

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1035

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

Margaux PERROTTE

Le 26 mai 2020

**Prise en charge nutritionnelle des adultes en surpoids ou obèses sans comorbidité :
état des lieux des pratiques des médecins généralistes de l'ancienne région Midi-
Pyrénées**

Directrice de thèse : **Dr Laëtitia GIMENEZ**

JURY :

| | |
|--|------------------|
| Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane | Président |
| Madame le Docteur BOURGEOIS Odile | Assesseur |
| Madame le Docteur PUECH Marielle | Assesseur |
| Madame le Docteur GIMENEZ Laetitia | Assesseur |
| Monsieur le Docteur SAVIGNAC Florian | Assesseur |



FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

| | |
|------------------------------------|---|
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie |
| M. ACCADBLED Franck | Chirurgie Infantile |
| M. ALRIC Laurent (C.E) | Médecine Interne |
| Mme ANDRIEU Sandrine | Epidémiologie |
| M. ARBUS Christophe | Psychiatrie |
| M. ARNAL Jean-François | Physiologie |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie |
| M. BUJAN Louis (C.E) | Urologie-Andrologie |
| Mme BURJA-RIVIERE Alessandra | Médecine Vasculaire |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépatogastro-Entérologie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie |
| M. CARON Philippe (C.E) | Endocrinologie |
| M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. CONSTANTIN Arnaud | Rhumatologie |
| M. COURBON Frédéric | Biophysique |
| Mme COURTADE SAIDI Monique | Histologie Embryologie |
| M. DAMBRIN Camille | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. DELABESSE Eric | Hématologie |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses |
| M. DELORD Jean-Pierre | Cancérologie |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) | Thérapeutique |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie |
| M. GALINIER Michel (C.E) | Cardiologie |
| M. GLOCK Yves (C.E) | Chirurgie Cardio-Vasculaire |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique |
| M. GOURDY Pierre | Endocrinologie |
| M. GRAND Alain (C.E) | Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention |
| M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) | Chirurgie plastique |
| Mme GUIMBAUD Rosine | Cancérologie |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E) | Endocrinologie |
| M. HUYGHE Eric | Urologie |
| M. KAMAR Nassim (C.E) | Néphrologie |
| M. LARRUE Vincent | Neurologie |
| M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie |
| M. MALECAZE François (C.E) | Ophthalmologie |
| M. MARQUE Philippe | Médecine Physique et Réadaptation |
| M. MAURY Jean-Philippe | Cardiologie |
| Mme MAZEREEUW Juliette | Dermatologie |
| M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation |
| M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie Infantile |
| M. RITZ Patrick (C.E) | Nutrition |
| M. ROLLAND Yves (C.E) | Gériatrie |
| M. ROUGE Daniel (C.E) | Médecine Légale |
| M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie |
| M. ROUX Franck-Emmanuel | Neurochirurgie |
| M. SAILLER Laurent | Médecine Interne |
| M. SCHMITT Laurent (C.E) | Psychiatrie |
| M. SENARD Jean-Michel (C.E) | Pharmacologie |
| M. SERRANO Elie (C.E) | Oto-rhino-laryngologie |
| M. SOULAT Jean-Marc | Médecine du Travail |
| M. SOULIE Michel (C.E) | Urologie |
| M. SUC Bertrand | Chirurgie Digestive |
| Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) | Pédiatrie |
| Mme URO-COSTE Emmanuelle | Anatomie Pathologique |
| M. VAYSSIERE Christophe | Gynécologie Obstétrique |
| M. VELLAS Bruno (C.E) | Gériatrie |

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

| | |
|-------------------------------|---|
| M. AUSSEIL Jérôme | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. BERRY Antoine | Parasitologie |
| M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence |
| Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie |
| M. CHAPUT Benoît | Chirurgie plastique et des brûlés |
| Mme DALENC Florence | Cancérologie |
| M. DECRAMER Stéphanie | Pédiatrie |
| M. FAGUER Stanislas | Néphrologie |
| Mme FARUCH BILFELD Marie | Radiologie et imagerie médicale |
| M. FRANCHITTO Nicolas | Addictologie |
| Mme GARDETTE Virginie | Epidémiologie |
| M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique |
| Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| Mme LAURENT Camille | Anatomie Pathologique |
| M. LE CAIGNEC Cédric | Génétique |
| M. LEANDRI Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. MEYER Nicolas | Dermatologie |
| M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| M. REINA Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation |
| M. SOLER Vincent | Ophthalmologie |
| Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie |
| Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugènia | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| M. TACK Ivan | Physiologie |
| M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| M. YSEBAERT Loïc | Hématologie |

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

| | |
|-----------------------------|---|
| M. ABBO Olivier | Chirurgie infantile |
| M. APDIL Pol Andre | Immunologie |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie |
| Mme BERTOLI Sarah | Hématologie, transfusion |
| M. BIETH Eric | Génétique |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition |
| Mme CASSAGNE Myriam | Ophthalmologie |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie |
| M. CAVIGNAC Etienne | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| Mme CHANTALAT Elodie | Anatomie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie |
| Mme de GLISEZENSKY Isabelle | Physiologie |
| M. DUBOIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme FILLAUX Judith | Parasitologie |
| M. GANTET Pierre | Biophysique |
| Mme GENNERO Isabelle | Biochimie |
| Mme GENOUX Annelise | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. HAMDJ Salouane | Biochimie |
| Mme HITZEL Anne | Biophysique |
| M. IRIART Xavier | Parasitologie et mycologie |
| Mme JONCA Nathalie | Biologie cellulaire |
| M. KIRZIN Sylvain | Chirurgie générale |
| Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse | Pharmacologie |
| M. LHERMUSIER Thibault | Cardiologie |
| M. LHOMME Sébastien | Bactériologie-virologie |
| Mme MONTASTIER Emilie | Nutrition |
| Mme MOREAU Marion | Physiologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| Mme PERROT Aurore | Hématologie |
| M. PILLARD Fabien | Physiologie |
| Mme PUISSANT Bénédicte | Immunologie |
| Mme RAYMOND Stéphanie | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme SABOURDY Frédérique | Biochimie |
| Mme SAUNE Karine | Bactériologie Virologie |
| M. TAFANI Jean-André | Biophysique |
| M. TREINER Emmanuel | Immunologie |
| Mme TRUDEL Stéphanie | Biochimie |
| Mme VAYSSE Charlotte | Cancérologie |
| M. VIDAL Fabien | Gynécologie obstétrique |

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

| | |
|-------------------------------|--|
| Mme ABRAVANEL Florence | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme BASSET Céline | Cytologie et histologie |
| Mme CAMARE Caroline | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. CAMBUS Jean-Pierre | Hématologie |
| Mme CANTERO Anne-Valérie | Biochimie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie |
| Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique |
| M. CHASSAING Nicolas | Génétique |
| M. CLAVEL Cyril | Biologie Cellulaire |
| Mme COLOMBAT Magali | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme CORRE Jill | Hématologie |
| M. DE BONNECAZE Guillaume | Anatomie |
| M. DEDOUIT Fabrice | Médecine Légale |
| M. DEGBOE Yannick | Rhumatologie |
| M. DELPLA Pierre-André | Médecine Légale |
| M. DESPAS Fabien | Pharmacologie |
| M. EDOUARD Thomas | Pédiatrie |
| Mme ESQUIROL Yolande | Médecine du travail |
| Mme EVRARD Solène | Histologie, embryologie et cytologie |
| Mme FLOCH Pauline | Bactériologie-Virologie |
| Mme GALINIER Anne | Nutrition |
| Mme GALLINI Adeline | Epidémiologie |
| M. GASQ David | Physiologie |
| M. GATIMEL Nicolas | Médecine de la reproduction |
| Mme GRARE Marion | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. GUIBERT Nicolas | Pneumologie |
| Mme GUILLEBEAU-FRUGIER Céline | Anatomie Pathologique |
| M. GUILLEMINAULT Laurent | Pneumologie |
| Mme GUYONNET Sophie | Nutrition |
| M. HERIN Fabrice | Médecine et santé au travail |
| Mme INGUENEAU Cécile | Biochimie |
| M. LEPAGE Benoit | Biostatistiques et Informatique médicale |
| Mme MAUPAS SCHWALM Françoise | Biochimie |
| M. MOULIS Guillaume | Médecine interne |
| Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| Mme QUELVEN Isabelle | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. RIMAILHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. RONGIERES Michel | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme VALLET Marion | Physiologie |
| M. VERGEZ François | Hématologie |
| M. YRONDI Antoine | Psychiatrie d'adultes |

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

*« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure
d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. »*

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,

Je vous suis très reconnaissante de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci d'œuvrer pour favoriser nos conditions d'apprentissage et pour votre implication dans la formation des internes. Je tiens à vous présenter ma sincère gratitude et mon respect.

A Madame le Docteur Odile Bourgeois,

Je vous remercie de me faire l'honneur de vous compter dans mon jury et de pouvoir recueillir votre avis sur ce travail.

A Madame le Docteur Marielle Puech,

C'est un honneur de vous compter parmi mon jury et que vous puissiez juger ce travail. Merci pour votre implication dans la formation des internes en Aveyron, que j'ai su apprécier durant mon internat.

A Madame le Docteur Laetitia Gimenez,

Je te remercie d'honorer ce jury et d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Je te remercie pour ta disponibilité, ta gentillesse, ta bienveillance, ton implication, tes précieux conseils et ton expertise qui ont permis de mener à terme ce travail. J'espère qu'il sera à la hauteur de tes attentes.

A Monsieur le Docteur Florian Savignac,

Je te remercie de l'intérêt que tu as porté à cette thèse et de me faire l'honneur de faire partie de mon jury. Merci aussi d'avoir été le premier à tester notre questionnaire.

A mes parents,

Nelly et Jacques qui ont toujours su être près de moi et me soutenir, même depuis que je suis partie loin de notre Normandie. Merci pour tous ces bons moments en famille qui sont si précieux pour moi, merci pour les magnifiques voyages tous les 4, merci pour les soirées, pour les restos, pour les surprises, pour le partage et pour votre folie que j'adore... Merci de m'avoir donné autant d'amour et transmis autant de choses, je vous aime très fort !

A mes grands-parents,

A Papy René, merci d'avoir toujours le mot pour me faire rire et dédramatiser une situation. Merci pour ces longues discussions tard le soir au bord de la cheminée et merci pour ton grand coeur !

A Mamie Geneviève, merci pour ta tendresse, ta sensibilité, ton innocence... c'est donc vrai Mamie tu n'as aucun défaut 😊

A Mamie Jeanine, merci pour ta bienveillance, ta générosité et merci encore pour ces bons poulets avec pommes de terre au four dont je ne me lasserais jamais !

Et bien sûr, à mon Papy Maurice, tu es parti trop tôt, j'aurai tellement aimé que tu vois ce qu'on est tous devenus ! Tu me manques !

A mes oncles et tantes,

A Sylvie et Thierry, merci de m'avoir si souvent accueillie chez vous ! Que des souvenirs inoubliables à Pech d'Endreuille !

A Gilles et Delphine, merci pour ces moments partagés, c'est toujours un bonheur de vous voir !

A Philippe et Claire, merci pour votre gentillesse, que des bons moments avec vous aussi !

A Christian et Martine, j'aurais vraiment aimé que vous soyez là, je pense fort à vous !

A mes cousins/cousines,

A Rosie (prénom désormais universellement connu), ma « grande sœur », merci pour tes bons conseils, pour ce nombre d'heures incalculable passé au téléphone, tu as toujours été là pour moi dans les moments les plus difficiles. Merci pour le magnifique cadeau que vous nous avez fait avec Tristan avec l'arrivée de la belle Loïs dans la famille !

A Arthur, tu es un rayon de soleil, merci de me faire autant rire, merci pour ton énergie positive qui est essentielle pour moi, je suis heureuse quand tu es près de moi. « Pas toute la nuit, mais quelques heeeeeuuuuures... » A mardi mon fillot !

A Lucien, « hein ? », j'aime tous les moments passés avec toi et j'espère qu'il y en aura de plus en plus ! Merci d'être autant bienveillant et drôle ! Et merci pour ton regard de diététicien qui m'a été bien utile.

A Leslie, toujours pleine d'énergie et d'amour à donner, tu es irremplaçable et unique, merci de toujours me donner le sourire.

A Sacha, Vadim et Ivo, toujours un plaisir de vous voir et c'est un bonheur de vous voir si bien grandir !

A Mathieu, merci pour ces rares mais riches moments partagés ensemble, et qui font du bien.

A Johan, je ne t'oublie pas, sache que je t'aimerai toujours et que tu me manques.

Et bien sûr, à Juanito, mon beau-frère préféré, merci d'être aussi rayonnant et de partager autant de moments avec nous.

A Tristan, merci de rendre ma Rosie si heureuse ! Je suis contente que tu fasses partie de notre famille 😊

A Océane, c'est comme si tu étais avec nous depuis toujours, j'aime quand tu es là ! Tu partages le même métier que moi, en ce moment tu prépares les ECN et je suis sûre que tu vas assurer, c'est toi la meilleure !

A ma marraine, Mino, même si on se voit peu, à chaque fois c'est un vrai plaisir de partager des moments avec toi et ça fait du bien.

Et enfin à mon parrain Stéphane, merci pour ton naturel et ta gentillesse, et merci pour tous ces livres : j'ai fait de belles découvertes grâce à toi.

Je sais la chance que j'ai d'avoir une si belle et grande famille, merci pour tout et pour votre soutien, je vous aime tous !

A mes amis Normands,

Aux Kilts : Claudia, Fanny, Sophie, PH, Erwan, Mourad, Antoine et Kevin. Qui aurait parié qu'on serait encore réunis après 10 ans alors qu'on s'était donné rendez-vous ? nous ! alors merci d'être toujours là, certains à Toulouse, d'autres à Caen, ou encore au Japon et au Cambodge, mais vous êtes toujours présents dans ma vie et ça me fait chaud au cœur. Vous savez, individuellement, comme je vous aime, chacun comme vous êtes, et ensemble je crois que je vous aime encore plus ! Ces dernières vacances à 9 étaient encore magiques, j'espère que cette année et toutes les autres à venir, on arrivera à se retrouver ! Merci pour tout ce qu'on a vécu et ce qu'on vit, c'est très fort ce qui nous lie, et on peut tout surmonter ensemble j'en suis sûre. Amen omen, will I see your face again? I'm yours pour toujours.

A mes vedettes chéries : Anne Ju, Julie, Lucie et Magalie, vous me manquez tant. Que des beaux souvenirs avec vous 4 ! Merci d'avoir été là toutes ces années d'externat, que de belles soirées, de belles vacances et de beaux moments de partage, je n'oublierai jamais. Je sais qu'un jour, on arrivera à se réunir à nouveau, en tout cas je ferai tout pour ! Je vous aime de tout mon cœur. Anne-Juju et Flo revenez à Toulouse !!

A toutes mes amies de Cresserons : Emeline, Mégane, Camille, Mathilde, Claudia et Lucie, cette année ça fait maintenant 22 ans qu'on partage nos vies, c'est rare de garder des amis si longtemps et j'en suis fière. Ce sont des moments inoubliables qu'on a vécus ensemble et vous êtes dans mon cœur pour toujours.

A mes copains d'externat : Arthur, Pierre, Antoine, Valou, Ilies et tous les loubards.

A Camille D. (KK), Apolline, Chloé, Simon, Clivia, Valentine, Marion...

A toutes les belles rencontres depuis mon arrivée sur Toulouse,

A Maxime, merci pour ton soutien sans faille, on est ensemble depuis le début de cet internat et tu es devenu un de mes meilleurs amis, indispensable dans ma vie. Merci d'être toi tout simplement. « Game over » 😊 Merci à ta famille, Pauline et Rose, qui est dans mon cœur.

A Marine, merci pour ta spontanéité, ta douceur et ton humour infaillible. Met ta main dans la mienne... mais ne la lâche plus maintenant !

A Aline, merci pour ta générosité, ton énergie, pour tous tes rires qui font du bien, j'ai hâte de voir enfin ma collection tant attendue en 60 ouvrages sur les êtres vivants.

A Tibor, merci d'être toujours là pour me donner le sourire et nous faire rire.

A Laurine, merci pour ta franchise, ton humour et ta sensibilité, merci pour le bel exemple de famille unie que tu nous donnes avec Luce et Quentin.

A Sarah, merci pour ton honnêteté, ta fraîcheur et ton humour pinçant que j'adore !

A Louis et Sami merci pour ces moments partagés.

A toutes nos belles soirées, nos rires, nos danses enflammées, nos discussions, nos restos, nos pique-niques, nos petits désaccords et notre belle camaraderie !
Merci encore pour votre soutien les amis ! Et Madrid sera à nous bientôt !

A Alix et Sophie, pour ce semestre au CHU haut en couleur et c'est grâce à vous ! Merci pour votre joie de vivre et votre spontanéité qui fait du bien, j'espère qu'on va faire en sorte de se voir plus souvent.

A Maëlle et Maxime, ravie de vous avoir rencontrés ici alors que nous sommes (presque) de la même région, merci pour ces bons moments partagés ensemble.

A Bastien, « ooooh men », merci d'être si gentil et à l'écoute et pour tous ces moments de rigolade.

A Théo, encore merci de m'avoir hébergée quand je suis arrivée sur Toulouse, merci pour ton grand cœur et ta bonne humeur et à Soilha, pour ces bons moments partagés.

A Louis, « on se connaît depuis longtemps », contente de t'avoir retrouvé sur Toulouse et d'avoir rencontré Fiona, j'espère qu'on va réussir à se voir plus souvent.

A la collocation des « débraillos », Amandine, Paul, Gaëtan et Fanny, merci pour les nombreux apéros partagés et pour la joie de vivre que vous dégagez.

A tous les amis et collègues avec qui j'ai partagé mon internat à Toulouse,

A Frédéric Del Mazo, Cécile Lepape et toute l'équipe de Saint Girons, avec qui j'ai passé des moments inoubliables et certainement mon meilleur semestre.

A Rosa Villiers, Elisa Lombardini, Delphine, merci de m'avoir fait confiance et accueillie dans cette belle ville qu'est Séverac-Le-Château, j'ai appris beaucoup grâce à vous pendant 1 an. A Florence, Hélène, Marie, merci pour votre gentillesse et votre générosité. Vous me manquez.

A Alain Zadro pour m'avoir transmis ton amour pour la médecine générale et pour tous les bons moments partagés.

A Fabien, à tous nos bons restaurants aveyronnais et nos longs échanges.

A Régis, Lucile, Anne-Lise, Pierre-Etienne, Viviane, Hélène, Marie, Mathieu, Vincent, Kenza et Clémentine.

A Sandrine Irigoyen, Laure Meunier et Karine, mes nouvelles collègues, merci pour votre confiance et votre accueil, j'aime beaucoup travailler avec vous.

A ma sœur, Lola, j'ai tellement de chance de t'avoir une sœur, tu apportes tant de choses à ma vie chaque jour. Tu es comme une jumelle pour moi, on a tout fait ensemble (ou presque) et on s'est construite ensemble. Evidemment merci infiniment pour le nombre d'heures que tu as passé à m'aider pour mon mémoire et ma thèse, je n'aurai pas tenu sans toi. Merci pour tous ces fous rires, toutes ces courses poursuite dans la maison, toutes les bêtises qu'on a pu faire mais bien rattrapées, toutes ces heures au téléphone quasi-quotidiennes. Pour tout ça et bien plus encore, je t'aime d'amour pour toujours et rien ne changera ça.

A Quentin, mon amour, depuis que je t'ai rencontré ma vie a changé. Merci d'être là pour moi au quotidien, merci de ton soutien, merci de me faire rire, merci de faire de moi quelqu'un de meilleur et de tout partager avec moi. Merci pour ta patience et merci de m'aimer telle que je suis. Je t'aime d'un amour infini, et j'espère qu'on partagera le reste de notre vie ensemble. Une pensée pour notre petit Nawa qui me manque beaucoup. Merci également à ta famille et tes amis pour m'avoir si bien accueillie.

Un dernier grand merci à ceux qui m'ont soutenu et aidé pour la dernière ligne droite de ce travail : Lola, Quentin, Nelly, Maxime, Sarah, Lucien, Claudia et Fanny.

« Le bonheur est souvent la seule chose qu'on puisse donner sans l'avoir et
c'est en le donnant qu'on l'acquiert »

Voltaire

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| LISTE DES ABREVIATIONS | 1 |
| LISTE DES ANNEXES | 2 |
| LISTE DES TABLEAUX..... | 3 |
| LISTE DES FIGURES | 4 |
| INTRODUCTION | 5 |
| MATERIELS ET METHODES..... | 9 |
| A. Type d'étude et population..... | 9 |
| B. Recueil des données..... | 9 |
| C. Analyses statistiques | 10 |
| D. Ethique | 11 |
| RESULTATS..... | 12 |
| A. Profil du médecin généraliste..... | 12 |
| B. Prise en charge nutritionnelle par les MG en général | 13 |
| C. A propos de la prise en charge nutritionnelle..... | 15 |
| D. Si les MG ne prennent pas en charge eux-mêmes les patients..... | 19 |
| E. Pistes d'amélioration..... | 22 |
| F. Comparaison des résultats | 23 |
| DISCUSSION..... | 24 |
| A. Forces et limites de l'étude | 24 |
| 1) Forces de l'étude | 24 |

| | |
|--------------------------------|----|
| 2) Limites de l'étude..... | 26 |
| B. L'attente des patients..... | 27 |
| C. Ouverture | 29 |
| CONCLUSION | 32 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 33 |
| ANNEXES..... | 35 |

LISTE DES ABREVIATIONS

CEN : Collège des Enseignants de Nutrition

DPC : Développement Professionnel Continu

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

FMI : Formation Médicale Initiale

FMC : Formation Médicale Continue

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNA : Programme National pour l'Alimentation

PNAN : Programme National pour l'Alimentation et la Nutrition

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Questionnaire adressé aux MG de l'ancienne région Midi-Pyrénées

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques des MG ayant répondu au questionnaire (n=181)

Tableau 2 Comparaison des pratiques des MG selon les formations effectuées, initiale ou continue

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Raisons pour lesquelles les MG considèrent que la prise en charge nutritionnelle du surpoids et de l'obésité chez l'adulte n'est pas une de leur mission principale (n=20)

Figure 2 Fréquence à laquelle la question de la nutrition est abordée en consultation de MG (n=181)

Figure 3 Personne à l'initiative de la question lorsque le sujet de la nutrition est abordé en consultation (n=98)

Figure 4 Organisation de la prise en charge nutritionnelle du surpoids et de l'obésité chez l'adulte sans comorbidité (n=98)

Figure 5 Moyen principal de délivrance des conseils nutritionnels (n=98)

Figure 6 La principale source d'information des MG concernant la nutrition (n=95)

Figure 7 Outils des MG pour le suivi au quotidien des patients (n=96)

Figure 8 Raisons données par les MG ne prenant pas en charge ce type de patient par eux-mêmes (n=83)

Figure 9 Attitude adoptée par le MG ne réalisant pas de prise en charge nutritionnelle en cas de demande du patient (n=83)

Figure 10 Pistes d'amélioration proposées par les MG concernant la prise en charge nutritionnelle de leur patient adulte en surpoids ou obèse sans comorbidité (n=122)

INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le surpoids et l'obésité se définissent comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé »⁽¹⁾.

L'indice de masse corporelle (IMC) est un indicateur généralement utilisé pour détecter un surpoids ou une obésité chez un patient. Cette mesure, exprimée en kg/m², est obtenue en divisant le poids par le carré de la taille.

Chez l'adulte, un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m² indique un surpoids et un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m², une obésité⁽¹⁾.

En 2016, l'OMS constate que le nombre de personnes atteinte d'obésité a été multiplié par trois depuis 1975. En effet, environ 40% de la population mondiale adulte, soit 1,9 milliards d'adultes, était en situation de surpoids, dont 650 000 personnes étaient en situation d'obésité (soit 13% de la population mondiale)⁽¹⁾.

Un excès pondéral est principalement provoqué par un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et celles dépensées. Ces dernières années, une augmentation de la consommation d'aliments à forte valeur calorique ainsi qu'une diminution des pratiques physiques ont été favorisées par de multiples changements sociaux : la sédentarisation de nombreux métiers, le développement de différents moyens de transport ainsi que l'urbanisation croissante de la population.

Cette augmentation de l'IMC est le facteur déterminant dans l'apparition de certaines maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires (les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux), le diabète, les troubles musculosquelettiques (en particulier l'arthrose) ainsi que certains cancers (de l'endomètre, du sein, des ovaires, de la prostate, du

foie, de la vésicule biliaire, du rein et du colon) ⁽¹⁾.

Ces maladies principalement liées à la hausse de l'IMC, sont la cause d'une augmentation de la morbidité et de la surmortalité chez les personnes âgées de moins de 60 ans ⁽²⁾.

En réponse, l'OMS met en place, depuis 2004, un plan de prévention mondial sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé encourageant la population à privilégier une alimentation saine et une pratique physique régulière ⁽¹⁾.

L'étude ESTEBAN ⁽³⁾, réalisée en France entre 2014 et 2016, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) fait suite à l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) menée en 2006 ⁽⁴⁾. Cette étude visait à analyser l'impact de l'alimentation sur la santé d'adultes âgés de 18 à 74 ans.

Les résultats de cette recherche montrent qu'en 2015, 54% des hommes et 44% des femmes présentaient un surpoids et que ces chiffres augmentaient avec l'âge. De plus, 17% d'entre eux étaient en situation d'obésité, sans distinction de genre.

La différence des résultats entre l'ENNS-2006 ⁽⁴⁾ et ESTEBAN-2014/2016 ⁽³⁾ met en évidence la stabilité de la prévalence du surpoids autour de 49%, et celle de l'obésité de l'ordre de 17% chez la population âgée de plus de 18 ans.

L'étude ESTEBAN, construite pour être utilisée sur le long terme, contribuera à collecter des données pour une meilleure compréhension globale du secteur de la santé lié à l'environnement, l'alimentation, la nutrition, l'activité physique et les maladies chroniques associées.

Le PNNS, évoqué ci-dessus, créé en 2001 et prolongé en 2006, 2011 ⁽⁶⁾ puis 2019 ⁽⁷⁾ a pour objectif « *d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition* ».

Il propose un cadre de référence en nutrition et de multiples outils, servant d'appui et incitant aux actions, comme la mise à disposition d'une fabrique à menu sur le site « mangerbouger.fr »⁽⁸⁾.

Ce programme, articulé avec le Programme National pour l'Alimentation (PNA) depuis 2010, est enregistré dans le code de la santé publique (article L 3231-1) comme un programme quinquennal gouvernemental. Le PNA et le PNNS sont les piliers de la politique nationale portée par le gouvernement pour 2019-2023 concernant l'alimentation et la nutrition. Un document de présentation commun leur a été dédié lors du Comité Interministériel de la Santé du 25 mars 2019 : le Programme National de l'Alimentation et de la Nutrition (PNAN)⁽⁹⁾.

En 2006, une étude réalisée par la Société Française de Médecine Générale (SFMG)⁽⁵⁾ présentait déjà la nutrition comme une préoccupation grandissante chez la population française qui se tournait de plus en plus vers leur médecin généraliste (MG) pour obtenir des conseils.

Depuis, certaines études françaises réalisées ces dernières années mettent en évidence que les patients ne se sentent pas assez informés par leur MG à propos du rôle de l'alimentation sur leur santé alors qu'ils le considèrent comme une source fiable d'information. Ils ressentent un manque d'implication de leur médecin.

Ces études soulignent une attente de la part des patients pour des conseils nutritionnels adaptés ainsi que des indications sur les dangers encourus par un surpoids et une obésité⁽¹⁸⁾
⁽¹⁹⁾.

Le MG joue ainsi un rôle prépondérant dans la prévention primaire et secondaire en matière de nutrition. Ce rôle implique le dépistage et l'enrayement d'apparition de maladies

chroniques résultantes d'un surpoids ou d'une obésité.

Durant l'internat, j'ai pu observer différentes organisations concernant la prise en charge nutritionnelle des patients en surpoids ou obèses chez les MG. De manière générale, j'ai rencontré 3 types de situation : 1/ soit un suivi régulier était mis en place avec réalisation d'une enquête alimentaire ; 2/ soit le patient était orienté vers un autre professionnel de santé compétent ; 3/ soit seuls des conseils oraux étaient dispensés.

Inscrit dans ce contexte et appuyé par ces observations, l'objectif principal de notre étude est d'analyser les pratiques de prise en charge nutritionnelle de l'adulte en surpoids et obèse, sans autre pathologie chronique associée, par les MG de l'ancienne région Midi-Pyrénées.

MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude et population

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle, transversale et descriptive à l'aide d'un questionnaire adressé aux MG.

Les médecins interrogés étaient des MG libéraux, installés et inscrits à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de l'ancienne région Midi-Pyrénées.

B. Recueil des données

Un questionnaire a été adressé à ces médecins par e-mail via l'URPS le 19 décembre 2019. Aucune relance n'a pu être réalisée malgré notre demande en raison du trop grand nombre de thèses envoyées aux médecins via cette plateforme. Le recueil des réponses a été clôturé le 31 janvier 2020 devant la stagnation du nombre de réponse après 1 mois de diffusion et l'impossibilité de relance.

Le questionnaire (cf. [Annexe 1](#)), réalisé à l'aide de Google Form®, comprenait 3 grandes parties :

- Une première concernant le profil du médecin répondant ;
- Une seconde concernant les détails de sa prise en charge nutritionnelle ;
- Une dernière partie avec une question ouverte sur les pistes d'améliorations possibles à propos de cette prise en charge.

Après un état des lieux concernant la prise en charge nutritionnelle en général dans la seconde partie du questionnaire, nous avons réalisé deux sous-parties dans lesquelles les MG se retrouvaient face à des questions différentes en fonction de leur prise en charge ou non, par eux-mêmes, du surpoids ou de l'obésité.

Dans le cas où les MG prenaient en charge eux-mêmes les patients, la sous-partie était axée sur plusieurs points : d'abord l'initiation de la question de la nutrition en consultation, l'organisation en cas de prise en charge nutritionnelle, le moyen principal de délivrance du conseil nutritionnel, la source principale d'information des MG en termes de nutrition et enfin les outils qu'ils conseillent pour le suivi au quotidien des patients.

Il est important de préciser que les questions posées dans les sous-parties de ce questionnaire n'ont pas pu être rendues obligatoires.

Il a bien été précisé que les catégories de patients concernés par cette prise en charge sont uniquement les adultes en surpoids ou obèses, sans autre pathologie associée (ni hypertension artérielle, ni diabète par exemple).

C. Analyses statistiques

Le recueil des données a été réalisé à l'aide du formulaire GOOGLE FORM®.

L'analyse statistique a été effectuée avec l'aide du logiciel MICROSOFT EXCEL® et du site internet BiostaTGV®.

Les variables quantitatives étudiées ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Il semblait important de pouvoir mettre en évidence un lien entre une formation médicale initiale (FMI) ou continue (FMC) avec une organisation spécifique de prise en charge. Un test de Chi 2 a été réalisé afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes de l'étude (groupe ayant eu, oui ou non, une formation initiale ou continue avec ceux prenant en charge eux-mêmes, oui ou non, les patients adultes en surpoids ou obèse).

Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05.

D. Ethique

Ce travail de thèse a été débuté avant la restructuration du parcours éthique du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse. A ce moment, ce travail ne relevait d'aucune autorisation.

RESULTATS

La population inscrite sur la liste de diffusion de l'URPS était composée de 2474 MG libéraux et installés dans l'ancienne région Midi-Pyrénées.

Parmi eux, 809 ont ouvert l'e-mail, 212 ont cliqué sur le lien ouvrant le questionnaire et 181 ont répondu à celui-ci soit un taux de réponses de **7,31%** (181 réponses sur 2474 MG contactés).

A. Profil du médecin généraliste

Notre échantillon se composait majoritairement de femmes, d'âge moyen de **42,1 ans** (minimum = 29 ans et maximum = 68 ans), installés depuis moins de 5 ans pour la plupart. Les MG exerçaient essentiellement en milieu semi-rural dans des cabinets mono-disciplinaire. La majorité des MG n'était pas maître de stage universitaire.

Concernant leur formation, ils avaient, pour la plupart, bénéficié d'une formation initiale mais pas d'une formation continue en nutrition.

L'ensemble de ces caractéristiques sont présentées dans le [Tableau 1](#) ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des MG ayant répondu au questionnaire (n=181)

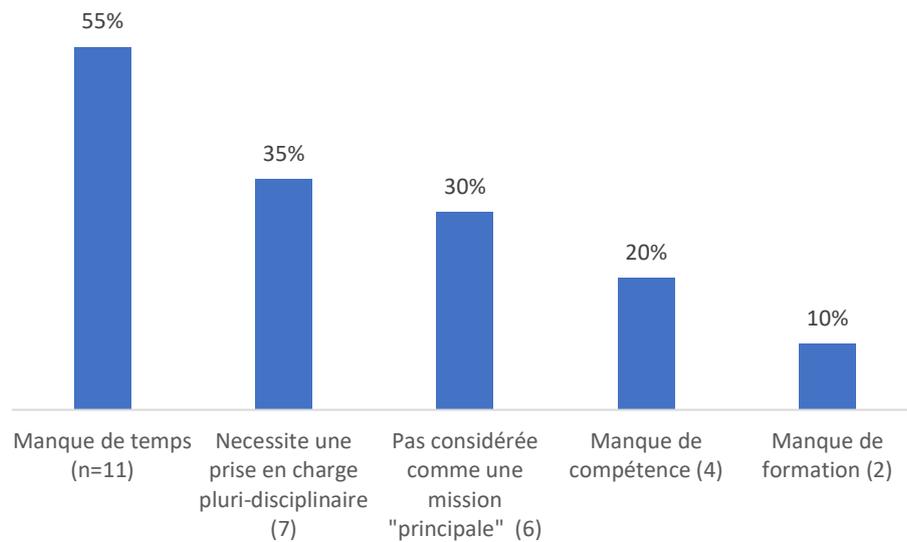
| Caractéristiques socio-démographiques | Nombre de MG en % (n) avec n total = 181 |
|--|---|
| Sexe | |
| Femme | 69,1 (125) |
| Homme | 30,9 (56) |
| Age (années) | |
| 29 à 35 ans | 35,9 (65) |
| 36 à 50 ans | 38,1 (69) |
| > 50 ans | 25,9 (47) |
| Zone d'exercice | |
| Rural | 21 (38) |
| Semi-rural | 43,6 (79) |
| Urbain | 35,4 (64) |
| Durée d'installation | |
| Moins de 5 ans | 42,5 (77) |
| Entre 5 et 10 ans | 16,6 (30) |
| Entre 10 et 15 ans | 12,2 (22) |
| Depuis plus de 15 ans | 28,7 (52) |
| Mode d'exercice | |
| Seul(e) | 14,9 (27) |
| Groupe de MG uniquement | 42 (76) |
| Groupe de MG avec para-médicaux (sans diététicien(ne) et/ou médecin nutritionniste) | 23,8 (43) |
| Groupe de MG avec para-médicaux (avec diététicien(ne) et/ou médecin nutritionniste) | 19,3 (35) |
| Maitre de stage universitaire | |
| Oui | 38,7 (70) |
| Non | 61,3 (111) |
| Formation médicale initiale : stage(s) en service de Nutrition et/ou Maladie Métabolique et/ou Endocrinologie | |
| Oui | 51,9 (94) |
| Non | 48,1 (87) |
| Formation médicale continue | |
| Formations de Développement Professionnel Continu (DPC) en lien avec la nutrition | 34,3 (62) |
| Formation complémentaire en nutrition | 9,4 (17) |
| Formation complémentaire en éducation thérapeutique | 9,9 (18) |
| Abonnement à une revue médicale en lien avec la nutrition | 3,3 (6) |
| Participation à des congrès médicaux en lien avec la nutrition | 9,9 (18) |
| Aucune de ces options | 55,2 (100) |

B. Prise en charge nutritionnelle par les MG en général

Une très grande majorité des MG (89%, n=161) pensait que la prise en charge nutritionnelle du surpoids et de l'obésité de leurs patients faisait partie d'une des missions principales des MG.

Nous avons résumé dans la [Figure 1](#), les raisons pour lesquelles les autres MG ont répondu non à cette question (11%, n=20).

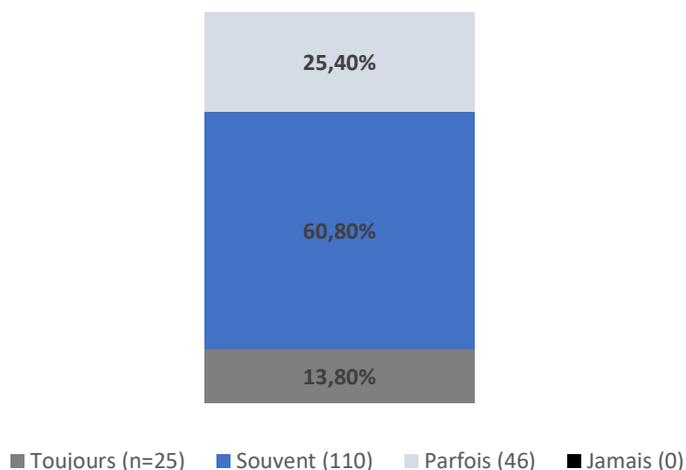
Figure 1. Raisons pour lesquelles les MG considèrent que la prise en charge nutritionnelle du surpoids et de l'obésité chez l'adulte n'est pas une de leur mission principale (n=20)



Les trois raisons principales évoquées étaient donc le manque de temps, le fait que la prise en charge nutritionnelle ne soit pas considérée comme une des missions principales des MG et enfin qu'elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire avec des spécialistes en nutrition.

L'ensemble des médecins s'était ensuite prononcé sur la fréquence à laquelle la question de la nutrition était abordée en consultation, la majorité (**60,8%**, n=110) a répondu qu'elle l'était souvent. Les résultats sont décrits dans la [Figure 2](#).

Figure 2. Fréquence à laquelle la question de la nutrition est abordée en consultation (n=181)



Enfin, **54,1%** (n=98) des MG avaient répondu prendre en charge eux-mêmes leurs patients obèses et en surpoids contre 45,9% (n=83) qui ont répondu non et sont donc passés à une autre section du questionnaire pour nous en donner les raisons.

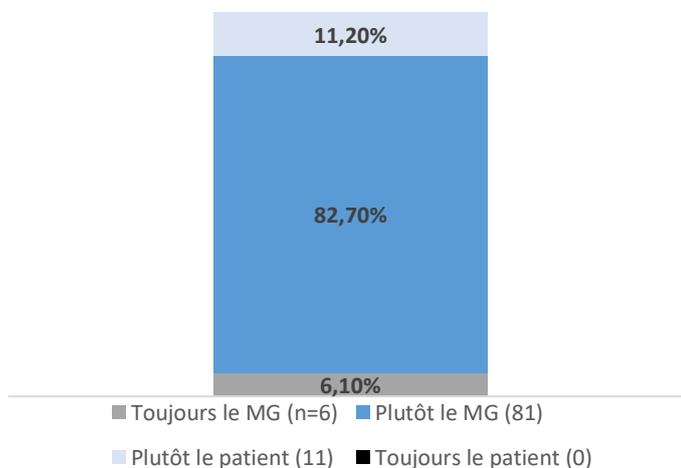
C. A propos de la prise en charge nutritionnelle

Cette partie du questionnaire était réservée aux 98 MG ayant répondu oui à la question citée précédemment.

On constate que la très grande majorité des MG, **82,7%** (n=81), avait déclaré que lorsque la question de la nutrition était abordée en consultation, c'est plutôt le MG qui en était à l'initiative. Aucun n'avait répondu que c'était uniquement le patient.

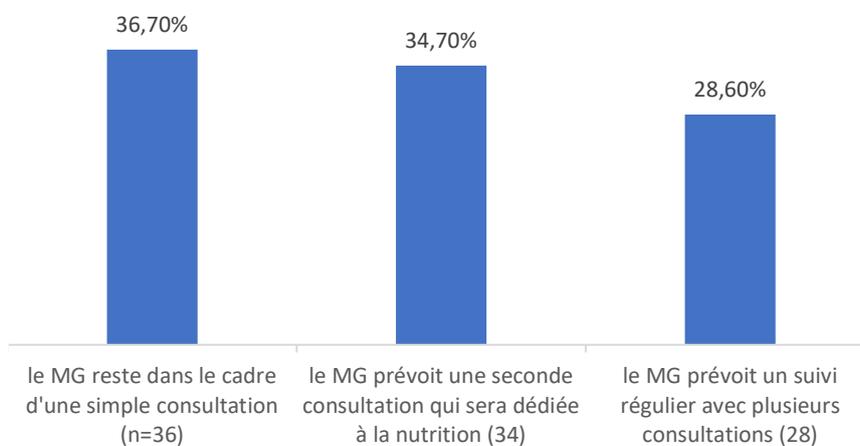
Les résultats sont décrits dans la [Figure 3](#).

Figure 3. Personne à l'initiative de la question lorsque le sujet de la nutrition est abordé en consultation (n=98)



Concernant l'organisation de la prise en charge, les résultats sont plus partagés, 36,7% (n=36) des MG restaient dans le cadre d'une simple consultation plutôt que d'organiser un suivi ou de prévoir une seconde consultation. Les résultats sont décrits dans la [Figure 4](#).

Figure 4. Organisation de la prise en charge nutritionnelle du surpoids et de l'obésité chez l'adulte sans comorbidité (n=98)

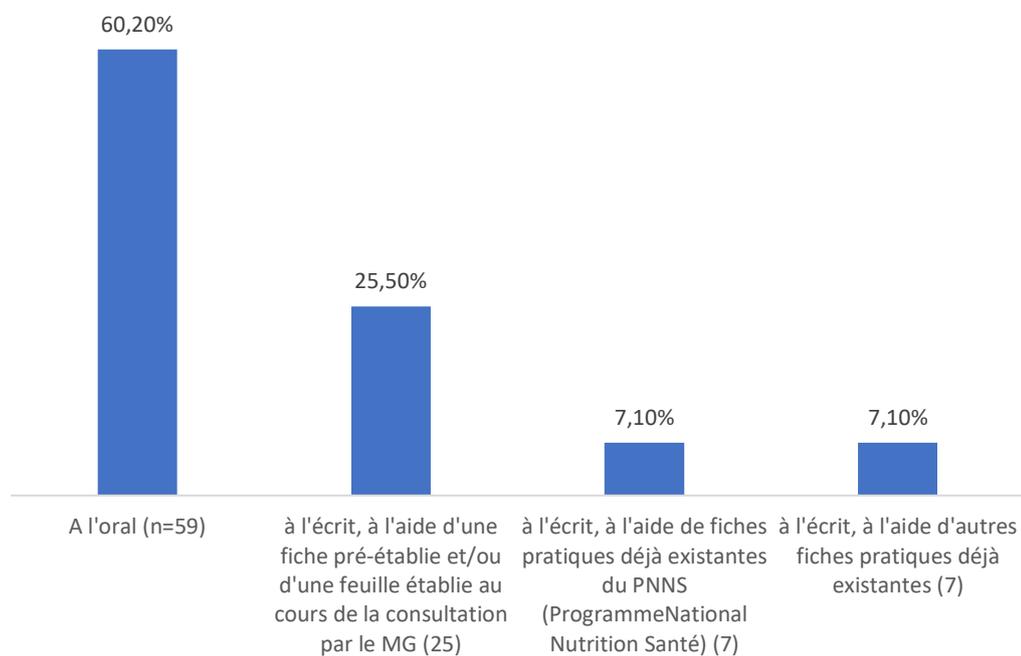


Malgré tout, **71,1%** (n=69) réalisaient une enquête alimentaire. A noter qu'un médecin n'a pas répondu à cette question.

Lorsqu'un problème était identifié chez un patient concernant la nutrition (comme par exemple, une consommation excessive de sucres raffinés, de matières grasses ou de sel) seuls **39,8%** (n=39) des MG se concentraient uniquement sur ce problème et **60,2%** (n=59) abordaient la nutrition de manière générale.

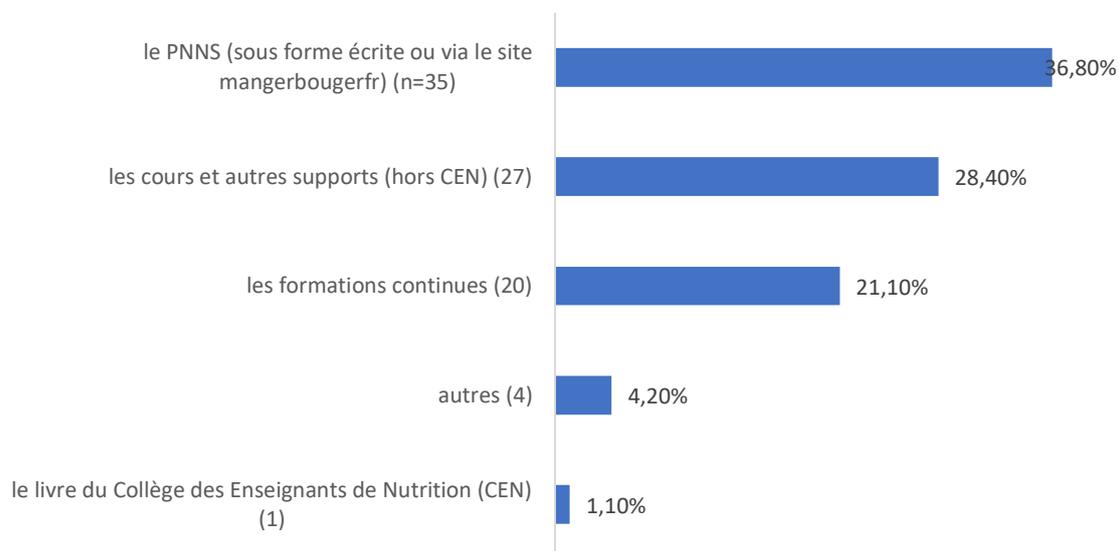
Une grande majorité des MG, **60,2%** (n=59), déclarait délivrer des conseils nutritionnels sous forme orale. Les résultats sont décrits dans la [Figure 5](#).

Figure 5. Moyen principal de délivrance des conseils nutritionnels (n=98)



La principale source d'information utilisée par les MG concernant la nutrition, à **36,8%** (n=35) des MG, était le PNNS, soit sous format papier, soit à l'aide du site internet www.mangerbouger.fr ⁽⁸⁾, suivi par les cours et les supports écrits (hors Collège des Enseignants de Nutrition (CEN)) à **28,4%** (n=27). Les résultats sont décrits dans la [Figure 6](#).

Figure 6. Principale source d'information des MG concernant la nutrition (n=95)

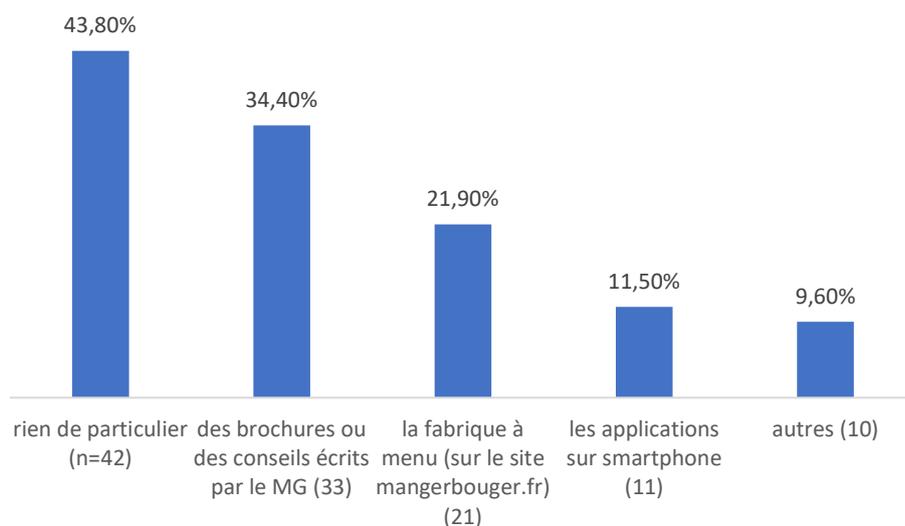


Les 4 réponses « autres » notées par les médecins dans la [Figure 6](#) concernant la principale source d'information sont les suivantes : un rapportait s'informer auprès du diététicien de son cabinet et un second disait être inscrit au Collège Médical de Nutrition Comportementale (CMNC). Ce Collège est une association créée en 2012 qui promeut une prise en charge globale et efficace du surpoids et des pathologies qui en découlent, avec de l'enseignement et des colloques annuels réunissant des MG et autres spécialistes de la nutrition ⁽¹⁰⁾.

Le troisième médecin déclarait avoir effectué un stage de nutrition et le dernier s'inspirer du CEN, du PNNS et de son Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de Nutrition. A noter que 3 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Enfin, **43,8%** (n=42) des MG, déclaraient ne rien délivrer à leur patient pour leur suivi au quotidien. Les résultats sont décrits dans la [Figure 7](#).

Figure 7. Outils des MG pour le suivi au quotidien des patients (n=96)



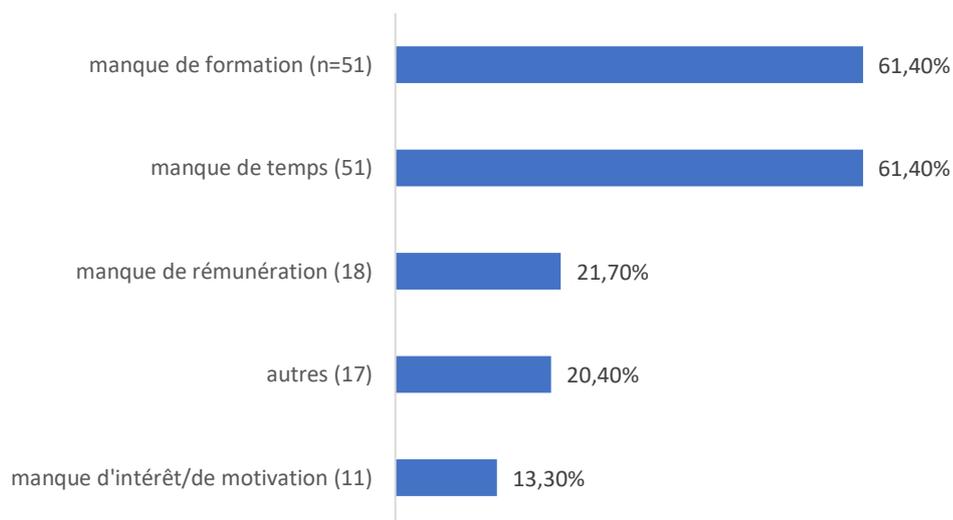
Les réponses « autres » correspondaient à : la consultation diététique (n=4), l’Infirmier(e) Diplômé(e) d’Etat (IDE) Asalée (n=1), la remise de conseils écrits et les conseils donnés à l’oral (n=3), et l’organisation d’un suivi régulier au cabinet (n=2). A noter que 2 médecins n’ont pas répondu à cette question.

D. Si les MG ne prennent pas en charge eux-mêmes les patients

Dans cette partie, ce sont les 83 MG qui avaient répondu négativement à la question de la prise en charge nutritionnelle qui ont répondu.

La [Figure 8](#) vous présente les différentes raisons données par ces médecins.

Figure 8. Raisons données par les MG ne prenant pas en charge ce type de patient par eux-mêmes (n=83)

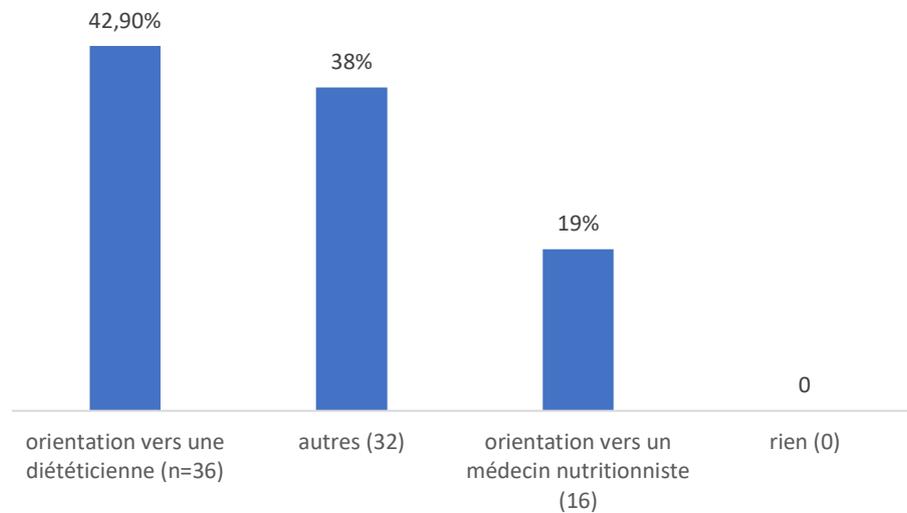


Les 2 raisons principalement retenues étaient donc le manque de temps pour **61,4 %** (n=51) des MG et de formation pour **61,4%** (n=51). Plusieurs réponses étaient possibles.

Les réponses « autres » concernaient l'orientation vers un(e) diététicien(ne) (n=5), vers un(e) IDE Asalée (n=7) et vers un médecin nutritionniste (n=1). Le manque de demande des patients a été cité 3 fois et un médecin a dit ne pas se sentir concerné par cette problématique.

Enfin, on a demandé à ces MG quelle serait leur prise en charge si le patient leur demandait malgré tous des conseils nutritionnels et les résultats sont résumés dans la [Figure 9](#).

Figure 9. Attitude adoptée par le MG ne réalisant pas de prise en charge nutritionnelle en cas de demande du patient (n=83)



L'orientation vers le ou la diététicien(ne) était donc le principal recours mentionné par les MG pour **42,9% (n=36)**.

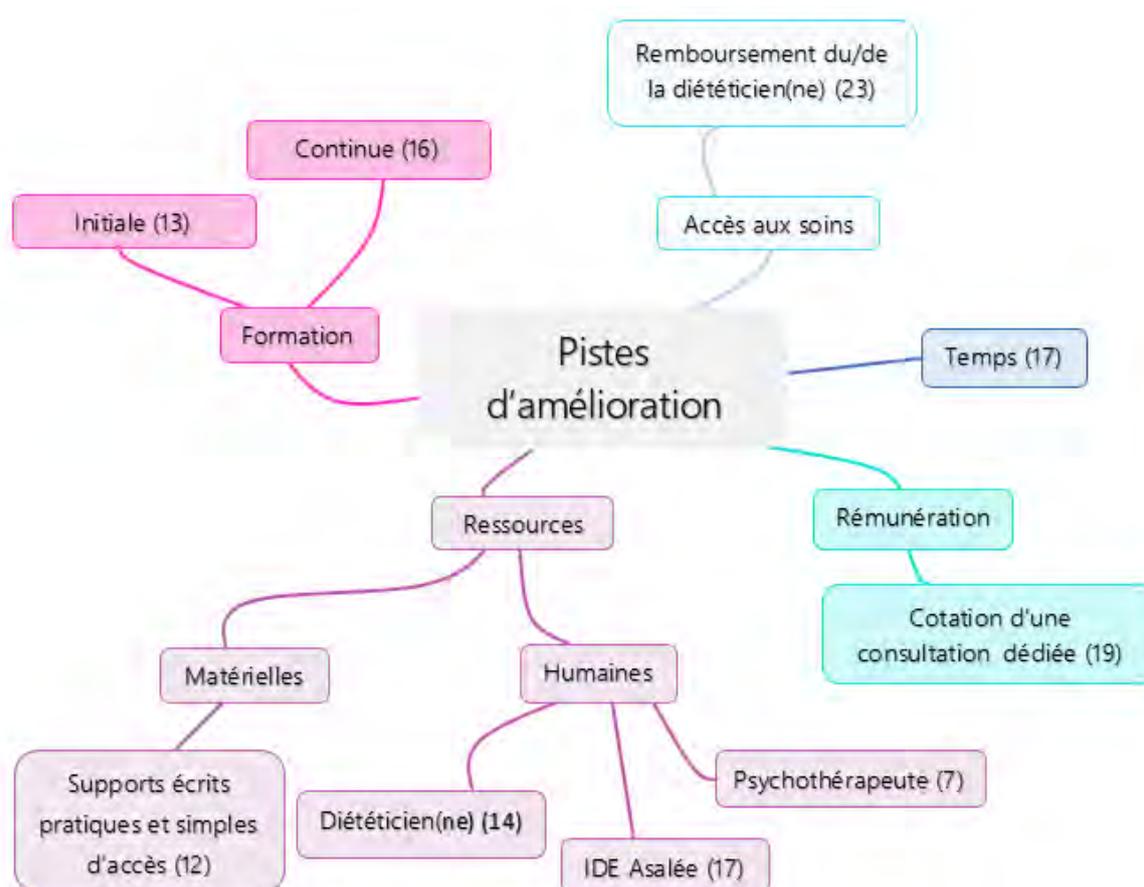
Dans les réponses « autres », des médecins avaient également cité avoir recours à un(e) diététicien(ne) (n=7) ou à un médecin nutritionniste (n=3) selon le patient et une grande partie des médecins disait orienter le patient vers un(e) IDE Asalée (n=18). Le reste des médecins (n=7) déclarait prodiguer des conseils oraux basiques et pour certains, ils encourageaient l'activité physique.

E. Pistes d'amélioration

122 MG sur les 181 ont répondu à cette dernière question.

Nous avons résumé les différentes réponses à l'aide d'une carte heuristique exposée dans la Figure 10.

Figure 10. Pistes d'amélioration proposées par les MG concernant la prise en charge nutritionnelle de leur patient adulte en surpoids ou obèse sans comorbidité (n=122)



Les pistes majoritairement évoquées étaient donc : le remboursement des consultations réalisées par les diététicien(ne)s, une revalorisation pour les MG d'un temps de consultation avec la création d'une consultation cotée et dédiée à la nutrition et enfin favoriser l'accès à un suivi régulier par un(e) IDE Asalée et aux diététicien(ne)s.

F. Comparaison des résultats

Nous avons choisi de réaliser une comparaison des résultats selon les formations effectuées ou non : formation médicale initiale (avoir effectué un stage en Nutrition, en Maladies Métaboliques ou en Endocrinologie), et formation médicale continue (DPC concernant la nutrition, participation à des congrès...).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les pratiques des différents de groupes de MG selon leur formation.

Les résultats sont décrits dans le [Tableau 2](#).

Tableau 2. Comparaison des pratiques des MG selon les formations effectuées, initiale ou continue.

| Nombre de médecins | MG prenant en charge eux-mêmes les patients adultes en surpoids ou obèse sur le plan nutritionnel | MG ne prenant pas en charge eux-mêmes ces patients | p |
|---|---|--|-------------|
| MG ayant une formation médicale initiale | 50 | 44 | 0,78 |
| MG participant à une formation médicale continue | 47 | 36 | 0,45 |

DISCUSSION

La majorité des MG répondants considèrent que la prise en charge nutritionnelle des patients adultes en surpoids ou obèses sans comorbidité fait partie de leur mission principale et que le thème de la nutrition est souvent abordé dans leur consultation.

Un peu plus de la moitié des MG déclarent prendre en charge eux-mêmes ces patients.

Ces MG ont répondu en majorité aborder eux-mêmes la nutrition dans leur consultation et réaliser une enquête alimentaire tout en restant dans le cadre d'une simple consultation sans organiser de suivi.

La nutrition est surtout abordée de manière générale, les conseils nutritionnels sont donnés à l'oral, le support d'information principalement utilisé est le PNNS et aucun outil n'est donné aux patients pour leur suivi au quotidien.

Concernant les MG ne prenant pas en charge eux-mêmes ces patients, les raisons principalement évoquées sont le manque de temps et de formation. En cas de demande de conseils nutritionnels, les patients sont orientés vers des diététicien(ne)s, des médecins nutritionnistes ou vers un(e) IDE Asalée.

Enfin, le fait d'avoir fait eu une formation médicale initiale en nutrition ou d'avoir une formation continue, ne semble pas modifier le système de prise en charge des patients.

A. Forces et limites de l'étude

1) Forces de l'étude

Le choix du sujet lui confère sa première force. En effet, il existe peu de travaux concernant l'étude des pratiques des MG sur la prise en charge nutritionnelle en prévention primaire.

Les dernières études françaises réalisées dans le Tarn et Garonne ⁽¹¹⁾, sur Paris ⁽¹²⁾ et en Picardie ⁽¹³⁾ retrouvaient des résultats assez similaires et complémentaires à ceux de notre étude. En effet, il a été constaté que la prise en charge nutritionnelle par les MG était fréquente, principalement orale et plutôt axée sur de la prévention secondaire dans le cadre du suivi de maladies chroniques ⁽¹²⁾. La prise en charge pluriprofessionnelle était également préconisée ⁽¹³⁾. Les MG donnaient souvent des conseils nutritionnels mais beaucoup les considéraient comme inefficaces et chronophages. Les facteurs limitants étaient les mêmes que dans notre étude, à savoir le manque de temps, de formation et de valorisation financière ⁽¹¹⁾. L'étude transversale réalisée dans le Tarn et Garonne en 2013 a montré que certains MG pouvaient avoir des exigences trop importantes envers leurs patients en surpoids ou obèses avec des objectifs nutritionnels plus sévères que les recommandations ⁽¹¹⁾.

Une étude quantitative a été menée dans la Haute-Vienne en 2012 ⁽¹⁴⁾ sur les difficultés de prise en charge des patients en surpoids ou obèse par les MG. Les cinq principales difficultés les plus citées étaient liées aux patients : mauvais suivi des conseils d'activité physique, diététiques, psychologiques, manque de motivation et présence de troubles du comportement alimentaire. Dans cette étude, une majorité des MG ne se sentait pas compétent et un tiers n'était simplement pas intéressé par l'obésité ou le surpoids de leurs patients. Le manque de formation a été associé à ces facteurs et une large majorité de ces MG n'était pas satisfaite par leur organisation concernant cette prise en charge.

Une thèse de MG, étude descriptive d'analyse de pratiques des MG, réalisée en 2014 dans la région Midi-Pyrénées par S. Robin, avait mis en avant une notoriété élevée du PNNS ⁽¹⁵⁾, également mise en valeur dans notre étude. Elle montrait cependant une méconnaissance par les MG des grands messages du PNNS (les neuf repères de consommation) et suggérait la nécessité de la poursuite de la diffusion de ces recommandations de premiers recours à l'ensemble de la population médicale.

Enfin, au vu de la date de l'envoi du questionnaire, à savoir fin décembre, avant les vacances d'hiver, et compte tenu de l'absence de relance effectuée, le nombre de répondants, 181 MG, était plutôt inattendu et montre l'intérêt des MG concernant cette thématique.

2) Limites de l'étude

Notre taux de réponse reste malgré tout faible (7,31%). Le mode de diffusion utilisé pour le questionnaire a malheureusement exclu les médecins n'utilisant pas d'adresse e-mail et n'étant pas inscrits à l'URPS. Au 1er janvier 2018, la France recense 296 755 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins dont 25 579 en Occitanie, et 13 985 dans l'ancienne région Midi-Pyrénées ⁽¹⁶⁾. Le questionnaire n'a été envoyé qu'à 2 474 MG.

On retrouve également un biais de sélection concernant la représentativité des résultats. En effet, les caractéristiques socio-démographiques des médecins recensés en France retrouvent une majorité d'hommes MG en activité régulière avec un âge moyen de 50,6 ans en 2018. Ces chiffres sont relativement stables depuis 2010 avec néanmoins une féminisation de la profession en augmentation.

Ce biais a probablement été renforcé par le mode de diffusion qui a participé à inclure une population plus jeune, habituée à répondre à des études et avec davantage de formation.

Il existe également des biais d'informations. En effet, le support choisi pour réaliser le questionnaire (Google Form®) s'est révélé a posteriori assez limitant dans l'interprétation des résultats. En effet, notre questionnaire présentant des sous-catégories, nous n'avons pas pu rendre obligatoire certaines questions, et nous avons ainsi eu des absences de réponses à certaines questions. Nous avons pu également constater un manque de précision dans les choix de réponse proposés notamment concernant l'IDE Asalée qui n'était pas proposé(e) comme intervenant dans la prise en charge nutritionnelle alors que cela a été largement évoqué par les MG.

B. L'attente des patients

Une thèse de Médecine Générale, qualitative, réalisée en 2016 par E. Ferrer ⁽¹⁷⁾, sur les expériences et attentes des patients concernant le rôle du MG dans la nutrition en prévention primaire, montrait que les patients exprimaient un intérêt certain pour le rôle de l'alimentation sur leur santé mais qu'ils n'avaient pas suffisamment d'information à leur disposition.

Le MG était considéré comme une source fiable d'information mais les patients avaient des exigences plus importantes concernant son implication dans leur éducation nutritionnelle. Ils regrettaient le manque de temps en consultation pour aborder ce sujet et estimaient un manque de connaissances générales chez les médecins.

Une autre thèse de MG a été réalisée en 2016 par L. Labbé ⁽¹⁸⁾, descriptive et quantitative, dans le but d'identifier les attentes des patients en termes de conseils nutritionnels en médecine générale. Elle montrait à nouveau que les patients étaient intéressés par le rôle de leur alimentation sur la santé. Malgré tout, ils ne semblaient concernés qu'en cas de pathologie chronique, déjà installée, liée à la nutrition et étaient beaucoup moins sensibilisés à la prévention primaire. Les patients souhaitaient principalement être pesés régulièrement et recevoir des conseils oraux et personnalisés. Ils trouvaient utile que ce soit leur médecin qui aborde le sujet et n'avait pas peur d'être jugés au travers de leur alimentation. Ceci devrait inciter les médecins à initier d'autant plus la question de l'alimentation de leurs patients lors des consultations et devrait motiver ce rôle de prévention.

Une thèse de MG qualitative réalisée en 2013 ⁽¹⁹⁾ au Luxembourg par M. Vuillemin-Baillif, à partir d'enregistrements vidéo de consultations, a montré que sur la totalité des consultations évoquant le sujet de la nutrition, seul un tiers des patients ressortait avec un conseil nutritionnel. L'éducation nutritionnelle était davantage effectuée lors de

consultations non dédiées à la nutrition par le biais de l'analyse de résultats d'examens biologiques principalement.

Les femmes étaient plus fréquemment concernées par ces messages car elles semblaient plus intéressées et l'antécédent le plus fréquemment retrouvé parmi ces patients était un surpoids ou une obésité donc des patients sujets à développer des maladies chroniques résultantes et nécessitant une prise en charge préventive.

Il existe également une étude épidémiologique descriptive réalisée dans 22 pays d'Europe en 2011 ⁽²⁰⁾, concernant le point de vue des patients sur la prévention nutritionnelle et physique en médecine générale. Elle a montré que sur l'ensemble des pays, une très grande majorité considérait que leurs habitudes alimentaires étaient un déterminant important de leur santé. Un peu plus de la moitié des patients interrogés déclaraient vouloir les améliorer et augmenter leur activité physique et près des deux tiers étaient confiants dans leur capacité à le faire seul mais souhaitaient recevoir des conseils de leur MG afin d'y parvenir. Seul un tiers de ces patients était informé directement par ce dernier et un tiers disait ne jamais avoir évoqué ce sujet avec leur MG.

L'ensemble de ces études montrent que les patients attendent que la nutrition soit abordée en consultation plus fréquemment et souhaitent une plus grande implication de leur MG.

On note une différence entre l'attente des patients, la volonté des MG et la réalité des consultations.

Trop peu de conseils nutritionnels sont délivrés et les médecins n'y consacrent que peu de temps selon les patients.

On peut remarquer que lorsque les patients abordent le sujet, c'est lorsqu'une pathologie chronique résultante d'un surpoids ou d'une obésité est déjà présente alors que la nutrition devrait être davantage abordée en prévention primaire.

C. Ouverture

Il semble primordial de pouvoir organiser une prise en charge pluriprofessionnelle globale, en prenant en compte les différents aspects de la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adulte sans comorbidité.

La prise en charge nutritionnelle est importante, tout autant qu'un soutien psychologique, la prescription d'activité sportive et la mise en place d'un suivi régulier.

La prise en charge du surpoids et de l'obésité devrait comprendre, avec l'accord du patient, une psychothérapie ciblée sur le lien du patient avec son alimentation, en associant le dépistage de troubles du comportement alimentaire ou de troubles de l'humeur éventuels et un soutien psychologique. Le recours à l'alimentation dite « émotionnelle » serait en augmentation ces dernières années, et des associations entre une alimentation « réconfortante » avec des patients ayant simplement un « mal-être » ou des troubles psychiques, associés à un surpoids ou une obésité, ont été mises en avant ⁽²¹⁾. Il serait intéressant de pouvoir cibler les émotions compensées par l'alimentation selon chaque patient, et de détecter ceux qui seraient les plus vulnérables à ce type d'alimentation afin de développer des thérapies plus ciblées et donc plus efficaces ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾. Une facilité financière devrait pouvoir être mise en place afin que l'ensemble des patients puisse avoir la chance d'en bénéficier.

Le recours à des médecines parallèles tels que l'hypnothérapie pourrait également aider ces patients. Une méta-analyse réalisée en 1996 aux Etats-Unis ⁽²³⁾ avait déjà mis en évidence des résultats significatifs de perte de poids plus importants chez des patients ayant été suivis en psychothérapie avec hypnose, en comparaison avec ceux n'ayant bénéficié que d'une psychothérapie, aussi bien après le traitement que lors du suivi avec des bénéfices qui augmentent en fonction du temps. Il s'agirait de pouvoir aborder en consultation avec le

patient, l'équilibre alimentaire, l'activité physique et le bien-être psychique sans dissociation, de pouvoir lui proposer plusieurs consultations dédiées pour le dépistage et la prise en charge du surpoids ou de l'obésité.

Il faudrait expliquer aux patients que la prise en charge d'un surpoids ou d'une obésité est à elle seule un motif de consultation, et que cela s'intègre justement dans une prise en charge complète et globale.

Pour cela, il est nécessaire que les MG prennent conscience de cette complexité de prise en charge et continuent de se former régulièrement afin de pouvoir mieux répondre aux attentes de leurs patients. Il serait intéressant de créer des ateliers d'éducation thérapeutique en nutrition entre les différents professionnels de santé compétents, comme de mettre à disposition de plus en plus d'outils, de fiches pratiques et de suivi, accessibles facilement pour tous, afin d'uniformiser au mieux cette prise en charge. Ces fiches pourraient être intégrées dans les dossiers médicaux avec le suivi de différents indicateurs comme le poids, les mensurations, le bien-être psychique, la pratique sportive... pour permettre une optimisation de ce suivi.

Le site « www.mangerbouger.fr » ⁽⁸⁾ propose déjà certaines fiches pratiques pour les patients qui peuvent servir de base d'information. La poursuite du développement du PNNS et de sa médiatisation semble donc essentiel.

L'accès à des consultations remboursées par la sécurité sociale, avec les médecins généralistes, avec les diététicien(ne)s, avec les médecins nutritionnistes et avec d'autres paramédicaux, dans le cadre de la prévention ou de la prise en charge d'un surpoids et d'une obésité, serait un facteur facilitant pour les patients comme pour les MG.

On ressent dans notre étude une forte attente de la part des médecins d'une meilleure accessibilité financière à ces professionnels de santé pour leur patient.

Les réseaux de soins coordonnés mériteraient également une meilleure place dans cette prise en charge.

Le dispositif Asalée, créée en 2004 est très apprécié par les patients, et de plus en plus sollicité par les médecins, car il permet une meilleure prise en charge des maladies chroniques avec une meilleure accessibilité aux soins ⁽²⁴⁾.

Dans les villes où ce dispositif est en place, les MG adressent leurs patients en surpoids ou obèses aux infirmières du programme, qui peuvent organiser un suivi hebdomadaire, avec des consultations dédiées à l'alimentation, au psychique, et leur proposer des activités sportives organisées.

Dans le cas où le dispositif n'est pas accessible, il reste important de faciliter l'accès pour les patients aux différents professionnels de santé compétents, et de travailler en lien avec eux. En cela, les maisons de santé pluridisciplinaires regroupant notamment des psychologues et des diététicien(ne)s, favorisent ce système.

Il serait également intéressant de pouvoir mettre à disposition des patients des outils pratiques, des fiches ou des applications médicales gratuites, pour une aide, un suivi dans leur quotidien afin de faciliter et d'encourager une meilleure hygiène de vie.

La prévention primaire du surpoids et de l'obésité est fondamentale afin d'endiguer l'apparition de maladies chroniques résultants, et le MG a un rôle essentiel à jouer pour parvenir à une meilleure santé de la population.

CONCLUSION

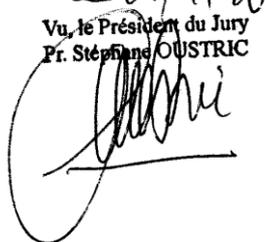
Les médecins généralistes (MG) montrent un intérêt important pour la prévention primaire dans l'éducation nutritionnelle des adultes en surpoids ou obèses qu'ils considèrent comme une de leur mission principale.

Qu'ils délèguent la prise en charge à d'autres professionnels de santé compétents ou qu'ils s'en occupent eux-mêmes, les MG semblent s'accorder sur la nécessité d'améliorer l'accessibilité aux soins pour ces patients. Ils souhaitent également inscrire leur prise en charge nutritionnelle dans un ensemble, en faisant le lien avec les autres professionnels de santé, comme les diététicien(ne)s, les médecins nutritionnistes ou les psychologues, tout en étant au cœur de ce suivi.

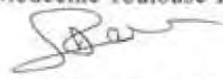
Il semble nécessaire de poursuivre le développement des réseaux de soins coordonnés et de programmes tels que le Programme National Nutrition Santé et d'encourager les médecins à mieux se former dans cette prise en charge afin de proposer aux patients un suivi coordonné, régulier, global, et prenant en compte tous les aspects d'un surpoids ou d'une obésité chez l'adulte en bonne santé.

Une meilleure prévention primaire et secondaire d'un surpoids ou d'une obésité permettrait de réduire l'apparition de maladies chroniques résultantes et d'offrir aux patients une meilleure espérance de vie.

Le 21/4/20
Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan



Didier CARRIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. « Obésité et surpoids ». OMS, 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. La gestion du poids en Médecine Générale | A.M.U.B. 2006. <https://www.amub.be/revue-medicale-bruxelles/article/la-gestion-du-poids-en-medecine-generale-271>
3. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l’obésité chez l’enfant et l’adulte. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
4. ENNS : étude nationale nutrition santé. 2019 <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/enns-etude-nationale-nutrition-sante>
5. Nutrition en Médecine Générale : quelles réalités ? Résultats de l’enquête SFMG réalisée en mars 2006. <https://docplayer.fr/6188681-Nutrition-en-medecine-generale-queelles-realites-resultats-de-l-enquete-sfmg-realisee-en-mars-2006.html>
6. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 3, 2011-2015. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
7. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 4, 2019-2023. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
8. PNNS | Manger Bouger. 2020. <https://www.mangerbouger.fr/PNNS>
9. Programme national pour l’alimentation 2019-2023 : territoires en action. <https://agriculture.gouv.fr/programme-national-pour-l-alimentation-2019-2023-territoires-en-action>
10. Collège Médical pour la Nutrition Comportementale. 2020. <https://www.cmnc.fr/>
11. Rogeaux, L. « Surpoids et obésité de l’adulte : connaissances, opinions et pratiques des médecins généralistes du département du Tarn et Garonne », s. d., 112. 2013.
- 12.« L’éducation nutritionnelle en médecine générale [Ressource électronique] : fréquence, modalités, déterminants / par A. Covi ; [sous la direction de] Laurent Letrillart ». 2014. https://u-pec.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/33BUCRET_INST/1273070230004611.
13. Cagny A. « Prise en charge diététique des patients en surpoids et obèses : Etude des pratiques des médecins généralistes picards » Faculté de médecine d’Amiens. 2018

14. 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. 2015. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007996014001527?via%3Dihub>
15. Robin S. Les réalités de la prévention nutritionnelle en soins primaires : notoriété du Programme National Nutrition Santé auprès des Médecins Généralistes de la région Midi-Pyrénées. Thèse de Médecine générale : Toulouse : 2014.
16. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
17. Ferrer É. La place du médecin généraliste dans la nutrition en prévention primaire : expériences et attentes de patients âgés de moins de 40 ans. 2016
18. Labbe L. Conseils nutritionnels par le médecin généraliste : attente des patients. 2016.
19. Vuillemin-Bailif M. « Approches nutritionnelles au cabinet du médecin généraliste, analyse des contenus et des représentations à partir d'enregistrements vidéo de consultations de Médecine Générale - CMGE - UPMC. 2013. <http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article206>
20. LiSSa - Point de vue des patients sur la prévention concernant la nutrition et l'activité physique en médecine générale : une étude européenne. 2011. https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EX_99_1_88
21. Berthoz S. Concept d'alimentation émotionnelle : mesure et données expérimentales. Eur Psychiatry. nov 2015;30(8, Supplement):S29-30.
22. Masson E. Les thérapies émotionnelles dans les problématiques de surpoids ou d'obésité. EM-Consulte. 2019. <https://www.em-consulte.com/article/1297287/alertePM>
23. Kirsch I. Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments—Another meta-reanalysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996;64(3):517-9.
24. « Déroutant », « rassurant » : infirmières et généralistes racontent les protocoles Asalée. Le Quotidien du médecin. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/deroutant-rassurant-infirmieres-et-generalistes-racontent-les-protocoles-asalee>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux MG de l'ancienne région Midi-Pyrénées

A. PROFIL DU MEDECIN GENERALISTE

- 1) Vous êtes
 - a. Un homme
 - b. Une femme
- 2) Votre âge (ans)
- 3) Vous exercez majoritairement en milieu
 - a. Rural
 - b. Semi-rural
 - c. Urbain
- 4) Vous êtes installé(e) depuis
 - a. Moins de 5 ans
 - b. Entre 5 et 10 ans
 - c. Entre 10 et 15 ans
 - d. Plus de 15 ans
- 5) Vous exercez votre activité
 - a. Seul(e)
 - b. En groupe
- 6) Si vous exercez en groupe, vous exercez
 - a. En groupe monodisciplinaire (médecins généralistes uniquement)
 - b. En groupe pluridisciplinaire (cabinet de groupe, centre de santé ou maison de santé) sans médecin nutritionniste ni diététicien(ne)
 - c. En groupe pluridisciplinaire (cabinet de groupe, centre de santé ou maison de santé) avec un médecin nutritionniste et/ou un(e) diététicien(ne)
- 7) Êtes-vous maître de stage universitaire (MSU) ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 8) Lors de votre formation médicale initiale, avez-vous déjà effectué un ou plusieurs stages (en tant qu'externe ou interne) dans un service d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques et/ou Nutrition ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 9) Concernant votre formation médicale continue,
 - a. Vous avez déjà participé à des formations de DPC (Développement Professionnel Continu) en lien avec la nutrition
 - b. Vous avez déjà effectué une formation complémentaire en nutrition (exemples : diplôme universitaire, formation de réseau...)
 - c. Vous avez déjà effectué une formation complémentaire en ETP-Education Thérapeutique du Patient (exemples : formation des 40h, diplôme universitaire, master, ...)
 - d. Vous êtes abonné à une revue médicale en lien avec la nutrition
 - e. Vous avez déjà participé à des congrès médicaux en lien avec la nutrition

f. Aucune de ces options

B. PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- 1) Pensez-vous que la prise en charge nutritionnelle fasse partie des missions principales du médecin généraliste ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 2) Si non, pourquoi ? (réponse en quelques mots)
- 3) Avec vos patients en surpoids ou obèses sans comorbidité, à quelle fréquence pensez que la question de la nutrition est abordée dans vos consultations ?
 - a. Toujours
 - b. Souvent
 - c. Parfois
 - d. Jamais
- 4) Prenez-vous, vous-même, en charge sur le plan nutritionnel vos patients adultes en surpoids ou obèses sans comorbidité ?
 - a. Oui
 - b. Non

Dans le cas où le médecin prend en charge les patients,

- 1) Lorsque vous abordez la question de la nutrition en consultation, qui en est à l'initiative ?
 - a. Toujours vous
 - b. Plutôt vous
 - c. Plutôt le patient
 - d. Toujours le patient
- 2) Comment organisez-vous la prise en charge dans ce cas la plupart du temps ?
 - a. Vous restez dans le cadre de cette simple consultation
 - b. Vous prévoyez une seconde consultation qui sera dédiée à la nutrition
 - c. Vous prévoyez un suivi régulier avec plusieurs consultations
- 3) Demandez-vous au patient la réalisation d'une enquête alimentaire ?
 - a. Oui
 - b. Non
- 4) Lorsque vous identifiez un problème ciblé chez un patient (exemple : matières grasses, sucre, sel, ...), avez-vous plutôt l'habitude
 - a. De vous concentrer sur la résolution de ce problème
 - b. Ou d'aborder la nutrition de manière générale
- 5) Sous quelle forme délivrez-vous les conseils nutritionnel ?
 - a. A l'oral
 - b. A l'écrit, à l'aide d'une fiche pré-établie et/ou d'une feuille établie au cours de la consultation par vous-même

- c. A l'écrit, à l'aide de fiches pratiques déjà existantes du PNNS (Programme National Nutrition Santé)
 - d. A l'écrit, à l'aide d'autres fiches pratiques déjà existantes
- 6) Quelle est votre principale source d'informations sur la nutrition ?
- a. Le PNNS (Programme National Nutrition Santé) sous format papier ou via le site mangerbouger.fr
 - b. Le livre du CEN (Collège des Enseignants de Nutrition)
 - c. Vos formations continues
 - d. Internet (hors site mangerbouger.fr)
 - e. Vos cours et supports (hors CEN)
 - f. Autre
- 7) A la fin de la consultation, quels outils conseillez-vous aux patients pour leur suivi au quotidien ?
- a. Les applications sur smartphone (exemples : Foodvisor, Yuka, Kwalito...)
 - b. La fabrique à menu (du site mangerbouger.fr)
 - c. La remise de brochure(s) d'informations ou vos conseils écrits
 - d. Rien de particulier
 - e. Autre

Dans le cas où le médecin ne prend pas en charge ce type de patient,

- 1) Pour quelle(s) raison(s) ne prenez-vous pas en charge ces patients ?
- a. Manque de temps
 - b. Manque de formation
 - c. Manque de valorisation/rémunération
 - d. Manque d'intérêt/de motivation
 - e. Autre
- 2) Que faites-vous si le patient vous demande des conseils nutritionnels ?
- a. Vous orientez le patient vers un(e) diététicien(ne)
 - b. Vous orientez le patient vers un médecin nutritionniste
 - c. Vous ne faites rien
 - d. Autre

C. PISTES D'AMELIORATION

Quelles seraient vos propositions pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des adultes en surpoids ou obèses sans comorbidité par les médecins généralistes ? (Réponse en quelques lignes)

PERROTTE Margaux

NUTRITIONAL MANAGEMENT OF OVERWEIGHT OR OBESE ADULTS WITHOUT COMORBIDITIES : STATE OF PRACTICES OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE FORMER MIDI-PYRENEES REGION

DOCTORAL SUPERVISOR : Dr Laetitia GIMENEZ

Toulouse, 26 May 2020

Introduction : General Practitioners (GPs) have a critical role in primary and secondary prevention in the management of overweight and obesity in adults without associated chronic conditions in order to prevent the development of resulting chronic diseases. The main objective of our study is to analyse the different nutritional management practices of these patients by general practitioners in the former Midi-Pyrenees region.

Method : Quantitative, descriptive, transversal study, carried out using a questionnaire sent to GPs in the former Midi-Pyrenees region on 19 December 2019 by e-mail via the Regional Union of Health Professionals.

Results : 181 GPs responded. 89% of the GPs think that nutrition education is part of their main mission. 60,8% believe that the issue of nutrition is often addressed in consultation. 54% take care of overweight or obese adult patients themselves and among them, 71,1% carry out a dietary survey. The other doctors have recourse to a dietician at 42,9%.

Conclusion : Despite the differences in practices, this study shows the need to offer these patients multidisciplinary, organised, coherent care, with a GP who coordinates and proposes a more regular follow-up.

Key words : Nutrition – General Medicine – Overweight – Obesity - Adult

Administrative discipline : General Medicine

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 – France

PERROTTE Margaux

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES ADULTES EN SURPOIDS OU OBESES SANS COMORBIDITE : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DANS L'ANCIENNE REGION MIDI-PYRENEES

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Laetitia GIMENEZ

Toulouse, le 26 mai 2020

Introduction : Les MG ont un rôle primordial dans la prévention primaire et secondaire dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adulte sans pathologie chronique associée afin d'empêcher l'apparition de maladies chroniques résultantes. L'objectif principal de notre étude est d'analyser les différentes pratiques de prise en charge nutritionnelle de ces patients par les MG de l'ancienne région Midi-Pyrénées.

Matériel et méthode : Etude quantitative, descriptive, transversale, réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé aux MG de l'ancienne région Midi-Pyrénées le 19 Décembre 2019 par e-mail via l'Union Régionale des Professionnels de Santé.

Résultats : 181 MG ont répondu. 89% des MG pensent que l'éducation nutritionnelle fait partie d'une de leur mission principale. 60,8% estiment que la question de la nutrition est souvent abordée en consultation. 54% prennent en charge eux-mêmes les patients adultes en surpoids ou obèses et parmi eux, 71,1% réalisent une enquête alimentaire. Les autres médecins ont recours à une diététicienne à 42,9%.

Conclusion : Malgré les différences de pratiques, il ressort de cette étude la nécessité d'offrir à ces patients une prise en charge pluriprofessionnelle, organisée, cohérente, avec un MG qui coordonne et propose un suivi plus régulier.

Mots-clés : Nutrition – Médecine Générale – Surpoids – Obésité - Adulte

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 – France