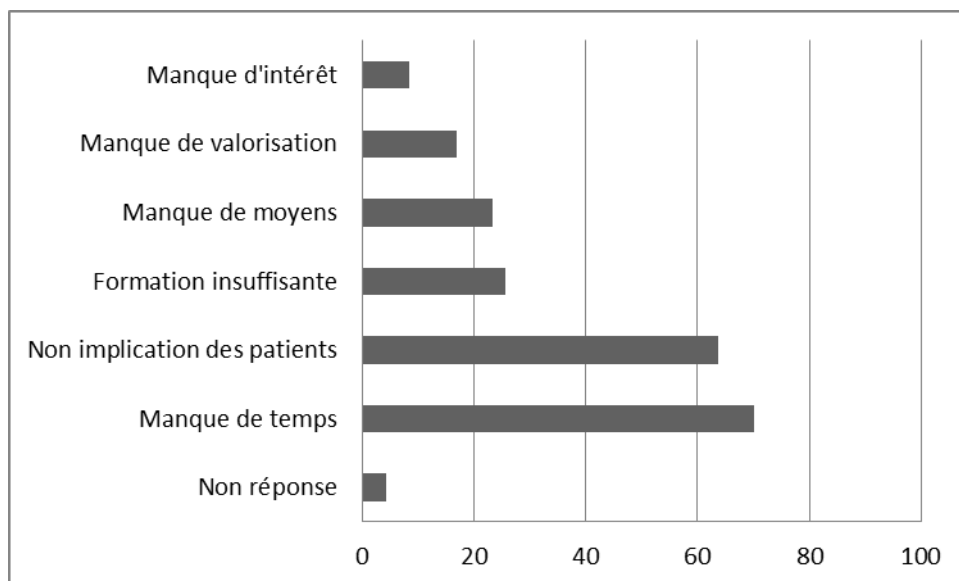


Fig. 8 Freins éventuels à la prise en charge des patients en surpoids ou obèses en médecine générale, en pourcents des participants (n=47)

On voit que le manque de temps arrive en tête, suivi par la non implication des patients. Seulement un praticien sur quatre ne se trouve pas assez formé.

Par simple curiosité, nous avons étudié la répartition des réponses par tranche d'âge, en nous demandant si des médecins formés plus récemment avaient l'impression d'être mieux préparés à la prise en charge des patients en surpoids et obèses. Le tableau suivant résume les résultats.

Tab. 16 Répartition des freins à la prise en charge par tranche d'âge

	30-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	Plus de 60 ans
Non réponse	0	1 (7,1%)	1 (6,7%)	0
Manque de temps	7 (100%)	10 (71,4%)	9 (60,0%)	7 (63,6%)
Formation insuffisante	3 (42,9%)	3 (21,4%)	3 (20,0%)	3 (27,3%)
Manque d'intérêt	0	1 (7,1%)	2 (13,3%)	1 (9,1%)
Manque de valorisation	1 (14,3%)	2 (14,3%)	4 (26,7%)	1 (9,1%)
Manque de moyens	1 (14,3%)	4 (28,6%)	4 (26,7%)	2 (18,2%)
Non implication des patients	4 (57,1%)	9 (64,3%)	11 (73,3%)	6 (54,5%)
Total	7	14	15	11

6. La maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois (MDNL)

Comme nous nous intéressons aux pratiques des adhérents et des non-adhérents de la MDNL, nous avons précisé dans un premier temps si les praticiens connaissaient la MDNL et s'ils étaient adhérents.

46 (97,9%) connaissaient la MDNL, seulement 1 praticien (2,1%) ne la connaissait pas. 31 praticiens (66,0%) se déclaraient adhérents, 12 (25,5%) non-adhérents, 4 (8,5%) n'ont pas répondu à cette question.

Les 3 questions suivantes ne s'adressaient qu'aux adhérents, mais même des non-adhérents y ont répondu. La première analysait la fréquence à laquelle les patients étaient adressés au Réseau :

Tab. 17 Fréquence de collaboration avec la MDNL, nombre absolu des réponses et pourcentage des réponses totales (n=47)

Non réponse	7 (14,9%)
Systématiquement	3 (6,4%)
Régulièrement	17 (36,2%)
Occasionnellement	20 (42,6%)

Le nombre de répondants étant supérieur au nombre d'adhérents, ces résultats montrent que le Réseau a un certain succès, même auprès des non-adhérents. Dans le chapitre suivant, nous verrons en détail quelles réponses ont été données par les adhérents et les non-adhérents.

Nous avons ensuite analysé le ressenti des médecins concernant la collaboration avec la MDNL.

Tab. 18 L'adhésion à la MDNL modifie-t-elle votre prise en charge des patients? Nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales (n=47)

Non réponse	10 (21,3%)
Oui	19 (40,4%)
Non	18 (38,3%)

Comme nous comptons 12 non-adhérents, mais seulement 10 non répondants, certains non-adhérents ont encore répondu à cette question et la rendent ininterprétable. Néanmoins, les réponses semblent assez équilibrées.

La dernière question voulait savoir si, selon des médecins interrogés, l'existence de la MDNL améliorerait la prise en charge des patients en surpoids et obèses.

Tab. 19 Pensez-vous que l'existence de la MDNL améliore la prise en charge des patients?
Nombre absolu de réponses et pourcentage des réponses totales (n=47)

Non réponse	9 (19,1%)
Oui	35 (74,5%)
Non	2 (4,3%)
Parfois	1 (2,1%)

On voit que 74,5% des participant pensent que l'existence du Réseau MDNL est un point positif pour la prise en charge des patients, le feed-back est donc plutôt positif.

C. Prise en charge des patients en excès de poids : analyse par sous-groupes

Par la suite, nous allons analyser les résultats obtenus par les 2 sous-groupes *adhérents* et *non-adhérents* pour pouvoir comparer les pratiques des différents médecins. Pour les calculs, nous rapporterons les réponses des adhérents aux 31 adhérents auto-déclarés et les réponses des non-adhérents aux 12 non-adhérents déclarés. En raison de l'existence de non-répondants, la somme des adhérents et des non-adhérents n'atteint pas le nombre total des répondants qui était de 47.

1. Population étudiée

Les adhérents qui ont répondu comptent plus d'hommes que de femmes, chez les non-adhérents, la répartition est équilibrée entre les deux sexes.

Tab. 20 Adhésion et sexe

	Adhérent	Non-adhérent
Homme	19 (61,3%)	6 (50,0%)
Femme	12 (38,7%)	6 (50,0%)
Total	31	12

Chez les adhérents, on compte plus de praticiens de plus de 60 ans, dans le groupe des jeunes de 30 à 40, c'est l'inverse.

Tab. 21 Adhésion et âge

	Adhérent	Non-adhérent
<30 ans	0	0
30-40 ans	3 (9,7%)	3 (25,0%)
41-50 ans	10 (32,2%)	3 (25,0%)
51-60 ans	10 (32,2%)	4 (33,3%)
>60 ans	8 (25,8%)	2 (16,7%)
Total	31	12

Aucun adhérent n'exerce en maison médicale contre 16,7% des non-adhérents. Par contre, l'exercice seul ou en cabinet de groupe est à peu près équilibré dans chaque sous-groupe.

Tab. 22 Adhésion et mode d'exercice

	Adhérent	Non-adhérent
Seul	14 (45,2%)	5 (41,7%)
En cabinet de groupe	17 (54,8%)	5 (41,7%)
En maison médicale	0	2 (16,7%)
Total	31	12

2. Diagnostic de l'excès de poids, dépistage des complications et facteurs de risque associés

Indépendamment du sous-groupe étudié, la majorité des praticiens pèse régulièrement ses patients.

Tab. 23 Adhésion et pesée régulière des patients

	Adhérents	Non-adhérents
Oui	29 (93,5%)	11 (91,7%)
Non	0	0
Parfois	2 (6,5%)	1 (8,3%)
Total	31	12

L'IMC est un peu plus utilisé par les adhérents que par les non-adhérents. Or, presque tous les praticiens qui ne l'utilisent pas régulièrement l'utilisent au moins pour certains patients, certainement les plus susceptibles d'avoir un IMC élevé.

Tab. 24 Adhésion et calcul de l'IMC

	Adhérents	Non-adhérents
Oui	22 (71,0%)	7 (58,3%)
Non	3 (9,7%)	1 (8,3%)
Parfois	6 (19,3%)	4 (33,3%)
Total	31	12

En ce qui concerne la mesure du périmètre abdominal, presque autant de praticiens s'en servent dans les 2 groupes (adhérents : 16,1%+61,3% et non-adhérents : 75%), même si cette mesure semble un peu plus répandue chez les adhérents, vu le nombre de *oui* francs plus élevé (16,1% contre 0%).

Tab. 25 Adhésion et mesure du périmètre abdominal

	Adhérents	Non-adhérents
Oui	5 (16,1%)	0
Non	7 (22,6%)	3 (25,0%)
Parfois	19 (61,3%)	9 (75,0%)
Total	31	12

29 (93,5%) des adhérents et 12 (100%) des non-adhérents recherchent les facteurs de risque et les complications associées au surpoids et à l'obésité. Comme précédemment dans l'analyse globale, nous avons précisé qui cherchait quoi. Des réponses multiples étaient possibles.

Tab. 26 Adhésion et type des complications et comorbidités recherchées

	Adhérents	Non-adhérents
Hypertension artérielle	29 (93,5%)	11 (91,7%)
Autre pathologie cardiovasculaire	17 (54,8%)	5 (41,7%)
Intolérance au glucose	20 (64,5%)	9 (75,0%)
Diabète	31 (100%)	11 (91,7%)
Dyslipidémie	31 (100%)	12 (100%)
Pathologie respiratoire	11 (35,5%)	8 (66,7%)
Apnées du sommeil	25 (80,6%)	8 (66,7%)
Pathologies rhumatologiques	20 (64,5%)	6 (50,0%)
Retentissement psychologique	24 (77,4%)	4 (33,3%)
Retentissement social	12 (38,7%)	4 (33,3%)
Autre	2 (6,5%)	0

Les répartitions sont globalement assez équilibrées dans les 2 groupes. Les plus grandes différences s'observent pour la recherche des pathologies respiratoires, quasiment deux fois plus fréquente chez les non-adhérents, et pour la recherche du retentissement psychologique plus que deux fois plus importante chez les adhérents. Des différences moins flagrantes existent pour la recherche de l'intolérance au glucose plus fréquente chez les non-adhérents et la recherche des apnées du sommeil et des pathologies rhumatologiques, plus répandue chez les adhérents.

