

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2019

N° : 43

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
D.E.S. de Médecine Générale

PAR

LORA Natalia épouse MARECHAUD
Née le 23 juillet 1990 à Opole (Pologne)

MORPHOSANTE

Prise en charge du surpoids en médecine générale :
Création d'un outil informatique pour le partage
de connaissances et de méthodes

Président de thèse : Professeur Gilles Bertschy

Directrice de thèse : Docteur Anabel Sanselme


FACULTÉ DE MÉDECINE
 (U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Asseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

 Edition MARS 2018
 Année universitaire 2017-2018

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
 DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

 BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
 DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Emanno P0025	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirsch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation : Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb (1) (8) Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirsch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale - option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatodigestif et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
<p>HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an) CU : Chef d'unité fonctionnelle Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle) Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017</p>			

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	--	--------------------------

MO112		B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Straus	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <u>Bactériologie</u> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFÄFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schilligheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0088	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BORSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TRIGGER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.00
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples,
je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de
l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire
au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes
promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y
manque.

Remerciements

A ma directrice de thèse, Anabel Sanselme, pour avoir cru en ce projet dès le début, pour nous avoir aiguillées et nous avoir soutenues dans les moments difficiles.

A Monsieur le Professeur Gilles Bertschy pour avoir accepté d'être le Président du jury de cette thèse, ainsi qu'à Monsieur le Professeur Emmanuel Andres et Monsieur le Professeur Nicolas Meyer – merci à vous de me faire l'honneur de juger ce travail.

A Cécile Deharvengt : merci pour ta pédagogie, ta bonne humeur et tout ce que tu m'as appris durant le semestre qu'on a partagé. Merci d'être là un an après en tant que membre du jury.

A mon Hervé – tu n'as jamais douté de mes capacités et tu as toujours cru en moi. Merci de partager ma vie.

A mes parents, à ma grande sœur et mon petit frère – vous m'avez accompagnée dans toutes les étapes de ma vie et votre soutien était ma plus grande force. Les valeurs qu'on a toujours partagé à la maison ont fait de moi celle que je suis aujourd'hui. *Kocham Was nad życie !*

A la belle-famille – merci de m'avoir adoptée.

Aux Copains – les études ont fait que nos chemins se sont croisés. Vous avez mis du soleil dans mon quotidien pendant dix longues années. Notre amitié est comme le bon vin : elle se bonifie au fil des années !

A Lucile – toujours là, de près ou de loin.

A Hélène et Arnaud – vous êtes ma bouffée d'oxygène dans tous les sens du terme !

A la team Saverne, pour tous ces bons moments déjà passés ensemble et tous les autres à venir.

A Antoine - merci pour tes précieux conseils.

A ceux qui m'ont encadrée sur le terrain en tant qu'externe puis interne. Partager votre pratique a été encore plus enrichissant que tout ce qu'on peut apprendre dans les livres.

A Elodie. C'était un plaisir de travailler sur cette co-thèse avec toi.

I.	Introduction	19
II.	Objectif de cette thèse.....	22
A.	But de l’outil	22
B.	Cahier des charges de l’outil	23
1.	Disponibilité.....	23
2.	Contenu	23
3.	Prix.....	24
C.	Format choisi	25
III.	Matériel et méthodes	25
A.	Avant-propos.....	25
B.	Etude qualitative	26
1.	Arguments justifiant le choix de ce type d’étude.....	26
2.	Recrutement des professionnels de santé interrogés	27
3.	Création d’une grille d’entretien	30
4.	Modification de la grille d’entretien.....	30
5.	Déroulement des entretiens	31
6.	Fin du recrutement.....	32
7.	Analyse des verbatims.....	33
C.	Création de l’outil informatique.....	33
1.	Choix du nom de domaine	34
2.	Création du site web	35
a)	Codage HTML et CSS ou site web « clés en main »	35
b)	Logiciel 100% gratuit ou offre payante	37
c)	Choix du template	38
d)	Contenu du site	39
IV.	Résultats	40
A.	Caractéristiques de la population interrogée.....	40
B.	Création du site internet Morphosante.fr.....	42
1.	Page d’accueil.....	43
2.	Bilan initial	43
a)	Histoire du poids.....	44
b)	Antécédents et comorbidités	46
c)	Etude du mode de vie.....	48
d)	La pesée	50
e)	Reconnaissance du problème et initiation de la prise en charge	51

f) Explications des mécanismes physiologiques	52
3. Prise en charge nutritionnelle	53
a) Conseils et organisation	54
b) Repas festifs.....	59
c) Plaisirs et créativité	61
d) Médication.....	63
e) Régimes populaires	65
4. Activité physique	68
a) Activité physique – pourquoi ?.....	68
b) Activité physique – comment ?	69
5. Prise en charge psychologique	71
a) Image du corps et réconciliation pour un vécu positif.....	71
b) Aspect motivationnel	72
c) Thérapies	74
6. Suivi	75
a) Organisation	76
b) Objectifs.....	77
c) Si les objectifs ne sont pas atteints	78
7. Demande d’avis à des confrères	79
8. Chirurgie bariatrique	81
9. Fiches conseils et supports écrits.....	83
10. Présentation des auteurs et formulaire de contact	84
V. Discussion.....	85
A. Résultat principal.....	85
B. Nécessité de référencement	87
C. Nécessité de certification	88
D. Enquête d’acceptabilité.....	91
E. Limites	93
1. Aspect technique du site	93
2. Contenu	94
F. Diffusion du site auprès des médecins généralistes	94
VI. Conclusion	96
Annexes	98
ANNEXE 1 : Première trame d’entretiens	98
ANNEXE 2 : Trame d’entretiens retravaillée.	99
ANNEXE 3 : Exemple de la retranscription d’un entretien.....	101

ANNEXE 4 : Tableau d'analyse du verbatim 109
Bibliographie 140

I. Introduction

Depuis une cinquantaine d'années, l'obésité a fait son apparition dans les pays développés à un taux qui s'est stabilisé sur la dernière décennie. La prévalence de l'obésité globale en France est de 15,8% chez les hommes et 15,6% chez les femmes et pour ce qui est du surpoids, elle est de 41,0% chez les hommes et 25,3% chez les femmes. ¹ (1)

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs influençant négativement la santé de manière directe et indirecte dans sa dimension physique, psychologique et sociale. Les différentes instances ont proposé divers programmes pour agir sur cette pathologie. C'est ainsi qu'en 2001 l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) a créé le Programme National Nutrition Santé (PNNS), dont l'objectif général est « l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. » (2) Ce programme a été reconduit d'abord en 2006, puis en 2011 et récemment en 2018. Parallèlement à cela, le Ministère des Solidarités et de la Santé a mis en place le Plan Obésité axé sur le dépistage et la prévention du surpoids, mais aussi sur la promotion de l'activité physique et le développement de la recherche dans ce domaine.

C'est à la demande du deuxième Programme National Nutrition Santé (2006-2010) qu'ont vu le jour en septembre 2011 les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulées « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours » (3). Ce travail est constitué d'une première partie qui regroupe le diagnostic et les propositions thérapeutiques possibles. La deuxième partie s'intéresse aux populations plus spécifiques comme « les sujets ayant un âge physiologique avancé » ou les femmes à prendre en charge

¹ Etude portant sur la cohorte Constance entre 2013 et 2014. Résultats superposables à ceux de l'étude nationale ObEpi de 2012 et ENNS de 2006.

« en amont d'une grossesse ». Il est d'ailleurs pertinent de souligner la formulation utilisée pour qualifier les personnes âgées – l'âge chronologique est mis au second plan en faveur de l'âge physiologique. C'est là un premier signe de la singularité du problème qu'est le surpoids par rapport aux autres pathologies abordées par la HAS.

Malgré tous ces éléments, j'ai eu l'impression durant mes stages que le problème du surpoids était peu abordé en médecine générale. D'une part il est rare qu'il s'agisse d'un motif de consultation émanant spontanément du patient. D'autre part venant du corps médical la problématique du poids reste peu abordée, parfois uniquement constatée, parfois étoffée de quelques conseils très vagues comme « il faudrait perdre du poids » et bien souvent passée totalement sous silence. Lorsque j'évoquais la prise en charge du surpoids avec les médecins généralistes rencontrés au cours de ma formation, ces derniers exprimaient très rapidement leur découragement vis-à-vis de cette pathologie. En effet, j'ai eu le sentiment qu'à leurs yeux ce type de prise en charge est non seulement considéré comme chronophage, mais aussi toujours voué à l'échec, et ce même avec un investissement personnel important. Ce sont d'ailleurs souvent ces mêmes réactions qui selon moi reviennent lorsqu'il est question d'accompagner un patient dans un sevrage tabagique ou alcoolique.

Quelle est la raison d'être de ce paradoxe ? Pourquoi ce problème de santé publique est craint par les médecins au lieu d'être une de leurs priorités ?

La revue de la littérature sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité par les médecins généralistes retrouve plusieurs arguments pour expliquer la passivité médicale actuelle dans ce domaine, et c'est d'ailleurs ce que développe Mathieu Burger dans sa thèse : « Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux ». (4) De par sa complexité, la prise en charge du

surpoids est souvent liée à un sentiment d'efficacité personnelle limitée et un sentiment d'échec important. Les principaux obstacles perçus par les médecins généralistes sont liés aussi bien au patient qu'à la consultation en elle-même. Ainsi, le patient à prendre en charge est décrit comme « peu responsable, peu motivé, peu compliant et ayant des problèmes psychologiques ». Les médecins quant à eux regrettent un manque de moyens et notamment de temps, de matériel et l'absence d'une consultation dédiée rémunérée.

Par ailleurs une récente étude limousine menée courant 2016 s'est penchée sur « l'intérêt d'outils d'autoformation portant sur l'excès de poids en médecine générale ».(5) Les auteurs rapportent des constats identiques à ceux évoqués ci-dessus, soulignant tout particulièrement l'insuffisance de formation concernant la prise en charge de l'excès de poids. Cela donne lieu dans l'étude à la création de huit fiches pratiques imprimées et de huit diaporamas mis à disposition sur le site du réseau ARS Limousin Nutrition. Tous ces outils sont ensuite transmis à l'ensemble des médecins généralistes du Limousin. Après diffusion, un questionnaire écrit a permis d'évaluer leur ressenti : ainsi 71,7% des praticiens ont déclaré avoir l'intention de diffuser les fiches auprès de leurs patients.

C'est à la lumière de ces éléments qu'est née chez moi l'idée de créer un nouvel outil, cette fois informatique, destiné aux médecins généralistes concernant la prise en charge de l'excès de poids.

II. Objectif de cette thèse

A. But de l'outil

L'outil proposé est destiné aux médecins généralistes, mais accessible à tous les patients et à tous les professionnels paramédicaux intéressés par la thématique du surpoids. Sa vocation est avant tout un lieu où on peut puiser des outils fiables et pratiques, accessibles rapidement, et en second lieu un échange entre professionnels de santé concernant l'excès de poids et sa prise en charge, ce qui pourrait à la fois permettre à chacun d'acquérir des connaissances nouvelles, mais aussi de progresser en s'intéressant aux pratiques de ses confrères, comme cela se fait dans un groupe de pairs par exemple.

Nous verrons par la suite qu'à travers la réalisation de ce travail, nous avons été plus d'une fois confrontées à un évitement, voire une indifférence du corps médical et paramédical par rapport au problème de l'excès de poids. Et c'est justement ça que notre outil doit permettre de surmonter : on ne peut accompagner et éduquer ses patients dans cette pathologie si on ne se sent pas concerné et impliqué. De plus, il est essentiel de surmonter notre tendance au jugement de valeur. Le patient en excès de poids est souvent en demande d'une approche très professionnelle et objective venant du praticien, afin de progresser librement dans le changement de son mode de vie, sans un sentiment omniprésent de culpabilité.

B. Cahier des charges de l'outil

1. Disponibilité

La caractéristique première de l'outil est son accessibilité. Bien souvent et ce pour chaque pathologie, les manuels et autres guides exhaustifs ne manquent pas. Toutefois, leur version imprimée représente un ouvrage tellement encombrant, qu'il reste bien plus souvent rangé dans une bibliothèque plutôt que sur le bureau du praticien. Le format numérique avec accès par le smartphone semble donc nettement plus adapté, car il permet de puiser précisément l'information recherchée en peu de temps.

De plus, afin de garantir au praticien une accessibilité quels que soient le moment de la journée et le lieu où il se trouve, nous avons opté pour un outil disponible en ligne.

2. Contenu

Comme nous venons de l'évoquer, un guide pratique, même s'il existe en version numérique mais qui se veut exhaustif, regroupe bien souvent une quantité trop importante de données et de texte, ce qui décourage rapidement le médecin généraliste, qui ne dispose pas d'une quantité de temps suffisante pour se plonger dans ce type de source d'informations.

La deuxième qualité de l'outil est donc son caractère épuré et synthétique, permettant une grande simplicité d'utilisation et une rapidité pour retrouver les informations recherchées. Nous n'avons pas jugé utile de revenir sur des informations évidentes, trop générales, souvent déjà connues d'un grand nombre de médecins, et ce même lorsqu'ils ne s'intéressent pas spécifiquement à la nutrition. Toutefois plusieurs liens renvoient l'utilisateur sur le site du

PNNS et de la HAS, ce qui permet d'y puiser à tout instant et rapidement des informations complémentaires.

De même, tous les aspects physiopathologiques ne seront pas abordés ou décrits dans les moindres détails, puisque d'autres sources de connaissances sont à portée de main du médecin généraliste si celui-ci désire approfondir ces points-là. Enfin, quelques articles scientifiques seront bien évidemment cités, surtout s'ils abordent des questions qui vont particulièrement intéresser les patients, mais il est certain qu'il ne va pas s'agir d'une revue complète de la littérature sur le sujet.

3. Prix

La dernière caractéristique de l'outil, et non des moindres, est son prix. En effet, il nous a paru naturel de réaliser un outil gratuit. Aucune inscription, aucun mot de passe ni aucun abonnement ne seront nécessaires pour l'utiliser. Dans sa forme initiale, il s'agit donc d'un outil de base créé avec des professionnels de santé – experts. Dans un second temps, on peut imaginer que plus le nombre d'utilisateurs de l'outil sera grand, plus l'outil en lui-même pourrait être amélioré, enrichi et mis à jour. C'est pour cela que tous les médecins généralistes, qu'ils soient en début ou en fin de carrière, voire même tous les internes qui le souhaitent, auront l'opportunité de découvrir librement cet outil et l'utiliser si celui-ci répond à leurs attentes.

En corollaire, l'outil ne peut malheureusement pas être créé par des développeurs professionnels dont les services sont onéreux, ce qui peut entraîner quelques imperfections, non sur le fond mais sur la forme.

C. Format choisi

Pour répondre à tous ces critères, nous avons décidé de créer un site web en libre accès sur internet.

La pertinence de ce choix est confirmée par la dernière enquête Ipsos Santé Connect ' 2018 (anciennement appelée CESSIM), qui s'intéresse aux sources d'informations privilégiées par les médecins généralistes. (6) Ainsi 91% des médecins généralistes interrogés déclarent utiliser quotidiennement à titre professionnel un ordinateur, 76% - un smartphone, et 59% - une tablette. Pour ce qui est des sources d'information professionnelle, bien que la presse spécialisée occupe la première place avec 84% des réponses, les échanges avec les confrères ont été cités par 76% des répondants. Par conséquent un site internet regroupant les connaissances et les méthodes de plusieurs confrères sur un thème bien précis semble être un outil intéressant et pratique.

III. Matériel et méthodes

A. Avant-propos

Cette thèse est une thèse dite « collaborative ». Elle découle d'un travail de recherche initial commun partagé avec ma consœur, Madame Elodie Bergamini, auteur de la thèse intitulée : « Difficultés des médecins généralistes face au surpoids et à l'obésité. Etat des lieux des outils utilisés en pratique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité, à travers une étude qualitative bas-rhinoise. »

B. Etude qualitative

1. Arguments justifiant le choix de ce type d'étude

Selon Yves Poisson, docteur en éducation, « le chercheur partisan de l'approche qualitative n'essaie pas d'abord de quantifier les phénomènes observés afin d'établir des corrélations. Il tente plutôt de saisir la réalité telle que la vivent les sujets avec lesquels il est en contact; il s'efforce de comprendre la réalité en essayant de pénétrer à l'intérieur de l'univers observé. »

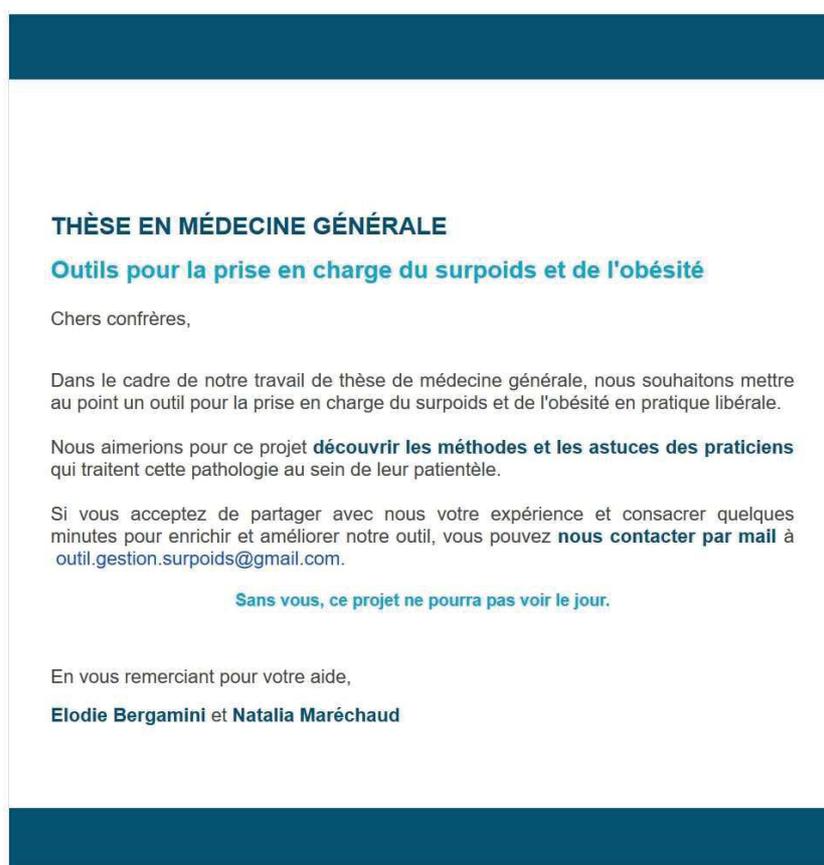
(7) Notre étude correspond parfaitement à cet énoncé : en effet, notre but n'est pas d'enregistrer un volume important de données chiffrées, mais de prendre le temps de connaître notre interlocuteur et sa façon de procéder. Il ne s'agit pas d'obtenir des données statistiques à analyser, mais puiser dans les différents entretiens les méthodes et les astuces basées sur l'expérience et les connaissances des professionnels interrogés, tout cela faisant partie intégrante de leur univers professionnel. De plus, l'étude qualitative permet d'observer la réalité de manière neutre, et non pas de tester des hypothèses préconçues comme c'est le cas avec un questionnaire.

Il est aussi évident que dans notre approche de la problématique du surpoids, notre priorité n'était pas d'interroger un échantillon le plus vaste possible. Nous avons pris le parti de mener des entretiens en nombre plus restreint, mais d'une durée plus conséquente, car tous les propos de chaque répondant interrogé avaient leur importance : qu'il s'agisse du temps accordé dans le discours à tel ou tel aspect de la problématique, des différents champs lexicaux ou des expressions utilisés, mais aussi de l'enchaînement des idées dans l'interview. Tout cela était bien sûr impossible à exploiter à travers une étude quantitative.

2. Recrutement des professionnels de santé interrogés

Afin de limiter un maximum les biais de sélection, nous avons adressé aux médecins généralistes alsaciens une invitation à participer à notre étude.

Nous avons pour cela contacté le bureau strasbourgeois de l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux (URPS ML) le 4 juillet 2017. L'URPS-ML a transféré notre message le 18 juillet 2017 sous la forme suivante :



The image shows a screenshot of an email invitation. At the top, there is a dark blue header bar. Below it, the text is as follows:

THÈSE EN MÉDECINE GÉNÉRALE
Outils pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité

Chers confrères,

Dans le cadre de notre travail de thèse de médecine générale, nous souhaitons mettre au point un outil pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité en pratique libérale.

Nous aimerions pour ce projet **découvrir les méthodes et les astuces des praticiens** qui traitent cette pathologie au sein de leur patientèle.

Si vous acceptez de partager avec nous votre expérience et consacrer quelques minutes pour enrichir et améliorer notre outil, vous pouvez **nous contacter par mail** à outil.gestion.surpoids@gmail.com.

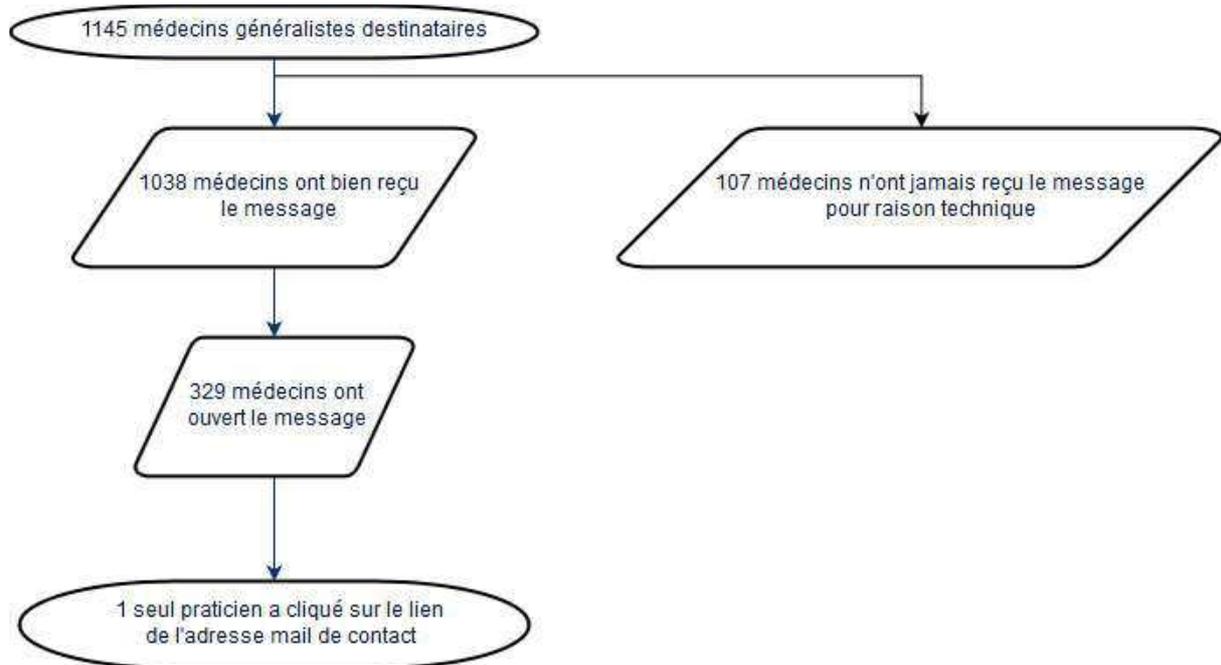
Sans vous, ce projet ne pourra pas voir le jour.

En vous remerciant pour votre aide,
Elodie Bergamini et Natalia Maréchaud

L'annonce a été envoyée à 1145 médecins généralistes exerçant en Alsace. 107 destinataires n'ont pas reçu le mail pour raison technique comme une boîte mail pleine, une erreur de réseau, une adresse mail erronée. 1038 praticiens ont donc bien reçu le message.

329 praticiens ont ouvert ce message, soit 31,7%. D'après l'URPS-ML, cela correspond à la moyenne généralement observée, tous messages confondus.

1 seul praticien a cliqué sur l'adresse mail figurant dans le corps du message.



Suite à ce premier message, nous avons finalement eu 3 réponses positives de médecins qui souhaitent participer à notre projet. Comme l'annonce avait été envoyée pendant les vacances scolaires, nous nous sommes demandées si cela n'était pas un des facteurs ayant entraîné un si faible taux de réponse.

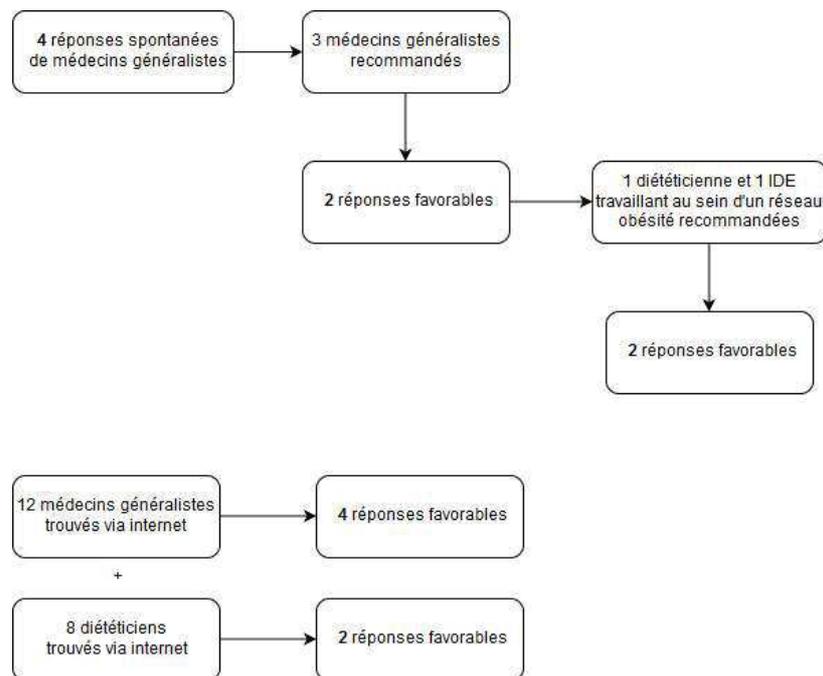
Nous avons donc décidé d'envoyer une relance toujours par l'intermédiaire de l'URPS-ML. Cela a été fait le 14 septembre 2017 et a permis d'obtenir une 4^e réponse positive.

Ces 4 premiers entretiens ont eu lieu et nous avons demandé en fin d'interview à nos répondants s'ils connaissaient des confrères ou des consœurs intéressés par la thématique du surpoids et de sa prise en charge. C'est ainsi qu'on a contacté 3 autres médecins généralistes, mais seulement 2 ont répondu favorablement. L'un de ces praticiens nous a suggéré de nous entretenir avec une diététicienne et une infirmière travaillant dans un réseau de prise en charge de l'obésité, ce que l'on a fait.

Devant l'absence de nouvelles pistes pour poursuivre le recrutement, nous avons eu recours à 2 sites web : pagesjaunes.fr et doctolib.fr avec comme critères de recherche : médecin généraliste et nutritionniste dans le Bas-Rhin. Nous avons ainsi établi une liste de 12 praticiens.

Pour apporter un point de vue comparatif, nous avons pris le parti de nous entretenir aussi avec des diététiciens : nous avons choisi d'en contacter 8.

Au total, sur les 20 personnes contactées par téléphone ou par mail dans un second temps, 6 ont répondu favorablement. Parmi les 14 personnes restantes, nous nous sommes confrontées soit à une absence totale de réponse malgré plusieurs sollicitations, soit à un refus de participer à l'étude.



Suite à ce processus de recrutement, nous avons effectué au total 14 entretiens entre le 24 octobre 2017 et le 17 septembre 2018.

3. Création d'une grille d'entretien

Au départ, nous avons fait le choix d'effectuer des entretiens semi-dirigés, tout en restant le moins directif possible, afin de laisser au praticien le maximum de liberté quant aux facettes du problème de l'excès de poids qu'il souhaitait aborder plus ou moins en détails.

Nous avons précisé quelques axes : premièrement pour mieux connaître l'activité et le parcours du praticien interrogé, secondement pour définir la place du généraliste dans la prise en charge du surpoids et enfin le déroulement de la prise en charge. Pour finir, nous souhaitons accorder aussi de l'importance aux difficultés rencontrées et aux limites de ce type de prise en charge. Cette première trame d'entretien se trouve en annexe 1.

Notre but était par ailleurs de susciter chez nos interlocuteurs la volonté de partager avec nous des expériences passées et des anecdotes de patients.

4. Modification de la grille d'entretien

Après avoir effectué 4 premiers entretiens selon cette trame, nous nous sommes aperçues que les aspects pratiques de la prise en charge n'étaient pas assez développés, et bien que beaucoup d'idées phares émanaient des interviews, les propos recueillis manquaient selon nous de précision et de détails. C'est pourquoi nous avons revu notre trame pour les 10 entretiens suivants. Nous avons accordé une importance toute particulière à poser les questions de façon ouverte et avec le moins de suggestivité de notre part. Cette deuxième trame est disponible en annexe 2.

De plus nous avons pris le soin au cours des entretiens de respecter au maximum les moments de silence, sans enchaîner directement avec une nouvelle question. Cela a rarement été un

frein pour nos interlocuteurs. Au contraire, cela a souvent permis de redonner un nouveau souffle et un élan supplémentaire à l'interview pour rebondir sur d'autres aspects du problème.

5. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par deux enquêtrices : ma co-thésarde et moi-même. Douze des quatorze entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail de la personne interrogée. Cela n'a pas été possible pour un des entretiens, car le répondant se rend au domicile des patients et ne dispose donc pas d'un cabinet. Un autre répondant a délibérément demandé à ce que l'entretien se déroule à son domicile.

La durée des entretiens était très variable, allant de 18 minutes à 58 minutes. Dans la plupart des cas le facteur nous poussant à abrégé l'entretien était le manque de temps libre de la part du répondant, avec très souvent des consultations programmées juste après l'entretien.

Toutes les personnes interrogées ont exprimé leur accord verbal en début d'entretien pour que celui-ci soit enregistré en version audio.

Chacune des deux enquêtrices a retranscrit mot à mot les entretiens qu'elle a effectués, en adaptant au mieux la ponctuation utilisée. L'annexe 3 correspond à la retranscription d'un des entretiens.

6. Fin du recrutement

Au départ, nous souhaitions poursuivre les entretiens jusqu'à l'obtention d'une saturation des données comme cela est attendu dans les études qualitatives.

Notre première déception a été le faible taux de réponse à notre premier mail. Comme l'envoi avait eu lieu durant les vacances scolaires, nous pensions que la relance permettrait d'obtenir plus de réponses.

Finalement, nous avons été contraintes de changer complètement d'approche en introduisant forcément un important biais de sélection de nos interlocuteurs. Nous avons pris ce parti car nous nous sommes rapidement aperçues que lorsque la prise en charge du surpoids ne s'inscrit pas dans les pratiques régulières du médecin interrogé, l'interview reste assez superficielle, seuls quelques aspects de la problématique sont abordés et ce sont bien souvent les mêmes généralités qui reviennent. L'inappétence des médecins généralistes au sujet du surpoids s'est réellement confirmée. Comme le but n'était pas de comprendre mais de développer au maximum nos pratiques, nous avons fait le choix d'enrichir ces échanges techniques en interrogeant aussi des médecins nutritionnistes et des diététiciens nutritionnistes.

Au fur et à mesure des entretiens, nous approchions de la saturation des données, mais malheureusement nous n'avons pu poursuivre par manque d'interlocuteurs. Nous avons tout de même réussi à obtenir 425 minutes d'enregistrement au total, soit plus de 7 heures.

7. Analyse des verbatim

Suite à la retranscription des différents entretiens, ma co-thésarde et moi avons toutes les deux procédé à une analyse des verbatim à l'aide du logiciel RQDA. Nos motivations pour choisir ce logiciel ont été sa disponibilité gratuite en ligne, la possibilité de l'utiliser librement depuis nos domiciles, ainsi que la présence de nombreux tutoriels en ligne pour expliquer son fonctionnement.

Chacune de nous a créé dans un premier temps sa propre analyse, en définissant des thèmes et des sous-thèmes afin d'y classer les différentes citations sélectionnées. Nous avons pour objectif non pas de synthétiser les propos de chaque interlocuteur, mais de trouver des motifs récurrents, abordés par différents professionnels et qui revenaient dans plusieurs entretiens. Cette triangulation des données constitue une des forces de notre travail de recherche.

Nous avons ensuite procédé à une mise en commun de nos analyses, en comparant les thèmes et sous-thèmes pour en dégager ensemble l'analyse finale qui nous paraissait à la fois la plus pertinente et la plus riche. Le tableau synthétisant ce travail est disponible en annexe 4.

Cette analyse a ensuite été interprétée par ma co-thésarde afin de répondre à sa question de recherche concernant les difficultés des médecins généralistes face au surpoids et à l'obésité.

C. Création de l'outil informatique

De cette première question de recherche découle ma propre question de recherche : Prise en charge du surpoids en médecine générale – création d'un outil informatique pour le partage des connaissances et des méthodes entre praticiens.

Nous avons déjà abordé dans l'introduction la réflexion menée sur le cahier des charges de l'outil que nous souhaitons créer. Nous allons aborder maintenant les aspects pratiques de la création du site web.

Pour les aspects purement techniques de cette partie, nous avons pu compter sur les explications et l'aide d'Antoine Oblinger, informaticien.

1. Choix du nom de domaine

Un des éléments les plus importants dans la création d'un site web est le choix du nom de domaine. En effet, il s'agira de la carte de visite de notre outil – c'est ce nom-là qu'il faudra mémoriser pour consulter le site. Par conséquent, le domaine devait à notre sens refléter la complexité de la problématique de l'excès de poids et notamment la multitude d'aspects intriqués qu'il faudra aborder, mais aussi avoir une fonction d'accroche auprès des professionnels qui pourront potentiellement l'utiliser, une consonance agréable tout en marquant rapidement les esprits.

Depuis quelques années plusieurs outils à type de sites web destinés aux médecins ont vu le jour. On peut citer un des plus connus et des plus utilisés actuellement : antibiodclic.com. Il en existe d'autres, comme ophtalmoclic.fr, gestaclic.fr ou demenceclic.fr.

Nous avons initialement pensé à un domaine construit avec le suffixe « clic », afin de nous inscrire nous aussi dans ce panel de sites web déjà existants. Toutefois il nous a été très difficile de trouver un terme qui correspondait à notre thématique, tout en étant concis et adapté au suffixe choisi. Un seul nom avait retenu notre attention : nutriclic.fr. Malheureusement ce nom de domaine était déjà réservé, il nous était par conséquent impossible de l'utiliser tel

quel. De plus, il présentait deux inconvénients majeurs. Tout d'abord il évoquait uniquement la problématique de la nutrition, qui occupe certes une place centrale dans notre étude, mais il est bien trop réducteur de s'y restreindre. De plus, le suffixe « clic » renvoie une idée de grande facilité d'utilisation, or la caractéristique principale de la prise en charge de l'excès de poids est sa complexité.

Nous avons alors souhaité nous tourner vers un nom combinant le sujet de notre étude tout en insistant sur les futurs usagers de l'outil : `nutridoc.fr` remplissait ces deux critères. Cependant une fois de plus l'accent était mis uniquement sur la nutrition.

Il a donc fallu se tourner vers un nom totalement différent, mais qui reprenait un concept développé par une grande partie des professionnels interrogés dans notre étude. Pour la prise en charge du surpoids, il ne faut pas raisonner simplement sur un indice de masse corporelle (IMC). Nous le verrons en détails ultérieurement, mais il faut s'intéresser au patient dans sa globalité : à sa morphologie bien sûr, mais aussi à son mode de vie, à l'histoire de son poids et à son sentiment de bien-être ou son vécu négatif. C'est ainsi que nous avons finalement opté pour un nom de domaine intitulé `Morphosante.fr`.

2. Création du site web

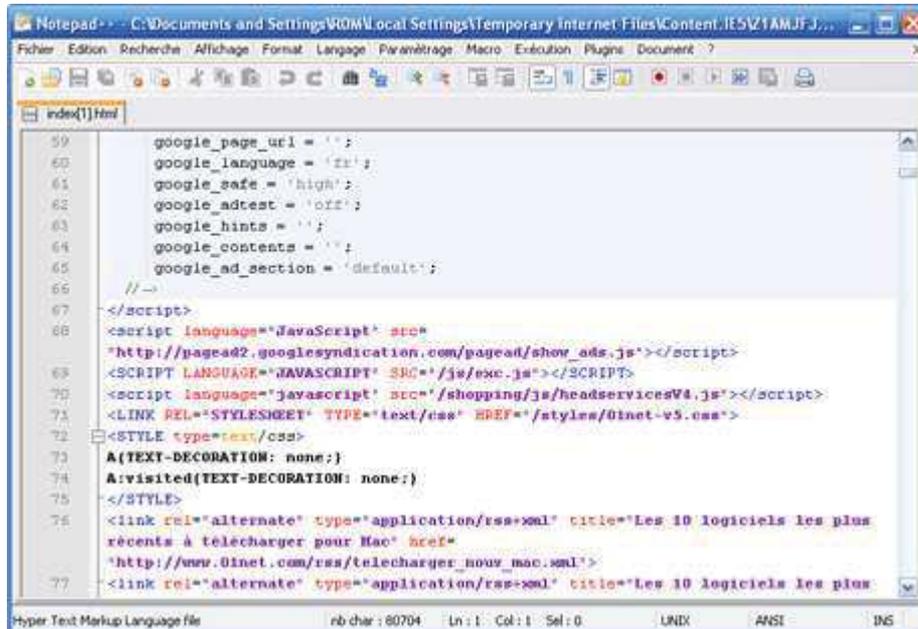
a) Codage HTML et CSS ou site web « clés en main »

On distingue actuellement deux procédés très différents pour la création d'un site web.

Le premier procédé existe depuis des années et repose sur le codage. Ainsi pour créer un site web, il faut d'abord exprimer tout son contenu et sa mise en page dans deux langages

informatiques spécifiques : le HTML (ou HyperText Markup Language) et le CSS (ou Cascading Style Sheets).

Voici à quoi ressemblent ces codes :



```

59     google_page_url = '';
60     google_language = 'fr';
61     google_safe = 'high';
62     google_adtest = 'off';
63     google_hints = '';
64     google_contents = '';
65     google_ad_section = 'default';
66     // ->
67 </script>
68 <script language="JavaScript" src=
69 *http://pagead2.googlesyndication.com/pagead/show_ads.js"></script>
70 <SCRIPT LANGUAGE="JAVASCRIPT" SRC="/js/exc.js"></SCRIPT>
71 <script language="javascript" src="/shopping/js/headservicesV4.js"></script>
72 <LINK REL="stylesheet" TYPE="text/css" HREF="/styles/0inet-v5.css">
73 </STYLE type="text/css">
74 A(TEXT-DECORATION: none;);
75 A:visited(TEXT-DECORATION: none;);
76 </STYLE>
77 <link rel="alternate" type="application/rss+xml" title="Les 10 logiciels les plus
78 récents à télécharger pour Mac" href=
79 *http://www.0inet.com/rss/telecharger_nouv_mac.xml">
80 <link rel="alternate" type="application/rss+xml" title="Les 10 logiciels les plus

```

Un tel travail n'est bien sûr pas accessible sans formation spécifique dans ce domaine de l'informatique. Confier ce travail à un professionnel a un coût, qui selon nos attentes, peut être très élevé. A titre d'exemple, lors de la création du site antibioclic.fr, le groupe de pilotage du projet a fait réaliser 3 devis. Les prix variaient de 2200€ à 5023,20€. (8)

Depuis quelques années on observe le développement d'un nouveau procédé qu'on pourrait qualifier de « clés en main ». En effet, avec un récent effet de mode de plus en plus de personnes souhaitent créer leur propre site web avec des motivations variées, personnelles ou professionnelles. Afin de supprimer l'étape du codage et de permettre à tout un chacun de créer son site, de nouveaux logiciels en ligne ont vu le jour. Composés de tutoriels et d'explications simples et détaillées, ils transforment la création de site en une activité plutôt ludique et accessible à chacun, sans nécessiter de connaissances informatiques préliminaires.

On a ainsi la possibilité de choisir la mise en page, les couleurs, les polices, organiser les menus, l'enchaînement des différentes pages et bien sûr adapter le contenu à souhait.

Il est clair que dans notre cas seule la deuxième option était envisageable, puisque le but était tout d'abord de créer le site, mais aussi de le moduler, voire même de le mettre à jour à l'avenir, tout cela de manière autonome et sans l'aide d'aucun professionnel de l'informatique.

b) Logiciel 100% gratuit ou offre payante

L'offre disponible actuellement sur le marché est très fournie. Il existe de nombreux logiciels de création de site comme par exemple Wix, Jimdo ou 1&1. Selon le logiciel choisi, il existe différentes offres avec de nombreuses options, comme l'adaptabilité ou non aux différents supports que sont l'ordinateur, le mobile et la tablette – c'est ce qu'on appelle le site web adaptatif.

L'autre grande différence c'est bien sûr l'aspect esthétique et le design. Les logiciels vont proposer des templates – c'est-à-dire des modèles de construction de page web, qu'on sera ensuite libre de modifier et adapter selon nos besoins.

Par la suite chaque logiciel va proposer plusieurs offres de fonctionnement. L'offre la plus basique sera en général gratuite. Les offres plus élaborées seront payantes. Les prix n'ont cependant rien à voir avec les prix énoncés plus tôt en cas de réalisation d'un site web par un professionnel.

Le choix d'une offre payante présente deux avantages majeurs. Le premier est la possibilité d'utiliser le nom de domaine de son choix, si celui-ci est disponible bien sûr. Dans la plupart

des offres gratuites, le domaine comporte le nom de notre choix, suivi du nom du logiciel ou d'autres suffixes complexes. Pour permettre aux médecins généralistes de retrouver notre outil rapidement, l'adresse www.morphosante.fr est bien mieux mémorisable que si on y ajoutait d'autres termes.

Le deuxième avantage est la possibilité de bénéficier d'une aide et d'une assistance technique de qualité. En effet des pannes peuvent survenir, que ce soit au niveau du serveur ou des mises à jour notamment. Dans ces cas-là, une intervention technique est bien souvent nécessaire et lorsque celle-ci est incluse dans un abonnement, elle est nettement plus rapide et efficace.

Afin de répondre à toutes nos attentes, nous avons souscrit un abonnement auprès de l'entreprise IONOS au prix de 1,20€ TTC par mois pendant 12 mois puis 12€ TTC par mois – l'offre incluant la mise à disposition du logiciel de création de site web, le domaine Morphosante.fr et l'assistance technique par téléphone en cas de nécessité.

c) Choix du template

Le choix de l'habillage graphique du site est aussi important que le nom de domaine. Un site en noir et blanc, trop complexe, trop surchargé va décourager l'utilisateur potentiel qui avant même de s'intéresser au contenu va fermer la page. Le design fait partie intégrante de la carte de visite de l'outil. Au vu de la thématique abordée en lien avec la santé, il nous a paru important de choisir des couleurs plutôt douces et sobres, sans exubérance ni fantaisie, afin de maintenir un contraste entre le fond et les écrits, permettant une meilleure lisibilité.

Le template va aussi déterminer l'organisation des différentes pages qui constituent le site ainsi que du menu et de ses onglets. C'est là aussi un point clé pour notre outil. En effet, il est essentiel que le praticien ne se sente pas perdu. Si l'enchaînement des informations est difficile à comprendre et ne paraît pas logique, aucun visiteur ne prendra le temps de le découvrir et donc encore moins de l'utiliser dans sa pratique.

Pour résumer, ces éléments techniques et esthétiques, bien que n'influant nullement le fond, seront déterminants si l'on veut que notre projet aboutisse, que notre outil prenne vie et remplisse pleinement son rôle d'aide et de partage entre les différents praticiens.

d) Contenu du site

Notre site internet a pour vocation de synthétiser les idées principales qui émanent de l'étude qualitative réalisée auparavant. On y trouvera bien évidemment les éléments récurrents retrouvés dans une grande majorité d'entretiens. Il s'agit en effet de grands items, indispensables à la prise en charge de l'excès de poids, et qui s'articuleront pour créer un tronc commun à tous les patients. Ce seront les étapes clés : elles ne seront pas toutes systématiquement développées avec chaque patient, mais elles seront abordées ou du moins gardées à l'esprit par le praticien tout au long du suivi.

Cependant, comme la problématique du poids est très personnelle, voire parfois même intime, on ajoutera autour de ce tronc commun différentes pistes que le praticien pourra emprunter en fonction de certaines spécificités du patient : qu'elles soient liées au sexe, aux antécédents, à l'entourage familial ou encore aux origines culturelles.

Afin d'approfondir certains points abordés par les professionnels de santé ou illustrer certains de leurs propos, nous aurons recours à la littérature médicale. Ces éléments, notamment lorsqu'il s'agit d'images ou de schémas, peuvent permettre au praticien de mieux comprendre un concept donné, mais peuvent aussi être réutilisés lorsque ce dernier souhaite expliquer à son tour cette idée au patient qu'il a en face de lui.

La grande difficulté est d'être à la fois riche et complet, tout en restant facile d'utilisation, clair et fluide.

IV. Résultats

A. Caractéristiques de la population interrogée

Le tableau suivant résume les caractéristiques des différents professionnels de santé interrogés dans le cadre de notre étude qualitative :

Entretien	Profession	Spécificité	Type d'activité	Milieu d'exercice	Age	Sexe
E1	Diététicienne	/	Libérale, seule	Urbain	56 ans	F
E2	Médecin généraliste	Spécialisée nutrition	Libérale, seule	Urbain	66 ans	F
E3	Médecin généraliste	Spécialisée nutrition	Libérale, association	Urbain	38 ans	F
E4	Médecin généraliste	/	Libérale, association	Semi-urbain	53 ans	F
E5	Médecin généraliste	/	Libérale, association	Semi-urbain	56 ans	M
E6	Médecin généraliste	/	Libérale, maison de santé	Urbain	54 ans	F

E7	Médecin généraliste	Travaillant au sein d'un réseau	Mixte	Urbain	51 ans	M
E8	Médecin généraliste	Spécialisé nutrition	Libérale, seul	Rural	51 ans	M
E9	Médecin généraliste	Spécialisé nutrition	Libérale, seul	Urbain	53 ans	M
E10	Médecin généraliste	/	Libérale, maison de santé	Urbain	36 ans	F
E11	Diététicienne	/	Libérale, seule	Urbain	38 ans	F
E12	Médecin généraliste	/	Libérale, seul	Rural	34 ans	M
E13	Diététicienne	Travaillant au sein d'un réseau	Salariée	Urbain	37 ans	F
E14	Infirmière	Travaillant au sein d'un réseau	Salariée	Urbain	52 ans	F

On retrouve dans le panel des répondants une nette majorité de médecins généralistes, ce qui correspond à notre idée première de nous baser sur l'expérience des praticiens de médecine générale.

La répartition selon le sexe retrouve 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes interrogés. Pour ce qui est de la population de médecins généralistes en France, les dernières données de 2015 retrouvent 43,5% de femmes. Cependant la proportion de femmes la même année parmi les infirmiers est de 87% et parmi les diététiciens – 95%. (9) La démographie de ces professions explique donc le fort taux de femmes dans notre étude.

La répartition en fonction de l'âge retrouve environ 1/3 de répondants dans la catégorie des 30-50 ans et 2/3 de répondants dans la catégorie des plus de 50 ans.

Plus des 2/3 des professionnels de santé interrogés exercent en milieu urbain. Là encore plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Tout d'abord c'est dans les villes que se trouve

la population la plus précaire et le lien entre précarité et obésité est très fort. Un projet de grande envergure mené par Thierry Lang s'est d'ailleurs intéressé de plus près à cette thématique à travers l'étude intitulée : « L'interaction entre médecins et malades est-elle productrice d'inégalité de santé ? Le cas de l'obésité ». (10) C'est donc en toute logique que la prévalence de l'obésité et du surpoids est plus importante dans les villes qu'en milieu rural. D'autre part, il faut reconnaître que le poids et l'image du corps occupent une place centrale dans la société actuelle. La promotion de la silhouette parfaite, bien que de plus en plus discutée et remise en question, est toujours véhiculée par les magazines, la télévision et les publicités. Au-delà donc de la prévalence du surpoids, c'est un motif de consultation peut-être plus fréquent en milieu urbain, ou en tous cas la reconnaissance du problème est peut-être plus répandue. Il est même légitime de se demander s'il n'y a pas une fausse reconnaissance et une demande excessive émanant de patients sans réel surpoids ni obésité, qui représenteraient une dérive potentielle dans ce domaine.

Pour ce qui est de notre travail, notre finalité est bel et bien la santé. A aucun moment nous ne souhaitons nous orienter dans le sens de cette pression sociale du corps parfait qui ne mène ni au bien-être, ni au bonheur, ni à la santé, mais bien à leurs contraires. Nous sommes dans ces cas-là souvent confrontés à des pathologies psychiatriques comme l'anorexie et la boulimie, dont souffrent beaucoup de patients et où les taux de suicide atteignent des sommets.

B. Création du site internet Morphosante.fr

Notre site internet est constitué d'une trame solide et scientifique, étoffée des expériences des différents professionnels de santé que nous avons interrogés. C'est un outil que tout

médecin généraliste peut utiliser aussi bien lorsque le problème du surpoids est abordé brièvement à l'occasion d'un tout autre motif de consultation, que lorsque le praticien et le patient débutent ensemble une réelle prise en charge.

1. Page d'accueil

Il s'agit de la première page vue en se rendant sur l'adresse du site web. Elle annonce d'emblée l'approche qui sera proposée dans Morphosanté. Le poids est bien évidemment lié à la santé, mais cela va même au-delà : on ne peut parler de poids sans aborder la question du bien-être. L'objectif du praticien ne doit pas se résumer à un nombre de kilogrammes à perdre sur une période donnée. De la même manière qu'on ne peut résumer une personne à son IMC, on ne peut limiter la prise en charge de l'excès de poids à la nutrition ou à l'activité physique.

Sur la gauche on retrouve le menu, où chaque aspect de la prise en charge correspond à un onglet qui renvoie sur une nouvelle page.

Nous allons maintenant nous intéresser en détails au contenu de chaque onglet.

2. Bilan initial

Ce sont tous les éléments qui vont servir de point de départ au praticien. En pratique, il s'agit de compléter avec le patient en surpoids une trame de consultation, surtout à travers l'interrogatoire et avec quelques données de l'examen physique.

Pour permettre au praticien de gagner du temps en consultation, il lui est possible de simplement copier puis coller dans son dossier-patient ladite trame. En bas de page nous avons repris la fiche du Réseau Limousin Nutrition créée pour les besoins de l'étude évoquée en introduction, qui résume les moyens de dépistage du surpoids, ainsi qu'une deuxième fiche qui résume tous les facteurs pouvant favoriser la prise de poids.

Par quelques clics, l'utilisateur de l'outil peut accéder à des pages plus détaillées concernant certains points que nous avons jugés intéressants à développer : il s'agit de l'histoire du poids, des antécédents et comorbidités, de l'étude du mode de vie, de la pesée ainsi que de la reconnaissance du problème et de l'initiation de la prise en charge.

a) Histoire du poids

Le poids, première préoccupation du médecin chez un nourrisson, n'est pas systématiquement une priorité chez l'adulte.

Le rapport au poids des médecins généralistes interrogés dans notre étude est très variable : certains disent peser les patients à chaque consultation, d'autres affirment ne peser que les patients qu'ils savent en surpoids, d'autres encore disent « oublier de les peser ». La question de la pesée en elle-même fera l'objet d'une interrogation à part. Toutefois le poids est bien évidemment le point de départ de la prise en charge.

Volontairement Morphosanté ne s'arrête pas aux valeurs d'IMC définies par l'OMS pour définir le surpoids et l'obésité. Plusieurs répondants de notre étude ont souligné que l'IMC était un indice peu performant. Effectivement, va-t-on refuser de prendre en charge un patient qui souhaite modifier son mode de vie parce que son IMC n'est « que » de 24 kg/m² ?

Va-t-on lui dire de patienter jusqu'à ce qu'il dépasse le seuil des 25 kg/m² ? ou des 30 kg/m² ?

De la même manière, peut-on dire de deux patients qui n'ont pas le même âge, ni le même mode de vie, mais le même IMC, qu'ils sont des individus identiques ?

L'IMC va servir de repère. Toutefois le raisonnement du clinicien devra aller bien au-delà. J'irai même jusqu'à dire qu'une prise de 10 kilogrammes chez une patiente de 20 ans la faisant passer de 21 à 25 kg/m² d'IMC en quelques mois est bien plus alarmante que chez une patiente de 40 ans présentant un IMC de 30 kg/m² depuis plus de 10 ans. Bien que dans le deuxième cas l'IMC soit plus élevé, la situation de la première patiente semble plus préoccupante, notamment sur le plan des risques cardio-vasculaires. Il faut donc bien distinguer deux aspects très différents : l'IMC n'est pas à considérer comme une valeur brute mais bien comme une donnée à corrélérer aux variations du poids.

Comment par conséquent exploiter les données concernant le poids ?

Il sera capital d'examiner l'évolution du poids sur toute la vie du patient, en commençant par l'enfance, puis l'adolescence – période marquée par un grand nombre de changements psychologiques. Il faudra aussi revenir avec le patient sur tous les événements marquants, tant dans la vie privée que professionnelle, et dans la santé qui ont eu une répercussion sur le poids. Ces premiers éléments correspondent bien souvent à des périodes charnières de la vie, tant sur le corps que sur le vécu émotionnel, et on ne pourra en faire abstraction quel que soit le type de suivi que l'on voudra proposer. De plus, si le patient fait le choix de partager avec son médecin ces événements difficiles ou douloureux, leur relation de confiance n'en sera que renforcée.

Il est aussi important d'aborder la question des démarches déjà entreprises pour perdre du poids. Le patient a-t-il déjà été suivi pour ce motif par un médecin ? A-t-il déjà rencontré un diététicien ? A-t-il déjà entrepris des régimes au sens populaire du terme ?

L'étude de cohorte NutriNet Santé de 2012 a montré que parmi les 18 188 sujets ayant déclaré avoir suivi au moins un régime amaigrissant au cours de leur vie, 86% étaient des femmes et la majorité d'entre elles avait suivi plus d'un régime durant leur vie. 9,3% de ces femmes ont même déclaré avoir suivi plus de 10 régimes. Les auteurs concluent qu'au-delà des risques potentiels pour la santé, les régimes occasionnent une importante frustration des patients, rendant ainsi chaque nouvelle approche de la problématique du surpoids encore plus complexe. (11)

b) Antécédents et comorbidités

Comme pour toute autre pathologie il faudra explorer la piste d'un surpoids secondaire, symptôme d'une autre maladie, ainsi que l'hypothèse d'un excès de poids de cause iatrogène.

Pour faire le bilan des comorbidités, le praticien sera amené à faire un bilan biologique.

Deux des médecins interrogés (soit 20%) ont régulièrement recours au test de HOMA pour explorer l'insulinorésistance. Si le test s'avère positif, ce qui correspond à un indice de HOMA supérieur à 3 (et pour certains auteurs même 2,7), l'insulinorésistance est confirmée. Dans ces cas-là, les praticiens prescrivent même un traitement temporaire par Glucophage (ou METFORMINE) pour lever cette insulinorésistance et pour mieux agir sur le métabolisme et donc le poids par la suite.

Dans la littérature nous pouvons d'ailleurs citer une étude hollandaise qui a comparé l'effet de la METFORMINE versus placebo sur l'IMC et l'insulinorésistance évaluée par l'indice de HOMA chez des adolescents obèses (12). A l'issue de 18 mois de traitement, la différence de variation de l'indice de HOMA n'est pas significative entre les deux groupes. Cependant les auteurs mettent en évidence une diminution significative de l'IMC dans le groupe METFORMINE après 12 mois de traitement. Durant les 6 mois suivants, l'IMC du groupe METFORMINE a à nouveau augmenté pour atteindre ses valeurs du début de l'étude. Bien que l'étude manque de puissance et qu'on note certains biais, il semblerait que la METFORMINE puisse effectivement être une aide en début de prise en charge pour les patients non diabétiques mais présentant tout de même une résistance à l'insuline.

Trois des professionnels de santé interrogés dans notre étude ont recours à la supplémentation par micronutrition. Le raisonnement théorique semble intéressant et d'après leurs expériences, cela représente une aide supplémentaire pour le patient, aussi bien pour perdre du poids que pour traiter certains troubles de l'humeur ou certaines pathologies endocriniennes aux stades précoces. Toutefois aucune étude d'un niveau de preuve suffisamment fort n'a permis de confirmer les avantages de la micronutrition. On ne trouve dans la littérature scientifique qu'un rapport de l'Agence française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA – aujourd'hui devenue l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) datant de 2003, élaboré suite à une demande du Ministère de la Jeunesse et des Sports d'évaluation du concept de la micronutrition utilisée dans l'alimentation des sportifs. (13) Ce rapport stipule que « la micronutrition n'est pas actuellement un concept défini au plan scientifique et ne bénéficie pas d'une reconnaissance officielle des institutions compétentes », que « la supplémentation systématique sans justifications biologiques reconnues est à proscrire » et qu'« il n'existe pas actuellement de

marqueurs scientifiquement validés et dont le lien avec les effets biologiques a été établi ». Plusieurs professionnels de santé en sont convaincus, cependant il n'y a aucune validité retrouvée dans des résultats scientifiques. Des études supplémentaires sont nécessaires avant de l'inclure dans les recommandations.

c) Etude du mode de vie

C'est là encore une étape très importante du début de la prise en charge, puisqu'elle a été spontanément abordée dans tous les entretiens. Elle se compose de deux volets.

Le premier volet concerne le mode de vie non alimentaire, qu'il faut explorer au sens large et dans les moindres détails. Il faut s'intéresser au rythme de vie, à l'heure du réveil, aux modes de transport habituellement utilisés, au temps consacré chaque jour aux déplacements, au type de travail effectué, aux horaires. Par la suite il sera important d'adapter nos recommandations et conseils au quotidien du patient, tout en restant réaliste – un patient qui travaille en équipe ne pourra pas avoir des horaires de sommeil réguliers par exemple.

D'autre part il faut détailler le versant alimentaire. Parfois on met en évidence très rapidement une grosse erreur alimentaire, comme la consommation importante de soda ou un grignotage pluriquotidien – dans ce cas la suite de la prise en charge apparaît comme une évidence. Toutefois ce cas de figure reste assez rare. Il faut donc procéder méthodiquement à l'analyse de l'alimentation habituelle du patient.

D'après notre étude qualitative, on distingue 3 méthodes. La première consiste à s'intéresser aux dernières 24 heures, qui dans la plupart des cas reflèteront assez bien les habitudes du patient. Là encore chaque détail a son importance : temps consacré aux repas, lieu où ces

repas sont consommés (restaurant, domicile, lieu de travail), temps passé à cuisiner chaque jour, etc.

Si on veut avoir des informations sur une période plus longue, le plus simple est de demander au patient de réaliser un journal alimentaire. Sur une période allant d'une semaine à une dizaine de jours (les professionnels de santé insistent d'ailleurs sur le manque d'intérêt de tenir un journal sur une durée plus longue), le patient va noter tout ce qu'il consomme, en essayant de préciser la quantité (grande assiette, demi-assiette) et les circonstances (« j'ai mangé une tablette de chocolat entière car je me suis disputée avec mon conjoint »). L'inconvénient du journal alimentaire est d'induire une part de culpabilité chez le patient. Très souvent le fait d'écrire va entraîner une prise de conscience. Par conséquent il sera aussi tenté de ne pas être honnête et d'édulcorer la réalité. C'est là encore un point à travailler pour renforcer la confiance entre le praticien et le patient : pour une prise en charge du surpoids, il ne sert à rien de vouloir « tricher ». Si on veut que les efforts aboutissent, il faut que le patient soit en mesure d'exprimer les choses telles qu'elles sont, en toute honnêteté.

Enfin, pour un des praticiens interrogés, l'étude alimentaire peut se résumer à cinq questions :

- Prenez-vous un petit-déjeuner ?
- Combien de fois par jour mangez-vous ?
- Combien de temps durent vos repas ?
- Avez-vous l'impression de grignoter ?
- Buvez-vous des boissons sucrées de type soda ?

En bas de la page « étude du mode de vie » sur Morphosante.fr, le praticien peut télécharger en quelques clics un modèle de journal alimentaire à imprimer et remettre au patient – notre

but étant toujours de fournir un outil à la fois pratique et très simple d'utilisation pendant la consultation.

d) La pesée

Il s'agit en apparence d'une mesure anthropométrique des plus simples. