

Année 2017

2017 TOU3 1095

## THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue  
publiquement par

Chloé BONNET

Le 26 septembre 2017

Utilisation du réseau de soins dans la prise en  
charge de l'obésité chez l'adulte par les médecins  
généralistes

Directeur de thèse : Dr Jennifer PHILLIPS

### JURY :

Monsieur le Professeur Patrick RITZ	Président
Monsieur le Docteur Serge ANÉ	Assesseur
Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT	Assesseur
Madame le Docteur Ana ESTRADE	Assesseur
Madame le Docteur Jennifer PHILLIPS	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2016**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

**37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : E. SERRANO**

<b>P.U. - P.H.</b>	<b>P.U. - P.H.</b>
Classe Exceptionnelle et 1ère classe	2ème classe

<p>M. ACAR Philippe Pédiatrie</p> <p>M. ALRIC Laurent Médecine Interne</p> <p>Mme ANDRIEU Sandrine Epidémiologie</p> <p>M. ARLET Philippe (C.E) Médecine Interne</p> <p>M. ARNAL Jean-François Physiologie</p> <p>Mme BERRY Isabelle (C.E) Biophysique</p> <p>M. BOUTAULT Franck (C.E) Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie</p> <p>M. BUJAN Louis (C. E) Urologie-Andrologie</p> <p>Mme BURA-RIVIERE Alessandra Médecine Vasculaire</p> <p>M. BUSCAIL Louis Hépato-Gastro-Entérologie</p> <p>M. CANTAGREL Alain (C.E) Rhumatologie</p> <p>M. CARON Philippe (C.E) Endocrinologie</p> <p>M. CHIRON Philippe (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</p> <p>M. CONSTANTIN Arnaud Rhumatologie</p> <p>M. COURBON Frédéric Biophysique</p> <p>Mme COURTADE SAIDI Monique Histologie Embryologie</p> <p>M. DAMBRIN Camille Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire</p> <p>M. DELABESSE Eric Hématologie</p> <p>Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E) Anatomie Pathologie</p> <p>M. DELORD Jean-Pierre Cancérologie</p> <p>M. DIDIER Alain (C.E) Pneumologie</p> <p>M. ELBAZ Meyer Cardiologie</p> <p>M. GALINIER Michel Cardiologie</p> <p>M. GLOCK Yves (C.E) Chirurgie Cardio-Vasculaire</p> <p>M. GOURDY Pierre Endocrinologie</p> <p>M. GRAND Alain (C.E) Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention</p> <p>M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis Chirurgie plastique</p> <p>Mme GUIMBAUD Rosine Cancérologie</p> <p>Mme HANAIRE Hélène (C.E) Endocrinologie</p> <p>M. KAMAR Nassim Néphrologie</p> <p>M. LARRUE Vincent Neurologie</p> <p>M. LAURENT Guy (C.E) Hématologie</p> <p>M. LEVADE Thierry (C.E) Biochimie</p> <p>M. MALECAZE François (C.E) Ophtalmologie</p> <p>M. MARQUE Philippe Médecine Physique et Réadaptation</p> <p>Mme MARTY Nicole Bactériologie Virologie Hygiène</p> <p>M. MASSIP Patrice (C.E) Maladies Infectieuses</p> <p>M. MINVILLE Vincent Anesthésiologie Réanimation</p> <p>M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) Psychiatrie Infantile</p> <p>M. RITZ Patrick Nutrition</p> <p>M. ROCHE Henri (C.E) Cancérologie</p> <p>M. ROLLAND Yves Gériatrie</p> <p>M. ROUGE Daniel (C.E) Médecine Légale</p> <p>M. ROUSSEAU Hervé (C.E) Radiologie</p> <p>M. SAILLER Laurent Médecine Interne</p> <p>M. SCHMITT Laurent (C.E) Psychiatrie</p> <p>M. SENARD Jean-Michel Pharmacologie</p> <p>M. SERRANO Elie (C.E) Oto-rhino-laryngologie</p> <p>M. SOULAT Jean-Marc Médecine du Travail</p> <p>M. SOULIE Michel (C.E) Urologie</p> <p>M. SUC Bertrand Chirurgie Digestive</p> <p>Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) Pédiatrie</p> <p>Mme URO-COSTE Emmanuelle Anatomie Pathologique</p> <p>M. VAYSSIERE Christophe Gynécologie Obstétrique</p> <p>M. VELLAS Bruno (C.E) Gériatrie</p>	<p>M. ACCADBLE Franck Chirurgie Infantile</p> <p>M. ARBUS Christophe Psychiatrie</p> <p>M. BERRY Antoine Parasitologie</p> <p>M. BONNEVILLE Fabrice Radiologie</p> <p>M. BOUNES Vincent Médecine d'urgence</p> <p>Mme BOURNET Barbara Gastro-entérologie</p> <p>M. CHAUFOUR Xavier Chirurgie Vasculaire</p> <p>M. CHAYNES Patrick Anatomie</p> <p>M. DECRAMER Stéphane Pédiatrie</p> <p>M. DELOBEL Pierre Maladies Infectieuses</p> <p>Mme DULY-BOUHANICK Béatrice Thérapeutique</p> <p>M. FRANCHITTO Nicolas Addictologie</p> <p>M. GALINIER Philippe Chirurgie Infantile</p> <p>M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio Chirurgie Plastique</p> <p>Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel Anatomie Pathologique</p> <p>M. HUYGHE Eric Urologie</p> <p>M. LAFFOSSE Jean-Michel Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</p> <p>Mme LAPRIE Anne Radiothérapie</p> <p>M. LEGUEVAQUE Pierre Chirurgie Générale et Gynécologique</p> <p>M. MARCHEIX Bertrand Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</p> <p>M. MAURY Jean-Philippe Cardiologie</p> <p>Mme MAZEREUEW Juliette Dermatologie</p> <p>M. MEYER Nicolas Dermatologie</p> <p>M. MUSCARI Fabrice Chirurgie Digestive</p> <p>M. OTAL Philippe Radiologie</p> <p>M. ROUX Franck-Emmanuel Neurochirurgie</p> <p>Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia Gériatrie et biologie du vieillissement</p> <p>M. TACK Ivan Physiologie</p> <p>M. VERGEZ Sébastien Oto-rhino-laryngologie</p> <p>M. YSEBAERT Loic Hématologie</p>
---	--

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H.</b>	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danièle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathaïe	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
<b>M.C.U. Médecine générale</b>		<b>M.C.U. Médecine générale</b>	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
 Dr CHICÔULAA Bruno  
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
 Dr ANE Serge  
 Dr BIREBENT Jordan

## Remerciements

**À mon président de thèse, Mr le professeur Patrick RITZ,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ma thèse et de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

**À ma directrice de thèse, Mme le Docteur Jennifer PHILLIPS,**

Je vous remercie de m'avoir accompagnée durant la réalisation de cette thèse. Merci pour tout le temps que vous m'avez consacré, pour votre aide et vos précieux conseils.

**À Mme le Docteur Ana ESTRADE,**

Je te remercie d'avoir participé à l'élaboration et à la rédaction de cette thèse. Ton regard d'experte sera enrichissant.

**À Mr le Docteur Serge ANE,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse et de me faire l'honneur de juger mon travail.

**À Mr le Docteur Jordan BIREBENT,**

Je te remercie d'avoir participé à l'enrichissement de ma formation universitaire et d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse.

# SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	2
INTRODUCTION .....	3
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	6
1. Type d'étude .....	6
2. Population .....	6
3. Recueil de données.....	6
4. Analyse.....	7
RÉSULTATS.....	8
1. Description de la population.....	8
2. Place des prises en charge diététique, psychologique et concernant l'activité physique.....	11
3. Utilisation du réseau de soins .....	13
4. Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées .....	15
5. Analyse bivariée .....	15
DISCUSSION .....	19
1. Prédominance de l'alimentation et de l'activité physique .....	19
2. Prise en charge psychologique délaissée .....	19
3. L'obésité, une pathologie complexe et multifactorielle .....	21
4. Méconnaissance du Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées.....	22
5. Impact du niveau de formation des médecins .....	22
6. Mode d'exercice des jeunes médecins .....	22
7. Forces et limites de l'étude .....	23
CONCLUSION .....	24
BIBLIOGRAPHIE .....	25
ANNEXE .....	27

## Liste des abréviations

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

CIO : Centré Intégré de l'Obésité

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

## INTRODUCTION

L'obésité est considérée depuis de nombreuses années comme un problème majeur de santé publique. Elle se définit à partir d'un Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à  $30 \text{ kg/m}^2$ . Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un IMC élevé est un important facteur de risque de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux...), les pathologies musculo-squelettiques (arthrose...) et certains cancers (endomètre, sein, colon...) (1). L'obésité est également un facteur d'incapacité à l'âge adulte. Elle est considérée comme un facteur de risque évitable de maladies chroniques (1). Il est donc très important pour tous les acteurs de santé, et notamment pour les médecins de premier recours, de dépister et de prendre en charge cette pathologie. Les bénéfices d'une perte pondérale sont multiples. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), une perte de 5 à 10 % du poids chez un patient obèse permettrait de diminuer le risque d'apparition d'un diabète de type 2, d'améliorer les profils glucidiques et lipidiques, de diminuer la pression artérielle, d'améliorer les capacités respiratoires, de réduire le handicap lié aux douleurs de l'arthrose et de diminuer le risque de mortalité (2).

À l'échelle mondiale, la prévalence de l'obésité a plus que doublé entre 1980 et 2014 (1). Elle concernait 13 % de la population adulte mondiale en 2014, soit 600 millions de personnes (1). À l'échelle nationale, environ 15 % de la population adulte française (soit près de 7 millions de personnes) souffrait d'obésité en 2012 selon le dernier rapport ObÉpi contre 14,5 % en 2009 et 12,4 % en 2006 (3). Plus récemment, la cohorte française Constances a permis de mettre en évidence la poursuite de l'augmentation de la prévalence de l'obésité en France puisqu'elle était fin 2016 de 15,8 % pour les hommes et de 15,6 % pour les femmes (4). Cependant, on peut observer un ralentissement de cette progression puisque l'augmentation est passée de 10,7 % entre 2006 et 2009 à 3,4 % entre 2009 et 2012 (3). À l'échelle régionale, la prévalence de l'obésité était de 11,6% en Midi-Pyrénées en 2012 (5). Elle a doublé en 15 ans. Cependant, notre région reste l'une des moins touchée de l'hexagone.

La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes fait l'objet de recommandations de la part de la HAS. Elle préconise aux médecins de prendre en charge cette pathologie eux-mêmes en première intention et de ne s'adresser au spécialiste qu'en deuxième intention, en cas d'échec (2). Concernant la prise en charge diététique, la HAS recommande d'évaluer les habitudes alimentaires afin d'estimer les apports énergétiques et

de corriger l'excès d'apport. Il convient ensuite d'évaluer les dépenses énergétiques et donc l'activité physique du patient. L'activité physique quotidienne doit être présentée comme indispensable. Le choix du type d'activité doit être expliqué et négocié avec le patient. Enfin, la HAS recommande d'aborder les difficultés psychologiques avec tous les patients en état d'obésité. Il est notamment recommandé de dépister des troubles psychiatriques comme un syndrome anxio-dépressif ou des troubles du comportement alimentaire, qui pourront justifier du recours rapide au spécialiste (2).

Tous ces éléments nécessitent donc une implication du praticien et du patient ainsi qu'une relation de confiance mutuelle. Il s'agit d'une prise en charge complexe abordant plusieurs domaines de la vie du patient et requérant sa participation active.

Les médecins généralistes décrivent des difficultés dans la prise en charge de leurs patients obèses. On peut les classer en trois catégories : les difficultés liées aux médecins eux-mêmes, celles liées aux patients et enfin les freins liés au système de soins. Concernant tout d'abord les médecins et leur vision de l'obésité, plusieurs études retrouvent un regard négatif des médecins généralistes sur leurs patients obèses qui les considèrent parfois comme plus paresseux et moins compliants que leurs patients de poids normal (6,7). Outre cet aspect affectif, les principales difficultés rencontrées par les médecins sont le manque de temps et l'insuffisance de formation responsable d'un sentiment d'inefficacité (8,9). Les difficultés liées aux patients comprennent surtout le manque de motivation (7-10). D'après certains médecins, l'obésité serait avant tout de la responsabilité du patient. Enfin, la prise en charge de cette pathologie est rendue difficile par l'isolement des médecins qui sont nombreux à souhaiter la mise en place de réseaux pour une prise en charge pluridisciplinaire (10,11). Le remboursement de la consultation avec un diététicien est également une requête fréquente (8,10,11).

Face à ces difficultés et à l'augmentation progressive de la prévalence de l'obésité, le plan obésité 2010-2013 a notamment permis, à partir de 2011, la création de Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) dans tout l'hexagone (12). Il en existe 37 à ce jour dont les deux objectifs sont la prise en charge pluridisciplinaire des patients en état d'obésité et l'organisation de la filière de soins régionale. Parmi ces 37 centres, 5 sont des Centres Intégrés de l'Obésité (CIO) avec des objectifs plus larges, visant en plus de la prise en charge médicale, la recherche, la formation, l'enseignement et l'innovation. L'un de ces cinq centres concerne la région Midi-Pyrénées. Son site internet permet, entre autre, aux médecins généralistes d'avoir accès aux coordonnées de partenaires potentiels dans leur secteur géographique. Il peut s'agir aussi bien de diététiciens libéraux que d'associations

sportives ou de structures d'éducation thérapeutique (13). Cependant, il est possible que la majorité des médecins n'ait pas connaissance de cet outil.

Parmi tous ces partenaires potentiels, on retrouve EFFORMIP, une association régionale dont l'objectif est de lutter contre la sédentarité des personnes atteintes de pathologies chroniques via la pratique d'activités physiques et sportives sécurisées.

Des études ont été menées dans trois départements français (Puy-de-Dôme, Haute-Vienne et Guadeloupe) et ont retrouvé la prédominance du recours au diététicien de manière unanime. Le second partenaire de choix semble être l'endocrinologue mais les chiffres sont très variables d'une étude à l'autre. Le recours au psychologue ou au psychiatre est nettement moindre tandis que concernant l'activité physique, les médecins généralistes ne semblent pas utiliser le réseau de soins et n'ont pas recours à d'autres professionnels de santé (10,11,14,15). Les résultats de ces études diffèrent sur certains points, notamment sur le recours à l'endocrinologue, il paraît donc intéressant de réaliser une étude dans une autre région afin de pouvoir comparer les résultats.

À ce jour, aucune étude évaluant l'utilisation du réseau de soins régional n'a été réalisée dans la région Midi-Pyrénées. De plus, cette région a la particularité d'héberger un CIO. Il est donc intéressant d'y évaluer les pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge de cette pathologie chronique très répandue qu'est l'obésité.

**L'objectif principal** de cette étude est d'évaluer le réseau utilisé par les médecins généralistes pour la prise en charge de l'obésité chez les adultes. L'objectif secondaire sera d'évaluer leur connaissance et leur utilisation du site internet du CIO Midi-Pyrénées.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, déclarative, par auto-questionnaire, concernant les médecins généralistes en exercice libéral de l'ancienne région Midi-Pyrénées.

## 2. Population

Le questionnaire a été envoyé à tous les médecins généralistes enregistrés dans la base de données de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

## 3. Recueil de données

### *1. Questionnaire*

Le questionnaire comprenait une première partie portant sur les données socio-démographiques et professionnelles des médecins : âge, sexe, formation en nutrition ou en éducation thérapeutique, département d'exercice, nombre d'habitants dans la ville d'exercice, installation avec d'autres professionnels de santé notamment diététicien, médecin nutritionniste ou endocrinologue et/ou psychologue.

La deuxième partie du questionnaire cherchait à évaluer le degré d'importance que les médecins généralistes accordaient à la prise en charge diététique, l'activité physique et la prise en charge psychologique chez leurs patients obèses, ainsi que leur implication personnelle dans ces domaines-là.

La troisième partie du questionnaire était axée sur l'utilisation du réseau de soins afin de déterminer si les médecins adressaient toujours, souvent, parfois ou jamais à différents professionnels intervenant dans la prise en charge de l'obésité. S'ils n'adressaient jamais à un intervenant, ils étaient alors invités à expliquer pourquoi grâce à une question à choix multiples et/ou par réponse libre.

Enfin, la quatrième et dernière partie du questionnaire concernait leur connaissance ou non du CIO et leur utilisation de son site internet.

### *2. Modalités d'envoi*

Un questionnaire anonyme ainsi qu'un texte expliquant notre étude ont été envoyés, via l'URPS, aux médecins généralistes en février 2017 par mail avec une relance deux semaines plus tard. La réception des questionnaires a été clôturée le 22 mars 2017.

#### **4. Analyse**

Pour décrire la population étudiée, nous avons calculé des moyennes et des pourcentages. Nous avons pu ainsi analyser les données en fonction de l'âge des médecins, de leur sexe, de leur installation en milieu rural ou en milieu urbain, de leur durée d'installation et de leur formation complémentaire en nutrition ou en éducation thérapeutique.

Nous avons également étudié l'importance accordée à la diététique, l'activité physique et la prise en charge psychologique de leurs patients par les médecins ainsi que la place réelle de ces différentes prises en charge dans leur exercice quotidien.

Nous avons ensuite analysé l'utilisation du réseau de soins par les médecins de manière univariée puis bivariée en fonction des données sociodémographiques et professionnelles.

Pour ceci, nous avons utilisé le logiciel Excel® version 97-2004.

# RÉSULTATS

## **1. Description de la population**

Sur les 2317 médecins interrogés, nous avons reçu 199 réponses soit un taux de réponse de 8,6 %. Parmi les réponses obtenues, nous avons supprimé trois questionnaires pour les raisons suivantes :

- Un des médecins interrogés a précisé en commentaires libres ne s'occuper que d'enfants. Or, cette étude ne concerne que la population adulte, par conséquent, cette réponse était hors sujet.
- Un autre médecin s'est identifié comme étant le directeur d'une clinique spécialisée dans la prise en charge de l'obésité. Ce questionnaire étant biaisé, nous avons décidé de le supprimer.
- Un médecin a précisé qu'il était cardiologue et non médecin généraliste. Ce questionnaire ne s'adressant qu'aux médecins généralistes, il a donc également été supprimé.

Nous avons donc obtenu un total de 196 réponses valides.

## Données sociodémographiques

Concernant les données sociodémographiques, l'âge moyen des médecins était de 49,4 ans et le ratio hommes/femmes était de 0,9 (tableau 1). La Haute-Garonne a été le département le plus représenté avec 50 % des médecins.

Tableau 1. Données sociodémographiques des médecins.

		Population
		N =196 (%)
Âge (ans)	< 30	2 (1)
	30 – 39	44 (22)
	40 – 49	45 (23)
	50 – 59	64 (33)
	≥ 60	41 (21)
Sexe	Femmes	103 (53)
	Hommes	93 (47)
Nombre d'habitants*	< 2 000	40 (21)
	2 000 – 20 000	97 (50)
	> 20 000	56 (29)
Département d'exercice*	09 Ariège	9 (5)
	12 Aveyron	20 (10)
	31 Haute-Garonne	97 (50)
	32 Gers	8 (4)
	46 Lot	9 (5)
	65 Hautes-Pyrénées	12 (6)
	81 Tarn	25 (13)
	82 Tarn-et-Garonne	13 (7)

\* N = 193 car les trois remplaçants ne sont pas comptabilisés.

## Données professionnelles

La quasi-totalité des médecins était installée avec 1,5 % de remplaçants, et la majorité d'entre eux l'était depuis plus de 5 ans (81 %) et dans une structure mono-professionnelle (tableau 2). Parmi les 38 % installés en structure pluri-professionnelle, on retrouvait un diététicien dans 22 % des cas, un endocrinologue/médecin nutritionniste dans 8 % des cas et/ou un psychologue dans 33 % des cas. Parmi les médecins interrogés, 26 % avaient suivi une formation en nutrition et 17 % en éducation thérapeutique (tableau 2). Il s'agissait dans la majorité des cas de Formation Médicale Continue.

Tableau 2. Données professionnelles des médecins.

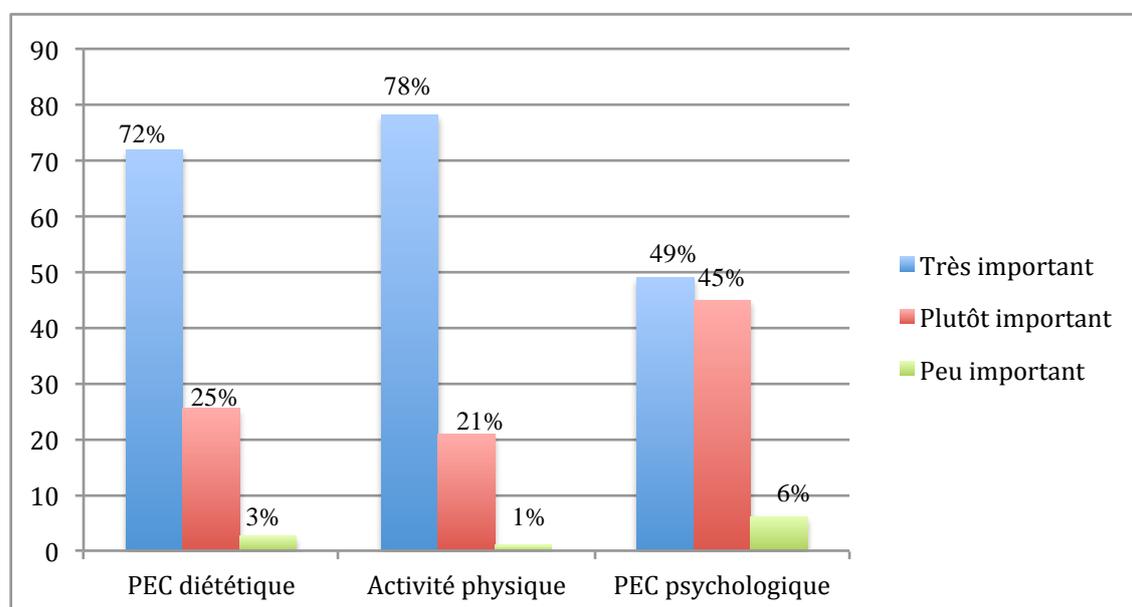
				Population N=196 (%)
Formation		Nutrition		50 (26)
		Éducation thérapeutique		33 (17)
		Aucune		129 (66)
Mode d'exercice	Installés	Structure Mono- professionnelle		120 (62)
		Structure Pluri- professionnelle	Diététicien	16 (22)
			Psychologue	24 (33)
	Endocrinologue / Nutritionniste		6 (8)	
	Remplaçants	Autre		44(60)
				3 (2)

## 2. Place des prises en charge diététique, psychologique et concernant l'activité physique

### Description

Concernant les trois volets de la prise en charge de l'obésité, les médecins accordaient une grande importance à la prise en charge diététique et à l'activité physique avec respectivement 72 % et 78 % des médecins qui les considéraient comme très importantes (graphique 1). L'aspect psychologique était lui aussi pris en compte mais à un degré moindre puisque 49 % des médecins le considéraient très important.

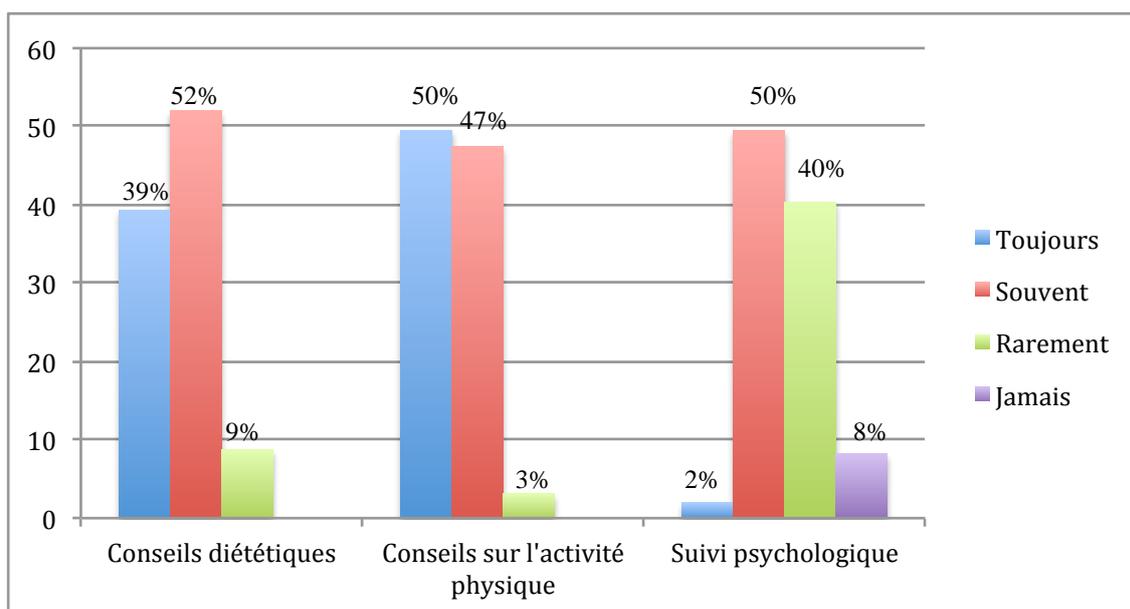
Graphique 1. Importance accordée aux trois volets de la prise en charge.



## Délivrance de conseils

Les médecins déclaraient toujours délivrer eux-mêmes des conseils à leurs patients concernant l'alimentation à 39 % et souvent à 52 %. Concernant l'activité physique là aussi, ils étaient 49,5 % à toujours délivrer des conseils et 47 % à en délivrer souvent. À propos de l'aspect psychologique, les médecins déclaraient souvent assurer le suivi de leurs patients eux-mêmes à 50 % et rarement à 40 % (graphique 2).

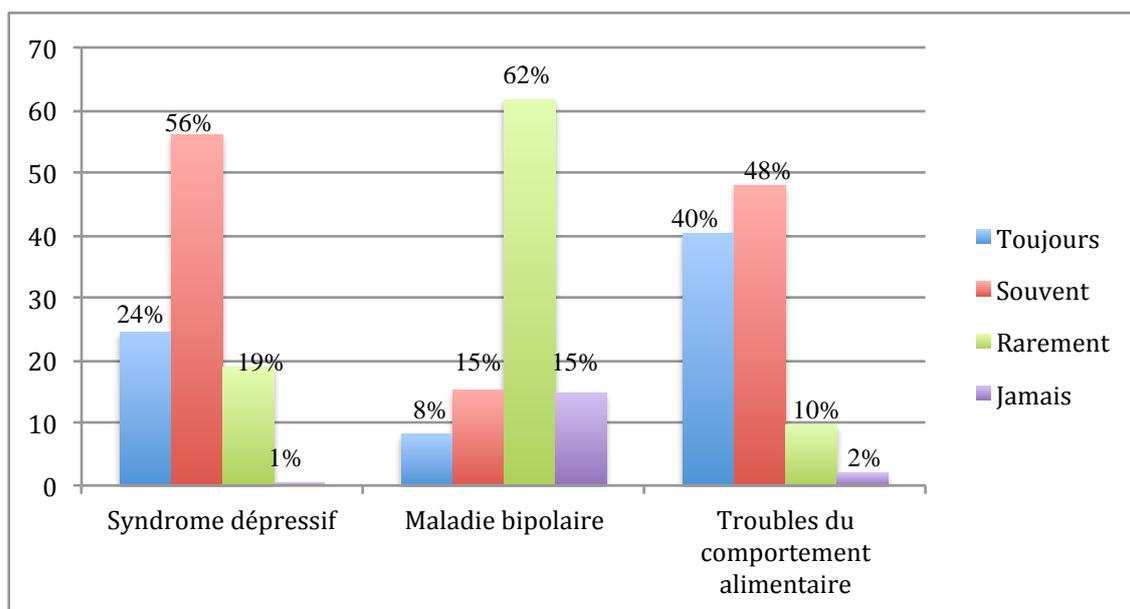
Graphique 2. Délivrance de conseils



## Recherche de pathologies psychiatriques

Respectivement 40 % et 48 % des médecins déclaraient rechercher toujours et souvent la présence de troubles du comportement alimentaire (TCA) auprès de leurs patients obèses ; 56 % recherchaient souvent un syndrome dépressif contre 15 % pour la maladie bipolaire (graphique 3).

Graphique 3. Recherche de pathologies psychiatriques



### 3. Utilisation du réseau de soins

60 % des médecins déclaraient adresser toujours ou souvent leurs patients au diététicien, 41 % à l'endocrinologue, 16 % en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou en cure, 19 % en stage d'éducation thérapeutique, 6 % au médecin du sport, 6,5 % à l'éducateur médico-sportif, 9,5 % à EFFORMIP, 29 % au psychologue, 7,5 % au psychiatre, et 10 % au chirurgien digestif.

Tableau 3. Utilisation du réseau de soins

	Population N = 196 (%)			
	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Diététicien	26 (13)	92 (47)	68 (35)	10 (5)
Endocrinologue / Nutritionniste	15 (8)	65 (33)	105 (53)	11 (6)
SSR	0	32 (16)	148 (76)	16 (8)
Stage d'éducation thérapeutique	4 (2)	34 (17)	93 (48)	65 (33)
Médecin du sport	2 (1)	9 (5)	56 (28)	129 (66)
Éducateur médico-sportif	1 (0,5)	12 (6)	52 (26,5)	131 (67)
EFFORMIP	3 (1,5)	16 (8)	58 (29,5)	119 (61)
Psychologue	1 (0,5)	56 (28,5)	121 (62)	18 (9)
Psychiatre	1 (0,5)	14 (7)	137 (70)	44 (22,5)
Chirurgien digestif	0	20 (10)	151 (77)	25 (13)

On constate que les médecins étaient nombreux à ne jamais adresser leurs patients à certains professionnels de santé.

33 % des médecins ne proposaient jamais à leurs patients d'effectuer un stage d'éducation thérapeutique. Parmi eux, 72 % n'en connaissaient pas, 38 % évoquaient le manque de ressources locales et 20 % regrettaient le manque de motivation de leurs patients. Venaient ensuite le problème financier pour les patients à 8 % et l'absence d'indication à 5 %.

61 % des médecins n'adressaient jamais leurs patients à EFFORMIP. Parmi eux, 67 % ne connaissaient pas et 22 % évoquaient le manque de ressources locales. On trouvait ensuite le manque de motivation des patients, le problème financier et l'absence d'indication.

66 % des médecins n'adressaient jamais leurs patients au médecin du sport. 33 % évoquaient le manque de ressources locales et le même pourcentage, l'absence d'indication. 25 % le justifiaient par le manque de motivation des patients et 5 % par le problème financier.

67 % des médecins n'adressaient jamais leurs patients à l'éducateur médico-sportif. 60 % évoquaient le manque de ressources locales, 31 % soulevaient le problème financier, 19 % n'y voyaient pas d'indication et 15 % déploraient le manque de motivation des patients.

#### **4. Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées**

15 % des médecins connaissaient le CIO Midi-Pyrénées : 8 d'entre eux en avaient entendu parler lors de formations, 5 suite à des recherches sur internet et 3 par des confrères. Les autres en avaient eu connaissance via des patients, un courrier d'information, ou encore grâce à l'annuaire du CHU.

Parmi les médecins qui connaissaient le CIO, 21 % avaient déjà utilisé son site internet. Trois d'entre eux ont utilisé la rubrique «L'offre de soins », deux ont utilisé la rubrique « La formation », et un a utilisé la rubrique « La recherche ».

83 % des utilisateurs du site internet ont jugé leur recherche utile.

#### **5. Analyse bivariée**

##### **Délivrance de conseils diététiques**

Les médecins qui ont déclaré délivrer le plus de conseils diététiques exerçaient en milieu urbain (tableau 4, annexe 1), avaient suivi une formation en nutrition ou en éducation thérapeutique (tableau 5,  $p < 0,05$ ), et considéraient que la prise en charge diététique était très importante. Ils étaient 94 % à en délivrer contre respectivement 88 % et 40 % de ceux la considérant comme plutôt importante et peu importante (tableau 6,  $p < 0,05$ ).

##### **Délivrance de conseils sur l'activité physique**

Les médecins qui ont déclaré délivrer le plus de conseils sur l'activité physique étaient installés en milieu urbain (tableau 7), avaient suivi une formation en éducation thérapeutique (100 % vs 48 % des médecins n'ayant pas suivi de formation) (tableau 8) et considéraient l'activité physique comme très importante. Ils étaient 55 % à toujours délivrer des conseils eux-mêmes contre 27 % pour les médecins la considérant comme plutôt importante. Aucun médecin ne considérait l'activité physique comme pas importante et aucun ne délivrait jamais de conseils à ses patients (tableau 9,  $p < 0,05$ ).

##### **Suivi psychologique**

Les médecins les plus nombreux à assurer eux-mêmes le suivi psychologique de leurs patients considéraient la prise en charge psychologique comme très ou plutôt importante (tableau 10) et étaient installés en zone semi-urbaine (tableau 11,  $p < 0,05$ ).

### Envoi du patient au diététicien

Les médecins qui adressaient le plus souvent leurs patients au diététicien étaient installés en milieu rural (tableau 12), depuis moins de 5 ans (tableau 13), dans le même cabinet qu'un diététicien (tableau 14,  $p < 0,05$ ), et considéraient la prise en charge diététique comme très importante. Ils étaient 67 % à adresser toujours ou souvent contre 46 % pour les médecins jugeant la prise en charge diététique plutôt importante et 20 % chez ceux la considérant comme peu importante (tableau 15,  $p < 0,05$ ).

### Envoi du patient à l'endocrinologue ou au nutritionniste

Les médecins qui adressaient le plus souvent leurs patients à l'endocrinologue étaient installés en milieu urbain (tableau 16), depuis moins de 5 ans (tableau 17) et dans le même cabinet qu'un endocrinologue (tableau 18).

### Envoi des patients en SSR ou en cure

Les médecins qui adressaient le plus souvent leurs patients en SSR étaient ceux installés en milieu rural (tableau 19).

Parmi ceux qui n'adressaient jamais, plus de la moitié des médecins installés en milieu rural évoquait le manque de ressources locales alors qu'aucun des médecins installés en milieu urbain ne l'évoquait (tableau 20).

### Envoi des patients en stage d'éducation thérapeutique

Les médecins qui adressaient le plus souvent leurs patients en stage d'éducation thérapeutique avaient suivi une formation en éducation thérapeutique (tableau 21).

Les médecins évoquant le manque de ressources locales étaient plus nombreux à être installés en milieu rural (tableau 22) et depuis moins de 5 ans (tableau 23).

### Envoi des patients au médecin du sport

Les médecins qui adressaient le plus souvent leurs patients au médecin du sport étaient installés depuis moins de 5 ans (tableau 24) et délivraient le plus de conseils concernant l'activité physique (tableau 25).

## Envoi des patients à l'éducateur médico-sportif

Les médecins qui adressaient le moins souvent leurs patients à l'éducateur médico-sportif étaient ceux qui délivraient le moins de conseils concernant l'activité physique (tableau 26,  $p < 0,05$ ).

Parmi les médecins qui n'adressaient jamais leurs patients à l'éducateur médico-sportif, les médecins installés en milieu rural et depuis moins de 5 ans étaient les plus nombreux à évoquer le manque de ressources locales (tableau 27,  $p < 0,05$  et tableau 28).

## Envoi des patients à EFFORMIP

Les médecins qui adressaient le plus souvent leurs patients à EFFORMIP étaient installés en milieu urbain (tableau 29) et délivraient le plus de conseils concernant l'activité physique (tableau 30).

Parmi les médecins qui n'adressaient jamais leurs patients à EFFORMIP, ceux installés en milieu rural étaient plus nombreux à évoquer le manque de ressources locales. Ceux installés en milieu urbain étaient plus nombreux à ignorer l'existence d'EFFORMIP (tableau 31).

## Envoi des patients au psychologue

Plus les médecins étaient âgés et moins ils adressaient leurs patients au psychologue (tableau 32).

Les médecins qui adressaient le plus souvent leurs patients au psychologue étaient ceux qui assuraient le moins souvent leur suivi psychologique (tableau 33) et qui recherchaient plus souvent la présence de TCA (tableau 34) ou d'un syndrome dépressif. Parmi les médecins qui recherchaient rarement ou ne recherchaient jamais un syndrome dépressif, aucun adressait toujours ou souvent au psychologue (tableau 35,  $p < 0,05$ ).

## Envoi des patients au psychiatre

Les médecins qui adressaient le plus souvent leurs patients au psychiatre étaient installés en milieu rural (tableau 36), réalisaient le moins souvent leur suivi psychologique (tableau 37), et recherchaient le plus souvent un syndrome dépressif (tableau 38,  $p < 0,05$ ), un trouble bipolaire (tableau 39,  $p < 0,05$ ), ou la présence de TCA (tableau 40,  $p < 0,05$ ).

## Exercice en milieu rural ou en milieu urbain

Les médecins exerçant en milieu rural ont déclaré délivrer moins de conseils sur l'alimentation et l'activité physique que ceux installés en milieu urbain (tableaux 4 et 7). La totalité des médecins exerçant en zone urbaine délivrait toujours ou souvent eux-mêmes des conseils concernant l'activité physique à leurs patients (tableau 7).

Les médecins exerçant en milieu rural ont déclaré adresser plus souvent leurs patients au diététicien (tableau 12), en SSR (tableau 19) mais moins souvent à l'endocrinologue (tableau 16), à EFFORMIP (tableau 29) et au psychiatre (tableau 36).

## DISCUSSION

Notre étude a permis de mettre en évidence que parmi les trois volets de la prise en charge de l'obésité préconisés par l'HAS, les médecins accordaient beaucoup d'importance à la diététique et à l'activité physique mais délaissaient quelque peu l'aspect psychologique.

L'étude des partenaires privilégiés des médecins généralistes reflétait également la prédominance de l'alimentation puisqu'il s'agissait du diététicien et de l'endocrinologue/nutritionniste.

Enfin, nous avons pu constater une méconnaissance du CIO par les médecins puisqu'ils étaient seulement 15% à en avoir entendu parler.

### 1. Prédominance de l'alimentation et de l'activité physique

Notre étude montre que les deux partenaires privilégiés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients obèses étaient le diététicien et l'endocrinologue/nutritionniste. Ce résultat concorde avec les études antérieures sur ce sujet (10,11,14–16) et peut s'expliquer par la place importante accordée à l'alimentation par les médecins généralistes. De la même manière, on remarque que les psychologues et psychiatres étaient peu sollicités par les médecins dans cette indication, ce qui est à relier avec le peu d'importance qu'ils accordaient à la prise en charge psychologique de leurs patients obèses. La valorisation de l'activité physique remarquée dans notre étude a également été retrouvée dans des études antérieures (11,14,16). Une seule étude plaçait l'activité physique au même niveau que la prise en charge psychologique, très loin derrière l'aspect diététique (10).

Les autres partenaires étaient nettement moins sollicités, ce qui concorde également avec les autres données de la littérature concernant le psychologue, le psychiatre, le chirurgien digestif et l'envoi en cure (11,16).

### 2. Prise en charge psychologique délaissée

L'aspect psychologique était délaissé alors qu'il a un rôle primordial dans la survenue de l'obésité et dans son traitement. Retracer l'histoire pondérale du patient va permettre de mettre en lumière des liens entre certains événements de vie et la prise pondérale. Le fait de verbaliser ces connexions, souvent inconscientes chez les patients, va parfois permettre

de trouver l'origine de la prise de poids et de débloquent certaines situations (17). La méta-analyse de Blaine démontre que les personnes dépressives auront plus tendance à devenir obèses que les non dépressives (18). Les résultats de l'étude de Swencionis démontrent non seulement qu'il existe un lien inverse entre IMC et bien-être psychologique mais aussi que l'on retrouve un lien significatif entre la santé psychologique des patients et la perte pondérale. Après un suivi de 12 mois, la perte de poids serait associée à un bien-être psychologique plus important, un niveau plus bas d'anxiété et de dépression, ainsi qu'à une meilleure régulation de soi et à une plus grande vitalité (19). Cet état de bien-être psychologique est également mis en évidence dans l'étude de Larocque qui démontre que l'état de préparation psychologique chez un patient pris en charge pour son obésité est prédicteur de l'IMC futur. Plus le patient se sent bien psychologiquement (moins de stress, de dépression, de perfectionnisme, de découragement et de frustration), plus il fera preuve de bons comportements alimentaires, percevra plus positivement l'alliance thérapeutique et perdra plus de poids (20). Au contraire, la présence d'un syndrome dépressif est un obstacle à la perte pondérale et constitue un facteur favorisant l'abandon du suivi (21).

L'évaluation psychologique du patient doit également s'attacher à rechercher des troubles du comportement alimentaire comme l'hyperphagie boulimique, décrite dans la classification DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) comme des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence de comportement compensatoire (22). Plusieurs études ont retrouvé une corrélation entre la présence de ces troubles du comportement alimentaire et l'obésité puisqu'ils sont retrouvés chez 20 à 40 % des patients obèses contre seulement 2 % chez les non obèses (23,24). L'hyperphagie boulimique serait même corrélée de manière positive avec le degré d'obésité (24). Elle constituerait un frein à la perte pondérale (21) et serait associée à un degré plus élevé de dépression et d'anxiété (24,25). L'obésité et l'hyperphagie boulimique seraient intimement liées, elles pourraient être la cause et la conséquence l'une de l'autre (24).

Plusieurs problèmes psychiatriques peuvent donc être présents et intriqués chez un même patient obèse et sont autant d'obstacles à l'adhésion du patient et à la réussite de la prise en charge. L'évaluation psychologique du patient obèse est donc fondamentale, que ce soit en début de prise en charge mais aussi tout au long du processus de perte pondérale. Cet aspect est au moins aussi important que la prise en charge diététique et l'activité physique et ne devrait donc pas être négligé.

Pour améliorer la prise en charge psychologique des patients obèses, le remboursement de la consultation chez le psychologue pourrait être une clef.

### 3. L'obésité, une pathologie complexe et multifactorielle

L'importance de l'aspect psychologique dans la survenue et donc dans la prise en charge de cette pathologie confirme bien la difficulté pour les médecins de proposer des solutions efficaces à chacun de leurs patients. Comme nous l'avons dit, l'obésité est multifactorielle, et ses causes vont varier d'un patient à l'autre. La cause la plus évidente est le déséquilibre de la balance entrées/sorties avec une augmentation de l'apport calorique et/ou une diminution de la dépense énergétique. Mais elle ne suffit généralement pas à expliquer à elle seule une obésité chronique. Une prédisposition génétique va également permettre d'expliquer les différences interindividuelles. Plusieurs gènes ont été identifiés comme ayant un rôle dans la prise pondérale (26). Enfin, l'environnement semble aussi avoir une part de responsabilité dans l'obésité par le stress, le sommeil, certains médicaments, des virus, la composition de la flore intestinale, l'exposition à des polluants, etc. L'étude ObÉpi 2012 a notamment mis en évidence l'existence d'un gradient social autour de l'obésité. Celle-ci est inversement proportionnellement au niveau de revenu du foyer (3).

Mais le problème de la chronicisation de l'obésité provient également d'une maladie du tissu adipeux. Ce dernier est composé d'adipocytes mais pas seulement. On y retrouve aussi des cellules issues du système immunitaire comme des macrophages ou des lymphocytes, responsables d'une réaction inflammatoire. Par l'envoi et la réception d'informations aux autres organes du corps humain, cette inflammation du tissu adipeux explique la survenue des complications secondaires à l'obésité ainsi que la difficulté croissante à contrôler la prise pondérale (26). Si l'obésité chronique est difficilement réversible, en voici l'une des explications.

Notre étude a montré que les médecins accordent plus d'importance à l'alimentation et à l'activité physique, soit au bilan entrées/sorties plutôt qu'à la problématique psychologique de l'obésité. Si c'est ce message qui est transmis aux patients, il est alors fortement probable qu'eux-mêmes n'aient pas conscience de la complexité de leur pathologie et n'aient donc pas toutes les clefs en main pour inverser leur courbe pondérale. Les stages d'éducation thérapeutique sont là pour éclairer les patients sur leur problème de poids et les aider individuellement à trouver les explications à leur obésité. Il sera alors plus facile pour eux de trouver les solutions les plus adaptées.

#### 4. Méconnaissance du Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées

Très peu de médecins, seulement 15 % avaient déjà entendu parler du CIO. Et seulement 20 % d'entre eux avaient déjà consulté le site internet.

En juin 2016, une étude a été réalisée auprès des médecins généralistes de la Normandie occidentale et a permis de constater que seulement 21 % d'entre eux avaient connaissance du CSO Basse Normandie, soit un pourcentage également assez faible.

Les CIO et CSO constituent des recours pour les médecins généralistes en difficulté mais ils sont malheureusement méconnus. Le développement de moyens de communication pourrait permettre d'informer tous les médecins de l'existence de ces structures.

#### 5. Impact du niveau de formation des médecins

De manière assez logique, notre étude a permis d'établir un lien entre le niveau de formation des médecins et leur implication dans la prise en charge de leurs patients. De manière significative, les médecins ayant suivi une formation en nutrition délivraient plus souvent des conseils diététiques à leurs patients que ceux n'ayant pas suivi de formation spécifique. On retrouve la même corrélation entre la formation en éducation thérapeutique et la délivrance de conseils sur l'activité physique. Ce résultat n'est pas surprenant et montre que la formation des médecins améliore leur capacité à prendre en charge leurs patients. L'approfondissement de la formation universitaire des internes pourrait probablement améliorer leur capacité de prise en charge ultérieure.

#### 6. Mode d'exercice des jeunes médecins

L'une des hypothèses de départ était que les médecins installés depuis moins longtemps n'avaient pas eu le temps de développer leur propre réseau de partenaires et avaient tendance à moins adresser leurs patients aux spécialistes ou aux paramédicaux. Notre étude a retrouvé des résultats montrant plutôt l'inverse. Que ce soit concernant les partenaires privilégiés (diététicien, endocrinologue) ou des partenaires moins sollicités (SSR, psychologue, psychiatre), les médecins installés depuis moins de 5 ans avaient tendance à plus souvent leur adresser leurs patients que les médecins installés depuis plus longtemps. L'une des explications de ce résultat surprenant pourrait être l'évolution de la profession et la modification des aspirations des jeunes médecins avec notamment le développement du travail en équipe. Des études ont montré que la jeune génération de médecins est plus encline au travail de groupe, notamment au sein de Maisons de Santé

Pluri-professionnelles (27,28). La grande majorité d'entre eux préfère une installation en exercice regroupé plutôt qu'isolé. L'exercice regroupé et la présence de spécialistes à proximité sont décrits comme des facteurs incitatifs d'installation (28).

## 7. Forces et limites de l'étude

Aucune étude n'avait été réalisée concernant l'utilisation du réseau de soins dans la prise en charge de l'obésité de l'adulte dans notre région, notre étude est la première à traiter spécifiquement ce sujet.

Il s'agit d'une étude déclarative, basée sur les réponses des médecins aux questionnaires, qui ne sont pas nécessairement fidèles à la réalité. Il existe donc un biais déclaratif.

Malgré la relance deux semaines après le premier envoi du questionnaire, nous déplorons un faible taux de réponse puisqu'il n'est que de 8,6 %. De plus, il est possible que les médecins ayant répondu au questionnaire soient majoritairement plus intéressés par le sujet que ceux n'ayant pas répondu, ce qui constitue un biais de sélection.

## CONCLUSION

L'obésité est une véritable pathologie du tissu adipeux, multifactorielle dont la prise en charge s'avère complexe et qui peut mettre en difficulté les médecins qui y sont confrontés. Plusieurs professionnels de santé médicaux et paramédicaux sont des recours vers qui se tourner en cas de besoin.

Afin d'évaluer l'utilisation du réseau de soins par les médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées, nous leur avons envoyé un auto-questionnaire par mail et avons obtenu 196 réponses valides.

Notre étude a permis de mettre en évidence une mise à l'écart de la prise en charge psychologique en faveur de l'alimentation et de l'activité physique. Nous avons pu également constater que le diététicien et l'endocrinologue étaient les partenaires privilégiés des médecins généralistes.

De manière similaire aux résultats obtenus dans d'autres régions, le CIO reste assez méconnu pour la plupart des médecins.

La prise en charge de l'obésité ne se résume pas à un équilibre entre les apports caloriques et la dépense énergétique. Elle englobe des problématiques beaucoup plus vastes, notamment psychologiques et sociales, qui sont malheureusement délaissées car d'intérêt moindre pour les médecins généralistes. Ce constat nous amène à penser que la complexité de l'obésité reste difficile à cerner pour nombre de médecins.



## Références bibliographiques :

1. Organisation Mondiale de la Santé | Obésité et surpoids. WHO. Janvier 2015
2. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011
3. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, KANTAR HEALTH. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité - ObEpi. 2012
4. MATTA J, ZINS M, FERAL-PIERSSSENS AL, CARETTE C, OZGULER A, GOLDBERG M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. 25 oct 2016
5. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Le développement durable en Midi-Pyrénées. 2015
6. HELAS-LUBRANIECKI S, ZIEGLER O, JAN P. P129: Prise en charge de l'excès pondéral de l'adulte : enquête auprès des médecins généralistes de Meuse. Nutr Clin Métabolisme. déc 2014;28:S135-6.
7. AVIGNON A, ATTALIN V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. Cah Nutr Diététique. avr 2013;48(2):98-103.
8. FAYEMENDY P, JESUS P, POUCHARD L, DESPORT J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. 5 juin 2015
9. HANSSON LM, RASMUSSEN F, AHLSTROM GI. General practitioners' and district nurses' conceptions of the encounter with obese patients in primary health care. BMC Fam Pract. 2011;12:7.
10. AVODE Z, DUMOITIER N. La prise en charge de l'obésité: attitudes et pratiques des médecins généralistes en Haute-Vienne. 117 f. S.C.D. de l'Université de Limoges; 2010.
11. VAN GREVENYNGHE K. Prise en charge de l'obésité de l'adulte: attitudes et attentes des médecins généralistes dans le département du Puy-de-Dôme. 47 f. Médecine générale. Université de Clermont I; 2009.
12. ESTRADE A. Les Centres Spécialisés Obésité. Diabète Obésité. Juin 2016 (Hors série n°13).
13. ESTRADE A. Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées
14. IAHNS C. Éducation alimentaire des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes: une étude quantitative auprès des médecins généralistes des quartiers prioritaires du Douaisis. Médecine générale. Université du droit et de la santé Lille 2; 2015.
15. FAYEMENDY P, AVODE Z, PIVOIS L, ROUVRAY CD, JÉSUS P, DESPORT J-C. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? 22 août 2011
16. AUCAGOS J-F. Attitudes et pratiques des médecins généralistes face à l'obésité de l'adulte en Guadeloupe. 107 f. Médecine générale. Université de Bordeaux II; 2006.
17. BERTIN E. Prise en charge de l'obésité en pratique par le médecin. 27 mars 2008
18. BLAINE B. Does Depression Cause Obesity? J Health Psychol. 1 nov 2008

19. SWENCIONIS C, WYLIE-ROSETT J, LENT MR, GINSBERG M, CIMINO C, WASSERTHEIL-SMOLLER S, et al. Weight Change, Psychological Well-Being, and Vitality in Adults Participating in a Cognitive-Behavioral Weight Loss Program. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* avr 2013;32(4):439.
20. LAROCQUE C, LECOMTE C, SAVARD R, STOTLAND S, SADIKAJ G. Alliance thérapeutique, état de préparation psychologique et perte de poids. 14 sept 2015
21. PAGOTO S, BODENLOS JS, KANTOR L, GITKIND M, CURTIN C, MA Y. Association of Major Depression and Binge Eating Disorder with Weight Loss in a Clinical Setting. *Obesity.* 1 nov 2007;15(11):2557-9.
22. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique. 2015
23. STRIEGEL-MOORE R, FRANKO D. Epidemiology of binge eating disorder. mars 2003
24. KETATA W, ALOULOU J, CHARFI N, ABID M, AMAMI O. Hyperphagie boulimique et obésité : aspects épidémiologiques, cliniques et psychopathologiques. Étude d'une population d'obèses à Sfax (Tunisie). Décembre 2009
25. NICHOLLS W, DEVONPORT TJ, BLAKE M. The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obes Rev.* 1 janv 2016;17(1):30-42.
26. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Obésité. 2014
27. HUREL K, JERBER M, LE GUYADER S. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. *En bref.* sept 2015
28. TEXIER H. Etude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. Bordeaux 2; 2013

## ANNEXE 1 : Liste des tableaux

Tableau 4. Délivrance de conseils diététiques en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	N = 193 (%)		
	Rural N = 40 (21)	Semi-urbain N = 97 (50)	Urbain N = 56 (29)
Toujours	12 (30)	41 (42)	23 (41)
Souvent	22 (55)	51 (53)	27 (48)
Rarement	6 (15)	5 (5)	6 (11)
Jamais	0	0	0

Tableau 5. Délivrance de conseils diététiques en fonction de la formation ou non des médecins en nutrition ou en éducation thérapeutique.  $p < 0,05$ .

	Population N = 196 (%)	
	Formation N = 67 (34)	Pas de formation N = 129 (66)
Toujours	35 (52)	42 (32)
Souvent	30 (45)	72 (56)
Rarement	2 (3)	15 (12)
Jamais	0	0

Tableau 6. Délivrance de conseils diététiques en fonction de l'importance accordée à la prise en charge diététique.  $p < 0,05$ .

	Population N = 196 (%)			
	Très important N = 141 (72)	Plutôt important N = 50 (25,5)	Peu important N = 5 (2,5)	Pas important N = 0
Toujours	67 (47)	10 (20)	0	0
Souvent	66 (47)	34 (68)	2 (40)	0
Parfois	8 (6)	6 (12)	3 (60)	0
Jamais	0	0	0	0

Tableau 7. Délivrance de conseils sur l'activité physique en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	N = 193 (%)		
	Rural N = 40 (21)	Semi-urbain N = 97 (50)	Urbain N = 56 (29)
Toujours	19 (47,5)	47 (48)	30 (54)
Souvent	17 (42,5)	48 (50)	26 (46)
Rarement	4 (10)	2 (2)	0
Jamais	0	0	0

Tableau 8. Délivrance de conseils sur l'activité physique en fonction de la formation ou non en éducation thérapeutique.

	Population N = 196 (%)	
	Formation N = 33 (17)	Pas de formation N = 163 (83)
Toujours	19 (58)	78 (48)
Souvent	14 (42)	79 (49)
Rarement	0	6 (3)
Jamais	0	0

Tableau 9. Délivrance de conseils sur l'activité physique en fonction de l'importance accordée à l'activité physique.  $p < 0,05$

	Population N = 196 (%)			
	Très important N = 153 (78)	Plutôt important N = 41 (21)	Peu important N = 2 (1)	Pas important N = 0
Toujours	85 (55)	11 (27)	1 (50)	0
Souvent	64 (42)	28 (68)	1 (50)	0
Rarement	4 (3)	2 (5)	0	0
Jamais	0	0	0	0

Tableau 10. Suivi psychologique en fonction de l'importance accordée à la prise en charge psychologique.

	N = 196 (%)			
	Très important N = 96 (49)	Plutôt important N = 88 (45)	Peu important N = 12 (6)	Pas important N = 0
Toujours	4 (4)	0	0	0
Souvent	47 (49)	46 (52)	4 (33)	0
Rarement	35 (37)	38 (43)	6 (50)	0
Jamais	10 (10)	4 (5)	2 (17)	0

Tableau 11. Suivi psychologique en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.  
p < 0,05.

	N = 193 (%)		
	Rural N = 40 (21)	Semi-urbain N = 97 (50)	Urbain N = 56 (29)
Toujours	0	2 (2)	2 (3)
Souvent	19 (47,5)	51 (53)	25 (45)
Rarement	16 (40)	39 (40)	23 (41)
Jamais	5 (12,5)	5 (5)	6 (11)

Tableau 12. Envoi au diététicien en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	Population N = 193 (%)		
	Rural N = 40 (21)	Semi-urbain N = 97 (50)	Urbain N = 56 (29)
Toujours	4 (10)	14 (15)	8 (14)
Souvent	24 (60)	43 (44)	23 (41)
Parfois	11 (27,5)	38 (39)	18 (32)
Jamais	1 (2,5)	2 (2)	7 (13)

Tableau 13. Envoi au diététicien en fonction de la durée d'installation.

	Population N = 193 (%)	
	Depuis moins de 5 ans	Depuis plus de 5 ans
	N = 37 (19)	N = 156 (81)
Toujours	8 (22)	18 (12)
Souvent	16 (43)	74 (47)
Parfois	12 (32)	55 (35)
Jamais	1 (3)	9 (6)

Tableau 14. Envoi au diététicien en fonction de l'installation ou non avec un diététicien.  $p < 0,05$ .

	Population N = 193 (%)	
	Installation avec un diététicien	Installation sans diététicien
	N = 16 (8)	N = 177 (92)
Toujours	5 (31)	21 (12)
Souvent	9 (56)	81 (45)
Parfois	2 (13)	65 (36)
Jamais	0	10 (7)

Tableau 15. Envoi au diététicien en fonction de l'importance accordée à la prise en charge diététique.  $p < 0,05$ .

	Population N = 196 (%)			
	Très important	Plutôt important	Peu important	Pas important
	N = 141 (72)	N = 50 (25,5)	N = 5 (2,5)	N = 0
Toujours	22 (16)	4 (8)	0	0
Souvent	72 (51)	19 (38)	1 (20)	0
Parfois	43 (30)	22 (44)	3 (60)	0
Jamais	4 (3)	5 (10)	1 (20)	0

Tableau 16. Envoi des patients à l'endocrinologue en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	Population N = 193 (%)		
	Rural N = 40 (21)	Semi-urbain N = 97 (50)	Urbain N = 56 (29)
Toujours	2 (5)	8 (8)	5 (9)
Souvent	11 (27,5)	32 (33)	21 (37,5)
Parfois	25 (62,5)	52 (54)	26 (46,5)
Jamais	2 (5)	5 (5)	4 (7)

Tableau 17. Envoi à l'endocrinologue en fonction de la durée d'installation.

	Population N = 193 (%)	
	Depuis moins de 5 ans N = 37 (19)	Depuis plus de 5 ans N = 156 (81)
Toujours	5 (13)	10 (6)
Souvent	13 (35)	51 (33)
Parfois	18 (49)	85 (55)
Jamais	1 (3)	10 (6)

Tableau 18. Envoi des patients à l'endocrinologue en fonction de l'installation ou non avec un endocrinologue.

	Population N = 193 (%)	
	Installation avec un endocrinologue N = 6 (3)	Installation sans endocrinologue N = 187 (97)
Toujours	1 (17)	14 (7)
Souvent	4 (66)	60 (32)
Parfois	1 (17)	102 (55)
Jamais	0	11 (6)

Tableau 19. Envoi des patients en SSR en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	Population N = 193 (%)		
	Rural N = 40 (21)	Semi-urbain N = 97 (50)	Urbain N = 56 (29)
Toujours	0	0	0
Souvent	6 (15)	19 (20)	6 (11)
Parfois	30 (75)	71 (73)	45 (80)
Jamais	4 (10)	7 (7)	5 (9)

Tableau 20. Justification du non envoi en SSR en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	Population N = 16 (%)		
	Rural N = 4 (25)	Semi-urbain N = 7	Urbain N = 5
Manque de ressources locales	2 (50)	4 (57)	0
Pas d'indication	1 (25)	1 (14)	1 (20)
Problème financier	0	1 (14)	0
Manque de motivation	0	6 (86)	1 (20)

Tableau 21. Envoi des patients en stage d'éducation thérapeutique en fonction de la formation ou non en éducation thérapeutique.

	Population N = 196 (%)	
	Formation N = 33 (17)	Pas de formation N = 163 (83)
Toujours	1 (3)	3 (2)
Souvent	10 (30)	24 (15)
Parfois	16 (49)	77 (47)
Jamais	6 (18)	59 (36)

Tableau 22. Motivations des médecins qui n'adressent jamais leurs patients en stage d'éducation thérapeutique en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	Population N = 64 (%)		
	Rural N = 12 (19)	Semi-urbain N = 30 (47)	Urbain N = 22 (34)
Manque de ressources locales	7 (58)	10 (33)	7 (32)
Pas d'indication	0	2 (7)	1 (5)
Problème financier	2 (17)	1 (3)	2 (9)
Manque de motivation	4 (33)	5 (17)	3 (14)
N'en connaît pas	8 (67)	26 (87)	13 (59)

Tableau 23. Motivations des médecins qui n'adressent jamais leurs patients en stage d'éducation thérapeutique en fonction de la durée d'installation.

	Population N = 64 (%)	
	Depuis moins de 5 ans N = 13 (20)	Depuis plus de 5 ans N = 51 (80)
Manque de ressources locales	7 (54)	17 (33)
Pas d'indication	1 (8)	2 (4)
Problème financier	1 (8)	4 (8)
Manque de motivation	2 (15)	10 (20)
N'en connaît pas	11 (85)	36 (71)

Tableau 24. Envoi des patients au médecin du sport en fonction de la durée d'installation.

	Population N = 193 (%)	
	Depuis moins de 5 ans N = 37 (19)	Depuis plus de 5 ans N = 156 (81)
Toujours	1 (3)	1 (1)
Souvent	0	8 (5)
Parfois	10 (27)	46 (29)
Jamais	26 (70)	101 (65)

Tableau 25. Envoi au médecin du sport en fonction de la délivrance de conseils concernant l'activité physique.

	Population N = 196 (%)			
	Toujours N = 97 (50)	Souvent N = 93 (47)	Rarement N = 6 (3)	Jamais N = 0
Toujours	1 (1)	1 (1)	0	0
Souvent	8 (8)	1 (1)	0	0
Parfois	25 (26)	29 (31)	2 (33)	0
Jamais	63 (65)	62 (67)	4 (67)	0

Tableau 26. Envoi des patients à l'éducateur médico-sportif en fonction de la délivrance de conseils concernant l'activité physique.  $p < 0,05$ .

	Population N = 196 (%)			
	Toujours N = 97	Souvent N = 93	Rarement N = 6	Jamais N = 0
Toujours	1 (1)	0	0	0
Souvent	11 (11)	1 (1)	0	0
Parfois	26 (27)	26 (28)	0	0
Jamais	59 (61)	66 (71)	6 (100)	0

Tableau 27. Motivations des médecins qui n'adressent jamais leurs patients à l'éducateur médico-sportif en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.  $p < 0,05$ .

	Population N = 129 (%)		
	Rural N = 26 (20)	Semi-urbain N = 70 (54)	Urbain N = 33 (26)
Manque de ressources locales	20 (77)	43 (61)	13 (39)
Pas d'indication	3 (12)	14 (20)	7 (21)
Problème financier	7 (27)	19 (27)	14 (42)
Manque de motivation	4 (15)	10 (14)	6 (18)

Tableau 28. Motivation des médecins qui n'adressent jamais leurs patients à l'éducateur médico-sportif en fonction de la durée d'installation.

	Population N = 129	
	Depuis moins de 5 ans	Depuis plus de 5 ans
	N = 24 (19)	N = 105 (81)
Manque de ressources locales	18 (75)	58 (55)
Pas d'indication	2 (8)	22 (21)
Problème financier	10 (42)	30 (29)
Manque de motivation	4 (17)	16 (15)

Tableau 29. Envoi des patients à EFFORMIP en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	Population N = 193 (%)		
	Rural	Semi-urbain	Urbain
	N = 40 (21)	N = 97 (50)	N = 56 (29)
Toujours	1 (2,5)	1 (1)	1 (2)
Souvent	2 (5)	6 (6)	7 (12,5)
Parfois	13 (32,5)	32 (33)	13 (23)
Jamais	24 (60)	58 (60)	35 (62,5)

Tableau 30. Envoi des patients à EFFORMIP en fonction de la délivrance de conseils concernant l'activité physique.

	Population N = 196 (%)			
	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
	N = 97 (50)	N = 93 (47)	N = 6 (3)	N = 0
Toujours	3 (3)	0	0	0
Souvent	10 (10)	6 (7)	0	0
Parfois	26 (27)	31 (33)	1 (17)	0
Jamais	58 (60)	56 (60)	5 (83)	0

Tableau 31. Motivations des médecins qui n'adressent jamais leurs patients à EFFORMIP en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	Population N = 117 (%)		
	Rural N = 24 (20)	Semi-urbain N = 58 (50)	Urbain N = 35 (30)
Manque de ressources locales	8 (33)	15 (26)	2 (6)
Pas d'indication	2 (8)	1 (2)	0
Problème financier	2 (8)	2 (3)	0
Manque de motivation	1 (4)	5 (9)	2 (6)
Ne connaît pas EFFORMIP	15 (62,5)	36 (62)	28 (80)

Tableau 32. Envoi des patients au psychologue en fonction de l'âge.

	Population N = 196 (%)			
	< 40 ans N = 46 (23)	40-49 ans N = 45 (23)	50-59 ans N = 64 (33)	≥ 60 ans N = 41 (21)
Toujours	1 (2)	0	0	0
Souvent	16 (35)	15 (33)	16 (25)	9 (22)
Parfois	27 (59)	28 (62)	42 (66)	24 (59)
Jamais	2 (4)	2 (5)	6 (9)	8 (19)

Tableau 33. Envoi des patients au psychologue en fonction de la mise en place par le médecin du suivi psychologique de ses patients.

	Population N = 196 (%)			
	Toujours N = 4 (2)	Souvent N = 97 (50)	Rarement N = 79 (40)	Jamais N = 16 (8)
Toujours	0	1 (1)	0	0
Souvent	1 (25)	22 (23)	25 (32)	8 (50)
Parfois	2 (50)	63 (65)	51 (64)	5 (31)
Jamais	1 (25)	11 (11)	3 (4)	3 (19)

Tableau 34. Envoi des patients au psychologue en fonction de la recherche de troubles du comportement alimentaire.

	Population N = 196 (%)			
	Toujours N = 79 (40)	Souvent N = 94 (48)	Rarement N = 19 (10)	Jamais N = 4 (2)
Toujours	1 (1)	0	0	0
Souvent	33 (42)	21 (22)	2 (10,5)	0
Parfois	38 (48)	65 (69)	15 (79)	3 (75)
Jamais	7 (9)	8 (9)	2 (10,5)	1 (25)

Tableau 35. Envoi des patients au psychologue en fonction de la recherche d'un syndrome dépressif.  
p < 0,05.

	Population N = 196 (%)			
	Toujours N = 48 (24,5)	Souvent N = 110 (56)	Rarement N = 37 (19)	Jamais N = 1 (0,5)
Toujours	1 (2)	0	0	0
Souvent	21 (44)	35 (32)	0	0
Parfois	21 (44)	72 (65)	27 (73)	1 (100)
Jamais	5 (10)	3 (3)	10 (27)	0

Tableau 36. Envoi des patients au psychiatre en fonction de l'installation en milieu rural ou en milieu urbain.

	Population N = 193 (%)		
	Rural N = 40 (21)	Semi-urbain N = 97 (50)	Urbain N = 56 (29)
Toujours	0	1 (1)	0
Souvent	1 (2,5)	7 (7)	6 (11)
Parfois	27 (67,5)	67 (69)	41 (73)
Jamais	12 (30)	22 (23)	9 (16)

Tableau 37. Envoi des patients au psychiatre en fonction de la mise en place par le médecin d'un suivi psychologique.

	Population N = 196 (%)			
	Toujours N = 4 (2)	Souvent N = 97 (50)	Rarement N = 79 (40)	Jamais N = 16 (8)
Toujours	0	1 (1)	0	0
Souvent	0	8 (8)	3 (4)	3 (19)
Parfois	2 (50)	73 (75)	53 (67)	9 (56)
Jamais	2 (50)	15 (16)	23 (29)	4 (25)

Tableau 38. Envoi des patients au psychiatre en fonction de la recherche d'un syndrome dépressif.  
p < 0,05.

	Population N = 196 (%)			
	Toujours N = 48 (24,5)	Souvent N = 110 (56)	Rarement N = 37 (19)	Jamais N = 1 (0,5)
Toujours	1 (2)	0	0	0
Souvent	6 (12,5)	7 (6)	1 (3)	0
Parfois	34 (71)	84 (77)	18 (48,5)	1 (100)
Jamais	48 (14,5)	19 (17)	18 (48,5)	0

Tableau 39. Envoi des patients au psychiatre en fonction de la recherche d'un trouble bipolaire.  
p < 0,05.

	Population N = 196 (%)			
	Toujours N = 16 (8)	Souvent N = 30 (15)	Rarement N = 121 (62)	Jamais N = 29 (15)
Toujours	1 (6)	0	0	0
Souvent	2 (13)	4 (13)	5 (4)	3 (10)
Parfois	12 (75)	23 (77)	89 (74)	13 (45)
Jamais	1 (6)	3 (10)	27 (22)	13 (45)

Tableau 40. Envoi des patients au psychiatre en fonction de la recherche de troubles du comportement alimentaire.  $p < 0,05$ .

	Population N = 196 (%)			
	Toujours N = 79 (40)	Souvent N = 94 (48)	Rarement N = 19 (10)	Jamais N = 4 (2)
Toujours	1 (1)	0	0	0
Souvent	9 (11)	5 (5)	0	0
Parfois	59 (75)	68 (72,5)	9 (47)	1 (25)
Jamais	10 (13)	21 (22,5)	10 (53)	3 (75)

## Utilisation du réseau de soins dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte par les médecins généralistes

**Introduction.** L'obésité, dont la prévalence ne cesse d'augmenter, est un problème majeur de notre société actuelle. En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste est au premier plan de la prise en charge de l'obésité. Cette étude a pour **objectif principal** d'évaluer l'utilisation du réseau de soins par les médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées dans la prise en charge de leurs patients adultes obèses. **Matériel et Méthode.** Il s'agit d'une étude quantitative, déclarative par auto-questionnaire réalisée en février et mars 2017. **Résultats.** Nous avons obtenu 196 réponses valides, soit un taux de réponses de 8,6%. Plus de 70% des médecins considéraient l'alimentation et l'activité physique comme très importantes contre 49% pour la prise en charge psychologique. Les partenaires privilégiés des médecins étaient le diététicien suivi de l'endocrinologue. Le Centre Intégré de l'Obésité Midi-Pyrénées restait méconnu des médecins avec seulement 15% d'entre eux qui déclaraient en avoir entendu parler. **Conclusion.** Les médecins généralistes utilisent le réseau de soins de manière inégale en privilégiant les professionnels de santé en lien avec l'alimentation. Cette orientation laisse sous-entendre une mise de côté de l'aspect psychologique pourtant fondamental dans la survenue et le maintien de cette pathologie complexe.

**Mots-clefs :** obésité, médecine générale, réseau de soins

---

### Use of health care networks for obese adult by general practitioners

**Introduction.** The prevalence of obesity is steadily increasing, making it a major issue in today's society. As primary care doctors, general practitioners are at the forefront of obesity care. The main **objective** of this study is to evaluate the use of health care networks in the management of obese adults by general practitioners from a region of South-West France. **Materials and methods.** This quantitative study was conducted using a self-assessed questionnaire in February and March 2017. **Results.** We received 196 valid responses, and the response rate was 8.6%. Over 70% of doctors rated nutrition and physical activity as being very important, against 49% for psychological care. Among referrals most highly favoured by doctors were those to dietitians, followed by endocrinologists. Doctors were unfamiliar with the local Centre Intégré de l'Obésité, and only 15% declared having heard of it. **Conclusion.** General practitioners make use of health care networks by referring their obese patients to professionals who deal with the nutritional side of the pathology. This choice implies that the psychological aspect is put to aside, yet fundamental in the onset and maintain of this complex pathology.

**Keywords:** obesity, general practice, community networks

---

**Discipline administrative :** Médecine générale

Université Toulouse III – Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE cedex 04 - France

---

Directeur de thèse : Dr Jennifer PHILLIPS