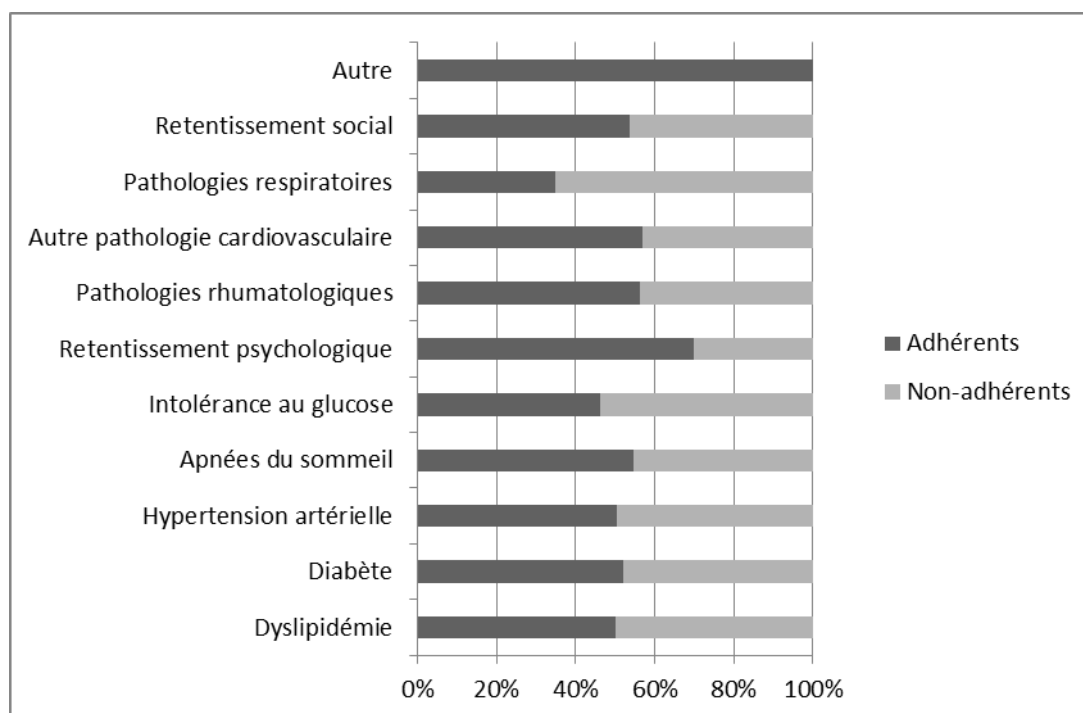


Fig. 9 Adhésion et type des complications et comorbidités recherchées, par ordre de fréquence, répartition par sous-groupe

Ensuite, nous avons étudié l'opinion sur les différentes mesures thérapeutiques. La pratique d'une activité physique régulière joue un rôle *très important* voire *primordial* dans les 2 groupes (77,4% chez les adhérents et 75,0% chez les non-adhérents). La répartition varie légèrement pour les deux items, mais globalement, dans les 2 groupes, une grande importance est accordée à cette mesure thérapeutique.

Tab. 27 Adhésion et pratique d'une activité physique régulière

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	1 (3,2%)	0
Sans importance	0	0
Peu important	0	0
Important	6 (19,4%)	3 (25,0%)
Très important	16 (51,6%)	4 (33,3%)
Primordial	8 (25,8%)	5 (41,7%)
Total	31	12

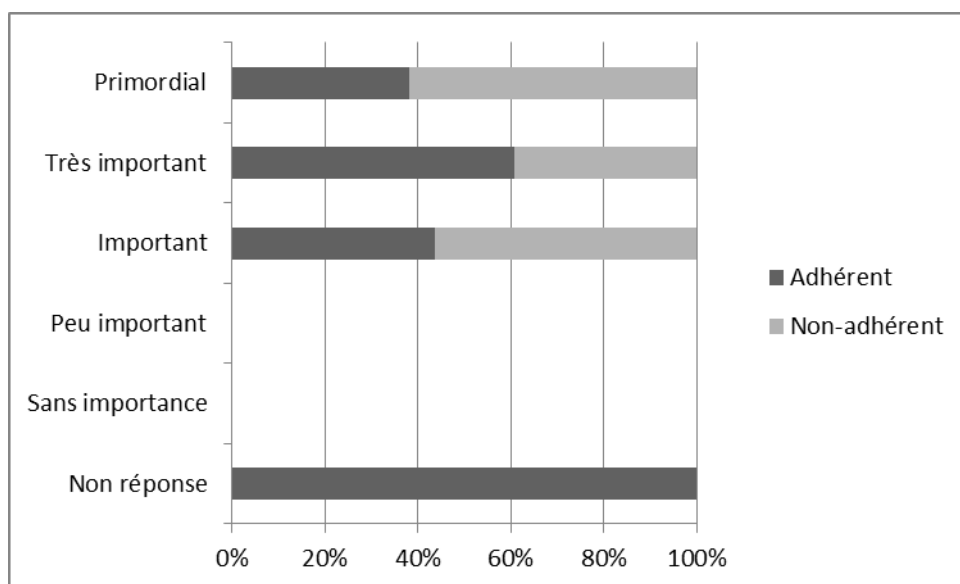


Fig. 10 Adhésion et pratique d'une activité physique régulière, répartition par sous-groupe

La mesure suivante était la réalisation d'une enquête alimentaire. La répartition est quasi équivalente dans les 2 sous-groupes.

Tab. 28 Adhésion et enquête alimentaire

	Adhérent	Non-adhérent
Sans importance	0	0
Peu important	1 (3,2%)	0
Important	16 (51,6%)	6 (50,0%)
Très important	8 (25,8%)	3 (25,0%)
Primordial	6 (19,4%)	3 (25,0%)
Total	31	12

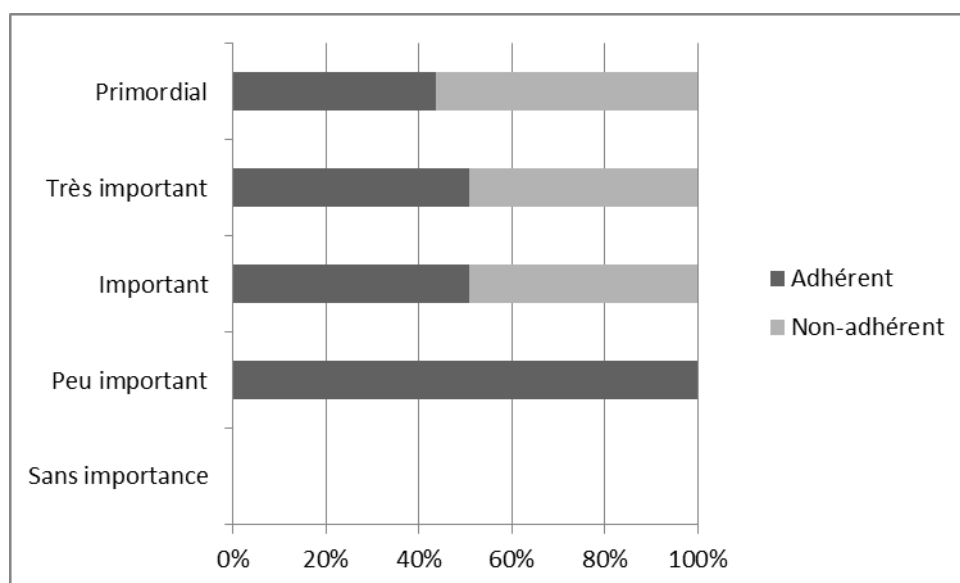


Fig. 11 Adhésion et enquête alimentaire, répartition par sous-groupe

La mesure thérapeutique suivante était la modification des habitudes et des comportements alimentaires. La majorité des adhérents (91,6%) et la totalité des non-adhérents la qualifient au moins comme *importante*. La répartition dans les sous-groupes est un peu irrégulière, les non-adhérents répondent le plus souvent *important*, les adhérents plutôt *très important*.

Tab. 29 Adhésion et adaptation des habitudes et des comportements alimentaires

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	1 (3,2%)	0
Sans importance	0	0
Peu important	1 (3,2%)	0
Important	5 (16,1%)	5 (41,7%)
Très important	13 (42,0%)	3 (25,0%)
Primordial	11 (35,5%)	4 (33,3%)
Total	31	12

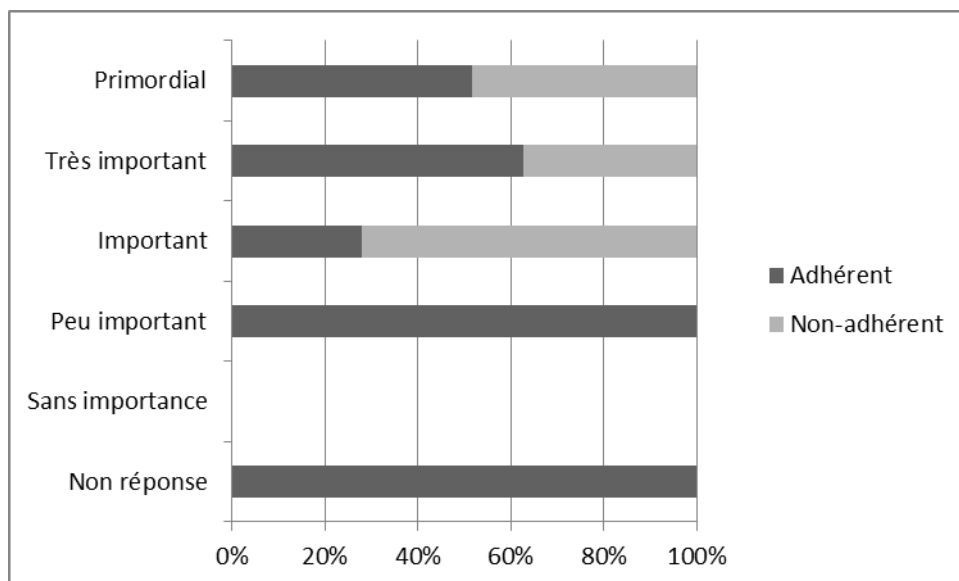


Fig. 12 Adhésion et adaptation des habitudes et des comportements alimentaires, répartition par sous-groupe

Pour la prescription d'un régime alimentaire, une majorité d'adhérents la qualifie comme *importante*, tout comme chez les non-adhérents. Globalement, la prescription de régime a une meilleure réputation chez les non-adhérents (91,7% des réponses *important* ou plus) que chez les adhérents (19,4% des réponses *peu important* ou moins).

Tab. 30 Adhésion et prescription de régime

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	1 (3,2%)	0
Sans importance	2 (6,5%)	0
Peu important	4 (12,9%)	1 (8,3%)
Important	16 (51,6%)	9 (75,0%)
Très important	5 (16,1%)	0
Primordial	3 (9,7%)	2 (16,7%)
Total	31	12

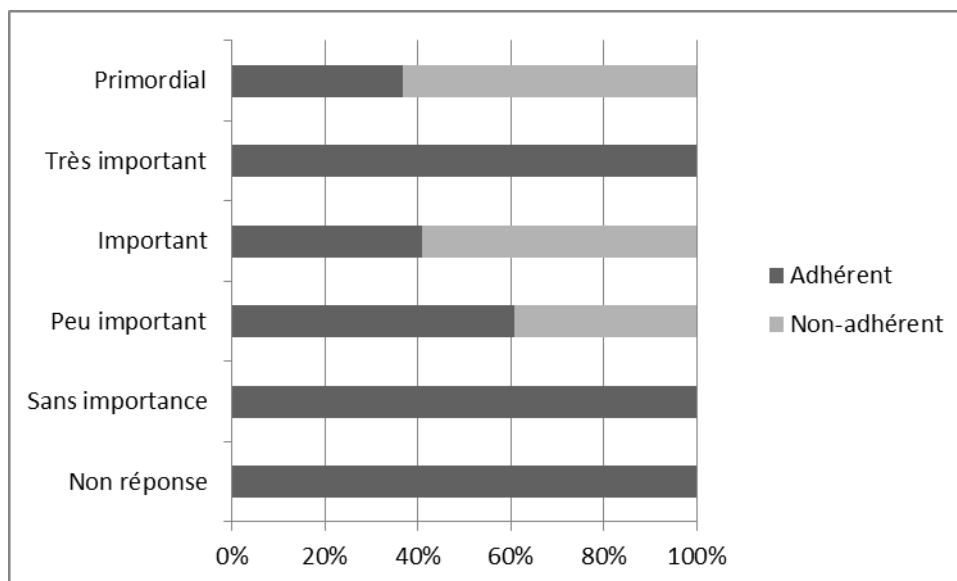


Fig. 13 Adhésion et prescription de régime, répartition par sous-groupe

La dernière mesure proposée était le traitement médicamenteux. Les adhérents semblent accorder une plus grande importance au traitement médicamenteux, mais comme nous l'avons déjà expliqué auparavant, ils parlaient (d'après les notes relevées en marge des questionnaires) plutôt du traitement médicamenteux des comorbidités. Pour les non-adhérents, le traitement médicamenteux n'a pas de réelle place dans la prise en charge des patients en excès de poids.

Tab. 31 Adhésion et traitement médicamenteux

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	2 (6,5%)	0
Sans importance	3 (9,7%)	5 (41,7%)
Peu important	15 (48,4%)	7 (58,3%)
Important	9 (29,0%)	0
Très important	2 (6,5%)	0
Primordial	0	0
Total	31	12

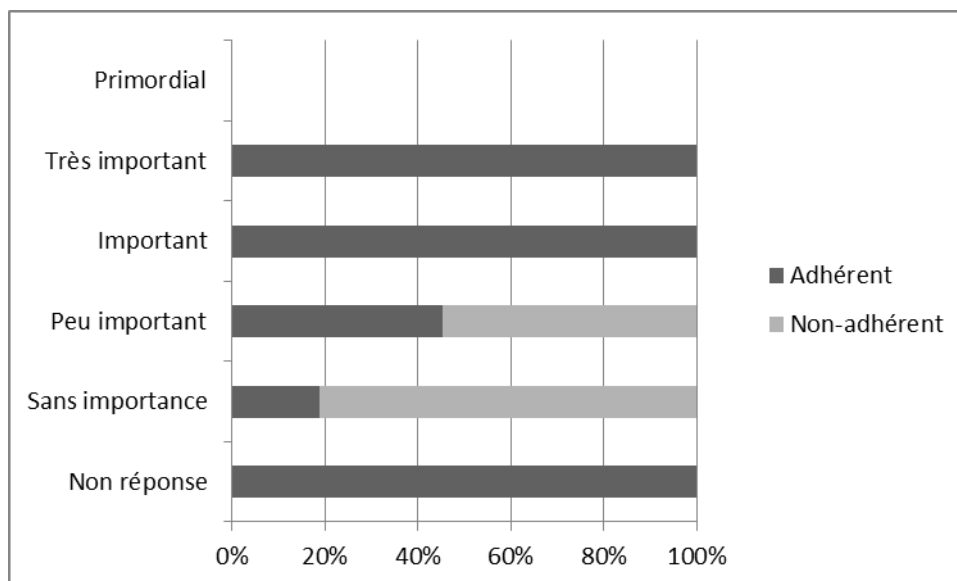


Fig. 14 Adhésion et traitement médicamenteux, répartition par sous-groupe

En matière d'objectif pondéral, il n'y a pas de grande différence entre adhérents et non-adhérents en ce qui concerne la stabilité pondérale chez les patients en surpoids. Les adhérents sont plutôt en faveur d'une perte de poids de 5 à 15% (58,1% des réponses) que d'un IMC inférieur à 25 (35,5% des réponses). Les non-adhérents donnent autant de réponses pour l'un que pour l'autre.

Tab. 32 Adhésion et objectif pondéral pour le patient en surpoids

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	0	1 (8,3%)
Stabilité pondérale	2 (6,5%)	1 (8,3%)
IMC inférieur à 25	11 (35,5%)	5 (41,7%)
Perte de poids de 5-15%	18 (58,1%)	5 (41,7%)
Total	31	12

Pour le patient obèse, l'objectif donné le plus souvent est celui de la perte de poids de 5 à 15%, avec chaque fois la moitié des répondants de chaque sous-groupe, suivi de l'IMC inférieur à 30. Les deux autres propositions n'occupent qu'une place marginale

Tab. 33 Adhésion et objectif pondéral pour le patient obèse

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	0	1 (8,3%)
Stabilité pondérale	2 (6,5%)	0
IMC inférieur à 30	11 (35,5%)	5 (41,7%)
IMC inférieur à 25	3 (9,7%)	0
Perte de poids de 5-15%	15 (48,4%)	6 (50,0%)
Total	31	12

3. Aborder le poids en consultation

Comme auparavant, nous avons ensuite étudié la façon d'aborder le poids du patient en consultation. Globalement, cet exercice ne pose pas de problème aux praticiens interrogés, mais la proportion des médecins gênés dans cet exercice est plus importante chez les non-adhérents (16,7% contre seulement 3,2 % chez les adhérents).

Tab. 34 Adhésion et aborder le poids en consultation facilement

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	0	1 (8,3%)
Oui	30 (96,8%)	9 (75,0%)
Non	1 (3,2%)	2 (16,7%)
Total	31	12

Dans la question suivante, des réponses multiples étaient possibles. Il ne semble pas y avoir de moment idéal pour aborder le poids. Les réponses sont plutôt équilibrées entre les deux sous-groupes, il n'y a que pour l'item *en cas d'obésité* que la différence est importante. 80,6% des adhérents et seulement 50,0% des non-adhérents abordent le poids du patient dans ces conditions. Une personne dit qu'elle parle également du poids chez des personnes ayant une histoire familiale d'obésité.

Tab. 35 Adhésion et quand aborder le poids en consultation

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	1 (3,2%)	1 (8,3%)
En prévention	12 (38,7%)	4 (25,0%)
En cas de surpoids	26 (83,9%)	10 (83,3%)
En cas d'obésité	25 (80,6%)	6 (50,0%)
Devant des comorbidités	21 (67,7%)	7 (58,3%)
Autre	1 (3,2%)	0

Pour les deux questions suivantes se pose le même problème que dans l'analyse globale des résultats. Nous avons posé cette question de manière fermée, soit un praticien s'occupe entièrement de la prise en charge de ses patients en excès de poids, soit partiellement. Les deux en même temps ne semblent pas possibles, mais pourtant, nous avons reçu des réponses multiples à cette question, aussi bien dans le groupe des adhérents que dans celui des non-adhérents. Ainsi cette question n'est pas interprétable, dans aucun des deux sous-groupes.

Néanmoins, on peut dire que dans la prise en charge du patient obèse, les deux groupes tendent vers une prise en charge partielle. Pour le patient en surpoids, il est difficile de déterminer une tendance, vu le nombre très proche de réponses pour les deux items, des pourcentages semblables dans les sous-groupes et les réponses multiples données.

Tab. 36 Adhésion et prise en charge du patient en surpoids

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	2 (6,4%)	0
De manière complète	15 (48,4%)	5 (41,7%)
De manière partielle	18 (58,1%)	8 (66,7%)

Tab. 37 Adhésion et prise en charge du patient obèse

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	1 (3,2%)	0
De manière complète	6 (19,4%)	1 (8,3%)
De manière partielle	26 (83,9%)	11 (91,7%)

4. Prise en charge multidisciplinaire

Ce chapitre analyse l'attitude des médecins interrogés face à une prise en charge multidisciplinaire. Tous les praticiens y sont favorables, la majorité toujours, quelques-uns seulement de manière occasionnelle.

Tab. 38 Adhésion et attitude face à une prise en charge multidisciplinaire

	Adhérent	Non -adhérent
Oui	29 (93,5%)	8 (66,7%)
Non	0	0
Parfois	2 (6,5%)	4 (33,3%)

La plupart des adhérents travaille régulièrement avec une diététicienne, contre seulement 41,7% des non-adhérents, qui ne lui adressent leurs patients qu'occasionnellement.

Tab. 39 Adhésion et collaboration avec une diététicienne

	Adhérent	Non-adhérent
Oui	28 (90,3%)	5 (41,7%)
Non	0	1 (8,3%)
Parfois	3 (9,6%)	6 (50,0%)

La collaboration régulière avec les médecins nutritionnistes est plus fréquente chez les adhérents (64,5%) et plus souvent occasionnelle chez les non-adhérents (50,0%).

Tab. 40 Adhésion et collaboration avec un médecin nutritionniste

	Adhérent	Non-adhérent
Oui	20 (64,5%)	5 (41,7%)
Non	1 (3,2%)	1 (8,3%)
Parfois	10 (32,3%)	6 (50,0%)

En ce qui concerne la collaboration avec un endocrinologue ou un diabétologue, la répartition est un peu plus équilibrée dans les deux groupes, mais quand-même plus répandue et plus régulière chez les adhérents (35,5% régulièrement, 61,3% parfois) que chez les non-adhérents (25,0% régulièrement et 50,0% parfois).

Tab. 41 Adhésion et collaboration avec un diabétologue/endocrinologue

	Adhérent	Non-adhérent
Oui	11 (35,5%)	3 (25,0%)
Non	1 (3,2%)	3 (25,0%)
Parfois	19 (61,3%)	6 (50,0%)

Logiquement, la collaboration avec un chirurgien de l'obésité n'est pas systématique, mais elle est plus répandue chez les adhérents. 41,7% des non-adhérents n'adressent pas leurs patients au chirurgien, contre seulement 9,6% des adhérents.

Tab. 42 Adhésion et collaboration avec un chirurgien de l'obésité

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	1 (3,2%)	0
Oui	2 (6,5%)	0
Non	3 (9,6%)	5 (41,7%)
Parfois	25 (80,6%)	7 (58,3%)

Presque tous les médecins sont favorables à une prise en charge psychologique. Cependant, les adhérents semblent avoir plus de facilités pour travailler avec les psychologues, vu le nombre deux fois plus important de réponses positives (35,5% contre 16,7%). Les non-adhérents n'adressent leurs patients aux psychologues qu'occasionnellement (83,3% des réponses) dans la majorité des cas.

Tab. 43 Adhésion et collaboration avec un psychologue

	Adhérent	Non-adhérent
Oui	11 (35,5%)	2 (16,7%)
Non	1 (3,2%)	0
Parfois	19 (61,3%)	10 (83,3%)

La question suivante étudie les conditions menant le médecin traitant à faire appel à une équipe multidisciplinaire. Nous avons proposé les items *toujours*, *en cas d'échec* et *à la demande du patient*. Dans l'analyse globale, nous avons 2 personnes qui ont répondu *toujours* à cette question sans donner de précisions quant à leur statut d'adhérent ou de non-adhérent. Ils ne figurent donc pas dans le tableau suivant.

On voit que les adhérents attendent plutôt l'échec thérapeutique avant de collaborer avec une équipe multidisciplinaire (51,6%) et que les non-adhérents s'adaptent à la demande de leurs patients (50,0%).

Tab. 44 Adhésion et fréquence de collaboration avec une équipe multidisciplinaire

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	3 (9,7%)	1 (8,3%)
Toujours	0	0
En cas d'échec	16 (51,6%)	5 (41,7%)
A la demande du patient	12 (38,7%)	6 (50,0%)

5. Freins à la prise en charge

Nous avons vu que les freins à la prise en charge sont multiples. En comparant les deux sous-groupes, on voit que les deux freins majeurs sont toujours le manque de temps et la non-implication des patients. Pour les adhérents, le manque de temps prédomine (71,0%), pour les non-adhérents c'est la non-implication des patients (75,0%). Les autres réponses sont réparties de façon équilibrée au sein des deux groupes.

Tab. 45 Adhésion et freins à la prise en charge des patients en surpoids et obèses

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	2 (6,5%)	0
Manque de temps	22 (71,0%)	7 (58,3%)
Formation insuffisante	8 (25,8%)	3 (25,0%)
Manque d'intérêt	4 (12,9%)	0
Manque de valorisation	6 (19,3%)	2 (16,7%)
Manque de moyens	8 (25,8%)	3 (25,0%)
Non implication des patients	21 (67,7%)	9 (75,0%)

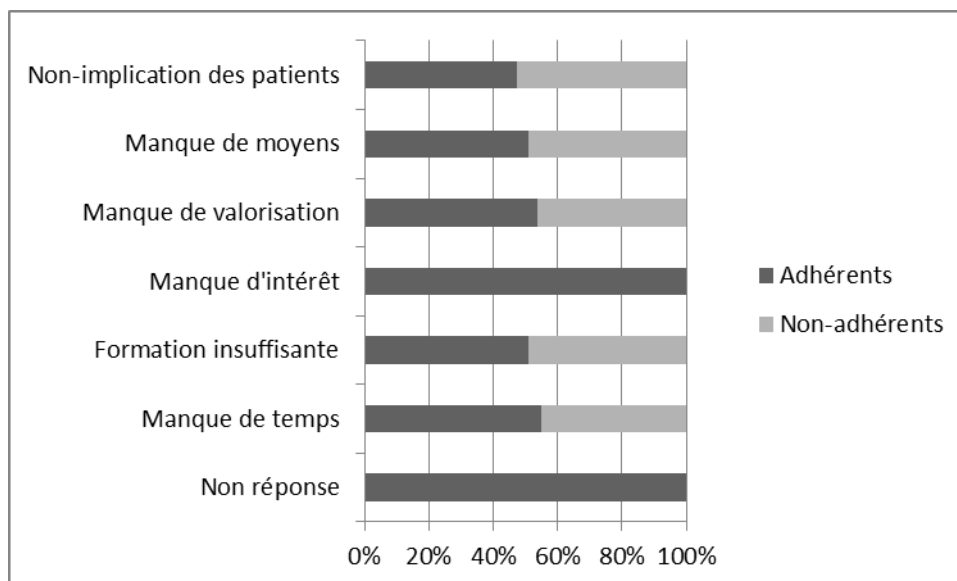


Fig. 15 Adhésion et freins à la prise en charge des patients en surpoids et obèses, répartition par sous-groupe

6. La maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois (MDNL)

Par la suite, nous avons essayé de comprendre l'interaction entre les médecins et la MDNL. Ce qui est surprenant, c'est que même des non-adhérents ont répondu aux questions réservées initialement aux adhérents et que les réponses données sont plutôt positives.

Ainsi, seulement la moitié des adhérents adresse régulièrement leurs patients au Réseau MDNL, mais il y a proportionnellement autant de non-adhérents que d'adhérents qui adressent occasionnellement leurs patients. Ces patients sont pris en charge au même titre que les patients des adhérents.

Tab. 46 Adhésion et fréquence de collaboration avec la MDNL

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	0	7 (58,3%)
Systématiquement	1 (3,2%)	0
Occasionnellement	14 (45,2%)	5 (41,7%)
Régulièrement	16 (51,6%)	0
Total	31	12

Par contre, l'adhésion au Réseau ne semble pas affecter la démarche de prise en charge de la moitié des adhérents. Nous discuterons des raisons possibles au cours du chapitre suivant. Quelques non-adhérents ont réfléchi à ce que une adhésion

pourrait avoir comme effet sur leur prise en charge, un seul pense qu'il y aurait une modification, deux autres n'en sont pas convaincus.

Tab. 47 Adhésion et modification de la prise en charge des patients

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	1 (3,2%)	9 (75,0%)
Oui	15 (48,4%)	1 (8,3%)
Non	15 (48,4%)	2 (16,7%)
Total	31	12

Nous avons demandé ensuite si les praticiens pensaient que leur collaboration avec le Réseau présentait une amélioration de la prise en charge des patients. Une majorité d'adhérents (87,1%) est effectivement de cet avis, mais aussi 41,7% des non-adhérents

Tab. 48 Adhésion et amélioration de la prise en charge des patients en excès de poids par l'existence du Réseau MDNL

	Adhérent	Non-adhérent
Non réponse	2 (6,5%)	7 (58,3%)
Oui	27 (87,1%)	5 (41,7%)
Non	1 (3,2%)	0
Parfois	1 (3,2%)	0
Total	31	12

En résumé, les opinions sur le Réseau sont plutôt positives, autant chez les adhérents que chez les non-adhérents. Nous essayerons de comprendre ces résultats dans la partie suivante.

IV. Discussion

A. Discussion des résultats

1. Population étudiée

En Lorraine, on recense 3495 médecins généralistes, 2198 hommes (62,9%) et 1297 femmes (37,1%). Notre échantillon avec ses 55,3% d'hommes et 44,7% de femmes n'est donc pas représentatif de la population des généralistes lorrains (22).

En Lorraine, au 1^{er} janvier 2012, 54 praticiens (1,6%) avaient moins de 30 ans, 518 (14,8%) entre 30 et 39 ans, 887 (25,4%) entre 40 et 49 ans, 1361 (42,6%) 50 et 59 ans et 675 (19,3%) plus de 60 ans. L'âge moyen du généraliste lorrain est de 50,5 ans. Dans notre enquête, la majorité des praticiens (31,9%) déclare avoir entre 51 et 60 ans, 23,4% plus de 60 ans. La moyenne d'âge est difficile à calculer à partir des intervalles proposés, mais elle semble être au-dessus de la moyenne régionale vu que 55,3% ont plus de 50 ans. En tenant compte des classifications légèrement différentes dans l'enquête et la démographie médicale officielle, la répartition par âge correspond à la répartition dans la population des omnipraticiens exerçant en Lorraine (22).

En France, 29704 généralistes (51,1%) exercent seuls, 27098 (46,6%) en cabinet de groupe et 1303 (2,3%) en centre de santé. Par rapport à notre étude, il y a donc une différence en ce qui concerne l'exercice en maison médicale (6,4% dans notre étude), sans doute liée à la répartition variable de ces structures d'une région à l'autre. Les pourcentages pour l'exercice en cabinet individuel (44,7%) et en cabinet de groupe (48,9%) se ressemblent dans les deux documents.

En résumé, notre échantillon a à peu près la même structure d'âge que la population générale, il y a des différences pour la répartition des sexes et les modes d'exercice. Ceci correspond à nos attentes, vu la taille réduite de notre échantillon.

2. Diagnostic de l'excès de poids, dépistage des complications et facteurs de risque associés

a) Modalités diagnostiques

En analysant les mesures diagnostiques, on se rend compte que la totalité des médecins pèsent leurs patients et la majorité calculent leur IMC, seulement 8,5% déclarent ne pas le faire du tout.

Dans l'analyse par sous-groupes, la pesée est bien réalisée par tout le monde. L'IMC est calculé un peu plus régulièrement par les adhérents (71,0%), mais les non-adhérents ne suivent pas loin derrière (58,3%). Un certain nombre de praticiens déclare calculer parfois l'IMC. Ceci n'est pas forcément un mauvais résultat, tant que c'est fait chez des patients susceptibles d'être en excès de poids ou chez des personnes présentant une comorbidité.

Quant à la mesure du périmètre abdominal, elle n'est pas encore rentrée dans les mœurs, 25,5% des participants ne le mesurent jamais. Ce taux est équilibré chez les adhérents (22,6%) et les non-adhérents (25,0%). Les adhérents ont plus souvent répondu *oui* que *parfois*, éventuellement parce qu'ils sont plus sensibilisés au sujet que les non-adhérents. Le périmètre abdominal est un moyen facile, utile pour évaluer le risque de développer un diabète ou une maladie cardio-vasculaire, notamment chez les patients en surpoids. En fonction du résultat, la prise en charge n'est pas la même. Les objectifs thérapeutiques sont plus sévères pour des patients en surpoids avec un périmètre abdominal élevé et au risque accru de développer des comorbidités, que pour les patients ayant un IMC identique et un périmètre abdominal normal. Par conséquent, la non mesure du périmètre abdominal peut être à l'origine d'un retard de prise en charge, il est donc indispensable de promouvoir cette mesure diagnostique.

b) Recherche des complications et facteurs de risque associés au surpoids et à l'obésité

La partie suivante s'intéressait à la recherche des complications associées. Les plus recherchées sont les dyslipidémies, le diabète et l'hypertension artérielle. Même la complication la moins souvent recherchée, le retentissement social, l'est encore par

38,3% des praticiens. Dans les sous-groupes, la répartition est assez homogène, il n'y a des différences importantes que pour deux items. Les pathologies respiratoires sont plus recherchées par les non-adhérents (66,7% contre 35,5%), le retentissement psychologique est plus souvent cherché par les adhérents (77,4% contre 33,3%). Il est difficile à savoir pourquoi il en est ainsi pour les pathologies respiratoires. Pour le retentissement psychologique, les adhérents y sont probablement plus sensibles, tout en sachant qu'ils pourront aisément adresser leurs patients au psychologue du Réseau.

Globalement, ces résultats témoignent d'une bonne connaissance des complications et des facteurs de risque associés à l'excès de poids, indépendamment du statut d'adhésion du praticien interrogé.

c) Objectifs pondéraux

En ce qui concerne les objectifs pondéraux à donner aux patients en surpoids, seulement une minorité des médecins interrogés (6,4%) préconise la stabilité pondérale, pourtant considérée comme suffisante chez un patient en surpoids stable non compliqué avec un tour de taille normal. Dans l'étude de Bocquier *et al.* (14), seulement 2,2% des médecins préconisent la stabilité pondérale. Nos médecins interrogés étaient donc un peu meilleurs, mais loin d'être conformes aux recommandations.

La perte de poids n'est à conseiller que chez des patients présentant des comorbidités, elle devrait atteindre 5 à 15%. 53,2% des médecins interrogés ont en effet choisi cette option et sont en accord avec l'étude de Bocquier où 50,8% ont donné cette réponse. Pour des patients au périmètre abdominal élevé, le seul objectif est la réduction de ce périmètre abdominal, afin de réduire le risque de survenue des comorbidités. Aucun objectif d'IMC n'est donné. Pourtant, 41,7% des non-adhérents et 35,5% des adhérents demandent un IMC inférieur à 25 à leurs patients en surpoids, tout comme 33,0% des praticiens dans l'étude de Bocquier qui nous sert de référence.

Pour les patients obèses, les réponses sont aussi mitigées. Seulement près de la moitié des participants connaissent l'objectif préconisé par la HAS, soit une perte de poids de 5 à 15%. Presque autant (45,1%) sont trop sévères en demandant à leurs

patients un objectif beaucoup trop strict avec un IMC inférieur à 30 voire inférieur à 25. Là encore, adhérents et non-adhérents font des scores semblables. Ils peuvent ainsi être, sans le vouloir, à l'origine d'un certain nombre d'échecs, pour des patients n'atteignant jamais ces objectifs trop ambitieux. Ces résultats sont meilleurs que ceux retrouvés dans l'étude de Bocquier où 34,4% seulement connaissaient l'objectif. 19,3% demandaient à leurs patients obèses de revenir à un IMC normal, inférieur à 25, contre seulement 6,4% chez nous et 64,3% d'entre eux étaient globalement trop sévères avec leurs patients obèses.

En résumé, un tiers des praticiens de notre étude, dont plus de non-adhérents, demandent trop souvent un IMC normalisé chez leurs patients en surpoids, tout comme les praticiens de l'étude servant comme référence. Pour les patients obèses, nos médecins sont moins sévères que dans l'étude de Bocquier. La parution des nouvelles recommandations de la HAS en septembre 2011 qui ont remis l'obésité et le surpoids ainsi que leur traitement à l'ordre du jour et qui n'étaient pas encore disponibles en 2005 à la publication de l'autre étude contribuent peut-être à ce que les médecins connaissent un peu mieux les objectifs à proposer. Néanmoins, des améliorations sont encore possibles dans ce domaine.

d) Les différentes mesures thérapeutiques

Dans cette partie, les médecins ont noté les différentes mesures thérapeutiques. En premier, nous parlerons de l'activité physique régulière. Près de la moitié des praticiens la considère comme *très importante*, un tiers comme *primordiale*. Les adhérents la qualifient de *très importante* pour la moitié d'entre eux, chez les non-adhérents, 41,7% la qualifient même de *primordiale*. En accord avec les recommandations, l'activité physique occupe donc une place majeure dans la prise en charge des patients en surpoids et obèses.

La réalisation d'une enquête alimentaire est au moins qualifiée d'*importante*, voire *très importante* ou *primordiale*. Dans les sous-groupes, respectivement la moitié des adhérents et des non-adhérents ont répondu *important*, les autres se répartissent sur les autres réponses. Il n'y a donc pas de différence entre les deux sous-groupes.

Ensuite, nous avons analysé les attitudes face à une modification des habitudes et des comportements alimentaires. Globalement, trois quarts des interrogés la

qualifient de *très importante*, voire de *primordiale*. Chez les adhérents, la majorité a répondu *très important* ou *primordial*. Les non-adhérents ont plus souvent répondu *important*. On peut éventuellement expliquer cette différence par le fait que les adhérents peuvent adresser leurs patients au Réseau pour qu'ils apprennent à gérer leur alimentation d'une façon adaptée à leurs objectifs et qu'ils modifient leurs habitudes à long terme. Les non-adhérents par contre sont le plus souvent tout seuls pour réaliser cette enquête, généralement chronophage.

La mesure suivante était la prescription d'un régime. Plus de la moitié des praticiens juge *important* de prescrire un régime à leurs patients, un tiers même *très important* ou *primordial*. Les non-adhérents prescrivent plus de régimes, les trois quarts le considèrent comme *important*. Chez les adhérents, nous retrouvons un plus grand nombre de réponses négatives, 19,4% ont répondu *peu important* ou même *sans importance*.

En comparant ces deux dernières mesures, on peut dire que les adhérents tendent plutôt vers une modification durable des comportements alimentaires, ils sont donc plus souvent favorables à des mesures d'éducation thérapeutique. Chez les non-adhérents, l'inverse est vrai, ils prescrivent plus de régimes, l'équivalent d'une mesure transitoire le plus souvent, régulièrement vouée à l'échec.

En dernier, nous avons étudié l'attitude face aux traitements médicamenteux dans le contexte du surpoids et de l'obésité. Conforme à nos attentes, la majorité les considère comme *peu importants* ou *sans importance*. Chez les non-adhérents, ce sont les deux seules réponses données. Parmi les adhérents, certains ont répondu *important* voire *très important*, mais en nous précisant qu'ils pensaient au traitement médicamenteux des comorbidités. Ainsi, le traitement médicamenteux n'a plus de place dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité dans aucun des deux sous-groupes analysés.

En résumé, les praticiens interrogés connaissent donc très bien les recommandations et appliquent les mesures adaptées à la prise en charge de leurs patients. Il n'y a que très peu de variations entre les adhérents et les non-adhérents.

3. Aborder le poids en consultation

Les médecins n'ont pas vraiment de difficultés à aborder le poids en consultation. Les personnes n'abordant pas facilement le poids sont un peu plus nombreuses parmi les non-adhérents.

Nous voulions savoir à quel moment les médecins discutaient du poids avec leurs patients. On se rend compte que la plupart des praticiens n'ont aucune difficulté à en parler chez des patients déjà en excès de poids ou chez des patients avec comorbidités, mais seulement 19 (40,4%) d'entre eux pratiquent la prévention. Une personne a répondu *autre*, en précisant qu'elle abordait le poids chez des patients qui ont une histoire familiale d'obésité. En s'intéressant aux sous-groupes, les non-adhérents parlent le plus souvent du poids chez des personnes en surpoids, les adhérents en parlent autant à des personnes en surpoids qu'à des personnes obèses. Les adhérents sont aussi plus nombreux à faire de la prévention et à aborder le poids chez des patients atteints de comorbidités.

Au total, les non-adhérents devraient donc plus souvent parler du poids à leurs patients obèses. La prévention n'occupe pas encore la place qu'elle devrait. Ainsi, les praticiens devraient accorder plus d'importance au fait que des patients avec un IMC normal qui prennent du poids progressivement ne grossissent pas davantage pour éviter la survenue de complications.

4. Prise en charge par le médecin traitant

La partie suivante devait préciser si les médecins généralistes prenaient en charge leurs patients en surpoids ou obèses de façon complète ou plutôt partielle. Dans les recommandations officielles, la prise en charge du surpoids devrait en effet se faire en premier lieu par le médecin traitant, sans recours à d'autres professionnels. Pour l'obésité, le médecin est toujours le principal acteur, mais un recours à d'autres professionnels est possible en cas d'échec ou pour des obèses remplissant les critères pour une chirurgie bariatrique. Nous voulions donc savoir comment agissaient les praticiens de notre enquête. Malheureusement, suite à plusieurs erreurs dans la façon de répondre (réponses multiples dans une question fermée), nous n'avons pas pu interpréter ces deux questions.

Pour la question au sujet des patients en surpoids, les réponses étaient tellement serrées qu'aucune tendance n'a pu être identifiée. Pour le patient obèse, plus de 85% ont répondu *de manière partielle*, la tendance est la même pour les adhérents (83,9%) et pour les non-adhérents (91,7%). Pour le patient obèse, la tendance va très probablement vers une prise en charge partielle en collaboration avec d'autres professionnels, même si l'interprétation ne peut pas être faite correctement.

5. Prise en charge multidisciplinaire

Parmi les adhérents, 93,5% sont favorables à une prise en charge multidisciplinaire, chez les non-adhérents, seulement deux tiers. Les autres ne sont que parfois favorables. Dans l'étude de Thuan et Avignon (15), seulement 30 à 40% des médecins adressaient leurs patients à d'autres professionnels comme les diététiciens, les médecins nutritionnistes ou les psychologues et psychiatres. Nos participants sont donc très bien placés.

Nous avons ensuite proposé plusieurs intervenants susceptibles d'aider à la prise en charge des patients en excès de poids.

Le professionnel le plus souvent sollicité est la diététicienne. 78,7% des praticiens lui adressent ses patients, 19,1% le font parfois. Chez les adhérents, le taux de collaboration est encore plus élevé avec 90,3% contre seulement 41,7% chez les non-adhérents. Les adhérents semblent donc profiter pleinement de l'offre de la MDNL, étant donné qu'au moment de l'enquête aucune diététicienne n'exerçait en libéral dans la zone étudiée et qu'au Centre Hospitalier de Lunéville, la prise en charge par la diététicienne se fait après une consultation auprès d'un médecin nutritionniste. Dans l'étude de Thuan et Avignon, seulement 30% des praticiens adressent habituellement leurs patients aux diététiciens, les praticiens dans notre étude sont largement au-dessus de ces chiffres.

Pour le médecin nutritionniste, les réponses sont toujours assez nombreuses, 57,4% des généralistes collaborent avec eux, plus d'un tiers le font parfois. En comparant adhérents et non-adhérents, le taux est encore plus élevé chez les adhérents avec 64,5% contre 41,6%. Dans l'étude citée auparavant, 43% des médecins interrogés adressaient les patients aux médecins nutritionnistes, ce qui correspond à peu près au taux atteint par les non-adhérents. D'ailleurs, les médecins de cette étude

correspondent à la population des non-adhérents, vu qu'ils ne collaborent avec aucun réseau de soins.

En ce qui concerne la collaboration avec un diabétologue ou un endocrinologue, 59,6% des praticiens interrogés le font parfois, 29,8% régulièrement. Comme pour les questions précédentes, ce sont encore les adhérents les plus nombreux à faire appel à ces spécialistes.

Pour adresser des patients aux chirurgiens de l'obésité, il faut qu'il y ait une indication de chirurgie bariatrique. Il est donc logique que 74,5% des médecins ne collaborent que parfois avec eux, dont 80,6% des adhérents et 58,3% des non-adhérents.

Le dernier professionnel proposé était le psychologue. En moyenne, deux tiers des médecins collaborent *parfois* avec lui. En comparant adhérents et non-adhérents, on se rend compte que les adhérents répondent plus souvent *oui* (35,5%) que les non-adhérents. Malgré tout, il y a toujours deux tiers des adhérents qui n'adressent que *parfois* leurs patients aux psychologues, tout comme 83,3% des non-adhérents. Dans l'étude de Thuan et Avignon, 40% des médecins collaboraient habituellement avec un psychologue ou un psychiatre, ils sont donc plus nombreux que nos médecins. On peut penser que contrairement aux autres professionnels mentionnés avant, certains patients sont plutôt réticents à aller voir un psychologue. Ainsi, on comprend que la collaboration soit moins répandue chez les non-adhérents. Par contre, la prise en charge psychologique fait partie de l'éducation thérapeutique au sein de la MDNL. Il est donc logique que les adhérents collaborent plus souvent avec les psychologues.

Selon les recommandations, un deuxième recours est indiqué seulement en cas d'échec après la prise en charge par le médecin généraliste seul ou en cas d'indication de chirurgie bariatrique. Dans notre étude, les médecins qui agissent à la demande du patient sont presque aussi nombreux que ceux qui attendent l'échec thérapeutique. La moitié des adhérents agit en cas d'échec thérapeutique, 38,7% à la demande du patient. Chez les non-adhérents, on observe l'inverse. On pourrait penser que les adhérents connaissent mieux les recommandations et attendent donc l'échec thérapeutique.

6. Freins à la prise en charge

Comme nous l'avons vu, les freins à la prise en charge sont toujours nombreux. Chez les adhérents, l'item le plus cité est le *manque de temps*, chez les non-adhérents c'est la *non implication des patients*. Pour les autres items, les réponses sont assez équilibrées entre les deux groupes.

En élaborant le questionnaire, nous avons mis l'item *manque de formation* parce que l'on entend souvent les médecins en parler et que dans l'étude de Bocquier, une de nos principales références, 58% des praticiens ne se sentaient pas assez compétents pour prendre en charge leurs patients en surpoids ou obèses. Dans notre enquête, seulement un médecin sur quatre est de cet avis. En analysant les réponses par tranche d'âge, ce sont plutôt les médecins plus jeunes qui donnent cette réponse, même si ces dernières années, des efforts ont été faits à ce niveau. Le *manque de temps* a également été cité le plus souvent par les praticiens les plus jeunes, la totalité des 30-40 ans en parle. La *non implication des patients* gêne plus les médecins d'âge moyen, peut-être parce qu'ils ont été confrontés plus souvent à ce genre de situation au long de leur exercice que les confrères plus jeunes.

Dans l'étude de Bocquier, un tiers des praticiens considère la prise en charge de l'excès de poids comme non gratifiante professionnellement. Chez nous, seulement 17% des médecins partagent leur sentiment. Ils sont deux fois plus nombreux chez les 51-60 ans que chez les plus jeunes. Globalement, en comparant aux médecins de l'étude de référence, nos praticiens semblent donc assez à l'aise pour soigner des patients en surpoids ou obèses.

7. La maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois (MDNL)

Ce chapitre analyse l'interaction entre les médecins et le Réseau. Ce qui est satisfaisant, est que 97,9% des médecins interrogés connaissaient la MDNL et que deux tiers d'entre eux y adhèrent. 51,6% adressent régulièrement leurs patients au Réseau, presque autant qu'occasionnellement. La collaboration avec la MDNL n'est donc pas encore aussi courante qu'elle devrait l'être. On peut imaginer différentes raisons. En effet, certains praticiens évoquent la distance géographique entre le lieu d'exercice et la MDNL, d'autres la réticence de leurs patients. Mais même chez les non-adhérents, certains indiquent adresser occasionnellement leurs patients qui sont

d'ailleurs pris en charge de la même façon que les patients adressés par les adhérents.

Comme nous nous n'attendions pas à ce fait, nous n'avons donc pas plus de précisions quant à ce succès auprès des non-adhérents. Peut-être ces patients sont adressés suite à leur demande expresse, par des médecins qui n'adhèrent pas parce qu'ils ont l'habitude d'organiser la prise en charge en collaboration avec plusieurs professionnels libéraux. Il est également possible que les médecins n'adhèrent pas parce qu'ils n'ont que très peu de patients éligibles. Il serait certainement intéressant d'analyser cette question de plus près.

En tout cas, le fait d'adhérer au Réseau ne semble pas beaucoup affecter la manière dont les praticiens prennent en charge leurs patients. Seulement un sur deux, adhérent ou non, indique avoir changé sa façon d'approcher les patients. Ceci peut être interprété de deux façons. La plus optimiste fait penser que l'adhésion, par le biais de formations spécifiques, a une influence positive sur les praticiens dont la prise en charge était moins bonne et les a fait adapter leur démarche et que l'autre moitié était déjà en accord avec les recommandations et n'avait rien à changer. D'un autre côté, on pourrait aussi imaginer que ceux qui n'ont rien changé ne s'intéressent pas autant à la pathologie en question et délèguent la prise en charge au Réseau. Pour éclaircir cette question, un complément d'enquête s'avère nécessaire.

Ce qui est sûr, c'est que le Réseau a l'air de jouir d'une bonne réputation dans la région. Trois quarts des médecins interrogés sont d'avis que l'existence de la MDNL améliore la prise en charge des patients en surpoids ou obèses. 38 participants de l'enquête ont répondu à cette question, même si, initialement, elle était destinée uniquement aux adhérents. Ainsi, on se demande pourquoi certains praticiens n'adhèrent pas en dépit de leur bonne opinion sur le Réseau. Ici encore, on peut évoquer les mêmes raisons qu'auparavant, à savoir l'éloignement géographique ou le faible nombre de patients susceptibles d'être adressés.

En tout, vu le nombre de réponses favorables plus nombreuses que le nombre d'adhérents, le bilan est positif pour la MDNL.

B. Evaluation de la qualité de l'enquête

1. Forces du travail

Un des points forts de cette thèse est qu'elle porte sur un sujet assez peu étudié, que ce soit dans la littérature ou dans les thèses de médecine générale récentes.

Une autre qualité de ce travail est qu'il s'agit d'un sujet d'actualité. Cette thèse a été réalisée à peine un an après la parution, en septembre 2011, des recommandations de la HAS relatives à la prise en charge des adultes en surpoids et obèses en médecine primaire. Le moment était donc propice pour faire une évaluation des pratiques en médecine générale.

En plus, avec la création des Agences Régionales de Santé en 2010, la réglementation récente de l'éducation thérapeutique et du financement des maisons de santé pluridisciplinaires et la promotion des réseaux de soins dans des documents comme le Plan Obésité, collaborer avec les réseaux comme celui de la MDNL prend une place importante dans la pratique quotidienne.

Quatre ans après la création de la MDNL, les médecins ont pu adresser un certain nombre de patients, faire leurs expériences avec le Réseau et se forger une opinion sur l'utilité ou non de cette collaboration. Le moment est donc également opportun pour faire le point sur les interactions entre les praticiens et le Réseau.

Cette thèse est complémentaire à un autre travail en cours qui évalue les interactions entre le Réseau et les patients. La mise en relation des résultats des deux documents permettra d'avoir une vision plus globale sur les points forts de la collaboration, mais aussi sur les choses à améliorer. Une adaptation du Réseau aux besoins des médecins et des patients est envisagée à moyen terme.

Aucune évaluation des pratiques n'a été réalisée parmi les médecins du Lunévillois à ce jour. En plus, un lien est fait avec le Réseau MDNL, pour mieux comprendre les interactions entre les médecins généralistes et l'équipe pluridisciplinaire. Il s'agit donc d'un sujet original qui résulte de la mise en relation de deux sujets d'actualité (prise en charge de l'excès de poids et réseaux de santé) et qui s'intègre dans un travail plus global au profit d'une prise en charge optimisée des patients.

2. Faiblesses du travail

Le plus grand inconvénient de cette enquête est sans doute son faible effectif. Moins de 100 praticiens étaient éligibles pour l'inclusion et seulement 52,8% d'entre eux ont répondu. L'analyse des résultats est donc faite sous réserve tout au long de l'enquête et on ne peut pas vraiment appliquer les résultats à une population générale de médecins.

L'analyse par sous-groupes nous a forcés à travailler avec des effectifs encore plus réduits. Par conséquent, les résultats représentent plutôt des tendances et ne peuvent pas non plus être appliqués à une autre population plus large.

La population des médecins interrogés n'était pas représentative des médecins français, ni des médecins lorrains, en ce qui concerne la répartition des sexes ou le mode d'exercice. Par contre, la répartition par tranches d'âge correspondait à la population nationale des généralistes. Ainsi, nous avons pu faire une analyse par tranche d'âge pour une des questions sans perdre encore plus en représentativité.

Les résultats sont basés sur les réponses des médecins interrogés, ces données sont donc purement déclaratives et pourraient ne pas correspondre aux pratiques exactes des participants.

Certaines réponses ne correspondaient pas à nos attentes et il est possible que certaines questions n'étaient pas posées de manière assez précise ou que certaines indications concernant les modalités de réponse n'étaient pas assez complètes.

Comme dans beaucoup d'études, nous n'avons pas non plus été à l'abri de certains biais. Nous avons constaté que parmi les répondants, les adhérents sont 2,6 fois plus nombreux que les non-adhérents. Il est possible que les adhérents, du fait d'être plus souvent en contact avec le Réseau, soient plus conscients du problème de la prise en charge des patients en excès de poids et aient plus souvent répondu au questionnaire.

En poursuivant ce raisonnement, les non-adhérents qui ont répondu sont peut-être des praticiens particulièrement intéressés par cette pathologie et sa prise en charge. Tous ceux qui ne s'y intéressent pas du fait du manque de temps et d'intérêt

n'auraient tout simplement pas répondu. Ainsi on pourrait expliquer pourquoi nos résultats (pour certains items) sont meilleurs que ceux retrouvés dans les deux études qui nous ont servi d'exemple.

V. Conclusion

Avec ce travail, nous avons trouvé des réponses aux questions que nous nous sommes posées au début, mais nous en avons soulevé d'autres.

Le but principal était de faire un état des lieux sur les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins relatives au surpoids et l'obésité pour rendre la prise en charge des patients optimale.

Le premier constat est que le niveau est très bon parmi tous les praticiens interrogés. Les médecins, adhérents et non-adhérents confondus, connaissaient bien les modalités diagnostiques et les appliquaient toutes hormis la mesure du périmètre abdominal. Le périmètre abdominal fait donc partie des éléments importants à faire ressortir dans un nouveau document ciblé, afin de permettre une prise en charge la plus précoce et la plus adaptée possible.

Les deux groupes de médecins étaient quasi équivalents dans la recherche des complications et des comorbidités. Une différence importante était notée pour la recherche du retentissement psychologique, plus fréquente parmi les adhérents qui, par conséquent, adressaient aussi plus souvent leurs patients aux psychologues. On peut imputer ce résultat au fait que les adhérents ont plus de facilités dans ce domaine, vu la possibilité d'une prise en charge psychologique individuelle et en groupe au sein du Réseau.

En ce qui concerne le traitement proprement dit, ce sont les objectifs pondéraux qui posent le plus de problèmes, notamment pour les patients en surpoids. En effet, il y a plusieurs objectifs différents en fonction de plusieurs critères, dont le périmètre abdominal, qui lui-même n'est que rarement utilisé. La stabilité pondérale n'est envisagée que par une minorité de praticiens, alors que c'est parfois le premier but à atteindre par les patients. Quant aux patients obèses, les médecins étaient souvent trop sévères dans leurs attentes, même si, globalement, ils maîtrisaient mieux les objectifs pour ce groupe de patients. Un rappel sur les objectifs pondéraux pour les différents sous-groupes de patients et les facteurs dont dépendent ces objectifs pourrait s'avérer utile.

Au sujet de la prise en charge multidisciplinaire, les adhérents y sont nettement plus favorables que les non-adhérents. Le fait de ne pas être particulièrement favorable à une prise en charge par une équipe de plusieurs professionnels constitue probablement un frein à l'adhésion et peut-être même un frein à répondre à l'enquête.

Il semble que les adhérents soient un peu plus nombreux à collaborer avec les différents professionnels, probablement parce qu'ils font partie de l'équipe du Réseau et que l'accès pour le patient est gratuit.

Les adhérents accordent également plus d'importance à certaines mesures thérapeutiques. Ils peuvent compter sur l'équipe de la MDNL pour atteindre un changement du comportement alimentaire via des ateliers nutritionnels, visant ainsi une perte de poids durable. C'est une mesure clé de l'éducation thérapeutique des patients (ETP) qui n'est plus à charge du seul médecin traitant. En effet, la prise en charge de l'excès de poids et plus particulièrement l'éducation thérapeutique nécessitent beaucoup de temps que de nombreux médecins n'ont pas à leur disposition, comme nous avons pu le voir auparavant. Les adhérents semblent bien comprendre les points importants de la prise en charge et collaborent avec le Réseau pour faire profiter leurs patients au maximum des compétences de chacun, pour leur accorder le temps nécessaire à une prise en charge efficace et leur donner toutes les chances de réussir. Cependant, il nous est impossible de dire si les praticiens ont adhéré au Réseau en connaissant l'ETP ou s'ils l'ont seulement découverte après leur adhésion.

Le Réseau MDNL jouit d'une bonne réputation parmi les adhérents et certains non-adhérents. De nombreux praticiens, y-compris des non-adhérents, trouvent que l'existence de la MDNL a amélioré la façon dont des patients en excès de poids sont soignés. La collaboration avec le Réseau a motivé la moitié d'entre eux à adapter leur prise en charge des patients. Le taux de collaboration avec la MDNL pourrait certes être plus élevé, seulement la moitié des adhérents lui adresse déjà régulièrement des patients. Chez les praticiens qui adressent occasionnellement leurs patients, on compte autant d'adhérents que de non-adhérents. C'est auprès de ce groupe de médecins que nous pouvons intervenir pour essayer de rendre leur collaboration avec le Réseau plus régulière.

Un complément d'enquête peut être intéressant pour savoir quelles sont les raisons pour certains médecins de ne pas être adhérent, d'autant plus que certains d'entre eux nous ont donné un retour positif. Le faible nombre de patients éligibles à une prise en charge par le Réseau joue un rôle, aussi bien que la réticence de certains patients de faire le pas vers une équipe multidisciplinaire. Certains médecins ont également mentionné le fait qu'ils ne connaissaient pas ou seulement très peu les activités de la MDNL. Pour améliorer l'acceptation par les patients et mieux faire connaître les actions du Réseau auprès des patients et des médecins, on pourrait réorganiser une nouvelle campagne d'information basée sur les conclusions de notre enquête. Dans cette campagne on pourra également inclure les résultats de l'autre étude en cours sur les interactions entre le Réseau et les patients.

En tout et pour tout, comparé aux résultats publiés dans la littérature, les médecins du pays Lunévillois ont de très bonnes connaissances et, à quelques exceptions près, des pratiques appropriées. Nous avons pu imaginer des mesures adaptées à la population médicale locale, visant à améliorer encore la prise en charge des patients.

Nos résultats sont également très encourageants en ce qui concerne la collaboration avec un réseau de santé pour la prise en charge des patients en surpoids et obèses. Il y a un réel bénéfice pour la prise en charge à un niveau local, l'idée de prendre en charge des maladies chroniques via l'ETP dans des réseaux est une initiative adaptée au pays lunévillois. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour étudier la prise en charge d'autres pathologies et pour étudier les interactions entre réseaux de soins, médecins généralistes et patients dans d'autres régions.

VI. Bibliographie

1. OMS | Dix faits sur l'obésité [Internet]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/fr/index.html>
2. World Health Organization. World Health Statistics 2011, Part II, Global Health Indicators [Internet]. 2011. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Part2.pdf
3. Kelly T, Yang W, Chen C-S, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity*. 2008 Jul 8;32(9):1431–7.
4. Institut de Veille Sanitaire. Etude nationale nutrition santé. 2006.
5. INSERM, TNS Healthcare, Roche. ObEpi: Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2009.
6. ARS Lorraine, Département Promotion de la Santé et Prévention. Fiche thématique « maladies cardio-neuro-vasculaires ». 2011.
7. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, u. a. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011 Feb 12;377(9765):557–67.
8. Wang YC, McPherson K, Marsh T, Gortmaker SL, Brown M. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The Lancet*. 2011 Aug;378(9793):815–25.
9. Sassi F, Devaux M, Cecchini M, Rusticelli E. The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries, OECD Health Working Papers, No 45 [Internet]. OECD Publishing; 2009. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/225215402672>
10. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*. 2008 Feb 16;371(9612):569–78.
11. Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obes Rev*. 2011 Feb;12(2):131–41.
12. Fry J, Finley W. The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proc Nutr Soc*. 2005 Aug;64(3):359–62.

13. Basdevant A, Laville M, Ziegler O. Recommendations for the diagnosis, the prevention and the treatment of obesity. *Diabetes Metab.* 2002 Apr;28(2):146–50.
14. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, u. a. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obesity.* 2005 Apr;13(4):787–95.
15. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *International Journal of Obesity.* 2005 Mai 31;29(9):1100–6.
16. De Deyne S. Pratiques relatives à l'obésité en soins primaires et résultats de la prise en charge par le réseau obésité Calvados (ROC) de janvier 2008 à juin 2009. Th. D: Médecine Générale:Caen: 2011;
17. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015. 2011.
18. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan Obésité 2010-2013. 2010.
19. Haute Autorité de Santé. Recommandation de Bonne Pratique - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011.
20. Haute Autorité de Santé, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. ETP - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques - Guide méthodologique. 2007.
21. Agence Régionale de Santé (ARS) Lorraine. Cahier des charges régional des maisons de santé pluridisciplinaires dans le cadre d'une demande de financement au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). 2001.
22. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les médecins au 1er janvier 2012. 2012.

VII. Annexes

2012 - T.HOESER

Evaluation des pratiques des médecins adhérents et non-adhérents à la Maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois

Le médecin

Vous êtes ☐ Homme ☐ Femme	Vous exercez ☐ Seul ☐ En cabinet de groupe ☐ En maison médicale	
Votre âge ☐ Moins de 30 ans ☐ 30-40 ans ☐ 41-50 ans ☐ 51-60 ans ☐ Plus de 60 ans		

Prise en charge des patients en surpoids ou obèses

Pesez-vous régulièrement vos patients ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois	Si oui, lesquels ? ☐ Hypertension artérielle ☐ Autre pathologie cardiovasculaire ☐ Intolérance au glucose ☐ Diabète ☐ Dyslipidémie ☐ Pathologies respiratoires ☐ Apnées du sommeil ☐ Pathologies rhumatologiques ☐ Retentissement psychologique ☐ Retentissement social ☐ Autre <i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i>	Si 'Autre', précisez :
Calculez-vous leur IMC ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois		
Mesurez-vous le périmètre abdominal ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois		
Chez un patient en surpoids ou obèse, cherchez-vous des complications ou des facteurs de risque associés ? ☐ Oui ☐ Non		

Pour vous, quelle est l'importance des mesures suivantes dans la prise en charge des patients ?

Enquête alimentaire ☐ Sans importance ☐ Peu important ☐ Important ☐ Très important ☐ Primordial	Activité physique régulière ☐ Sans importance ☐ Peu important ☐ Important ☐ Très Important ☐ Primordial	Modification des habitudes et des comportements alimentaires ☐ Sans importance ☐ Peu important ☐ Important ☐ Très Important ☐ Primordial
Prescription de régime ☐ Sans importance ☐ Peu important ☐ Important ☐ Très Important ☐ Primordial	Traitement Médicamenteux ☐ Sans importance ☐ Peu important ☐ Important ☐ Très Important ☐ Primordial	

Quel est votre objectif pondéral ?

Pour le patient en surpoids ☐ Stabilité pondérale ☐ IMC inférieur à 25 ☐ Perte de poids de 5 à 15 %	Pour le patient obèse ☐ Stabilité pondérale ☐ IMC inférieur à 30 ☐ IMC inférieur à 25 ☐ Perte de poids de 5-15%	
--	---	--

Prise en charge multidisciplinaire

Etes-vous favorable à une prise en charge multidisciplinaire ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois	Un diabétologue/endocrinologue ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois	Si vous faites appel à une équipe multidisciplinaire, dans quel contexte ? ☐ Toujours ☐ En cas d'échec ☐ A la demande du patient
Une diététicienne ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois	Un chirurgien de l'obésité ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois	
Un médecin nutritionniste ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois	Un psychologue ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois	

Prise en charge globale

Abordez-vous facilement le problème du surpoids ou de l'obésité en consultation ? ☐ Oui ☐ Non	
--	--

Si oui, à quel moment?

- ☐ En prévention
- ☐ En cas de surpoids
- ☐ En cas d'obésité
- ☐ Devant des comorbidités
- ☐ Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases

Si autre, précisez

Prenez-vous en charge les patients en surpoids

- ☐ De manière complète
- ☐ De manière partielle (bilan initial puis orientation vers une prise en charge spécialisée)

Prenez-vous en charge les patients obèses?

- ☐ De manière complète
- ☐ De manière partielle (bilan initial et réorientation vers une prise en charge spécialisée)

Pour vous, quels sont les freins éventuels à la prise en charge des problèmes de surpoids en médecine générale ?

- ☐ Manque de temps
- ☐ Formation insuffisante
- ☐ Manque d'intérêt
- ☐ Manque de valorisation
- ☐ Manque de moyens
- ☐ Non implication des patients

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La Maison du Diabète et de la Nutrition du pays Lunévillois : MDNL

Connaissez-vous la MDNL ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, êtes-vous adhérent?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Confiez-vous vos patients à la MDNL?

- ☐ Systématiquement
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Régulièrement

Êtes-vous tenu informé de la prise en charge de votre patient?

- ☐ Par la MDNL (messagerie Apicrypt)
- ☐ Par le patient lui-même

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Le fait d'adhérer à la MDNL modifie-t-il votre prise en charge des patient en surpoids ou obèses?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pensez-vous que la MDNL améliore la prise en charge des patients?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Auriez-vous des suggestions d'amélioration?

VU

NANCY, le **11 septembre 2012**

Le Président de Thèse

NANCY, le **19 novembre 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur O. ZIEGLER

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6015

NANCY, le **12 décembre 2012**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

TITRE

Prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte par le médecin généraliste et collaboration avec les réseaux de soins: Evaluation des pratiques des médecins adhérents et non-adhérents à la Maison du Diabète et de la Nutrition de Lunéville

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le surpoids et l'obésité font partie des maladies chroniques les plus répandues en France, notamment en Lorraine. Leur prise en charge est prioritaire.

METHODE : Nous nous sommes intéressés aux pratiques des médecins généralistes du pays Lunévillois en rapport avec le diagnostic et la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte et le rôle que joue la Maison du Diabète et de la Nutrition de Lunéville (MDNL). Nous avons réalisé une enquête qualitative auprès de 89 médecins généralistes. L'analyse des données a d'abord été faite sur la totalité des réponses et après sur deux sous-groupes, adhérents et non-adhérents à la MDNL.

RESULTATS : En matière de diagnostic et de recherche de complications, tous les médecins étaient quasi équivalents. L'approche thérapeutique par contre diffère d'un groupe à l'autre. Les adhérents sont plus souvent favorables à une prise en charge multidisciplinaire et collaborent plus souvent avec les psychologues et les diététiciennes faisant partie du Réseau. Ils accordent également plus d'importance au changement durable des habitudes et des comportements alimentaires via l'éducation thérapeutique (ETP), contrairement aux non-adhérents qui prescrivent encore des régimes à leurs patients.

CONCLUSION : L'adhésion au Réseau MDNL et la pratique de l'ETP apportent un réel bénéfice dans la prise en charge des patients en excès de poids dans le pays Lunévillois. Ces résultats sont encourageants et pourraient motiver la réalisation de travaux étudiant l'impact de l'ETP sur la prise en charge d'autres pathologies chroniques et la situation dans d'autres régions.

TITRE EN ANGLAIS

Taking care of overweight and obese adults in general practice and collaboration with health care networks : Evaluation of practices of members and non-members of the Maison du Diabète et de la Nutrition in Lunéville (Diabetes and Nutrition Center of Lunéville)

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2013

MOTS CLÉS

(1) Surpoids, (2) Obésité, (3) Médecin généraliste, (4) Réseaux de soins, (5) Education thérapeutique

ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex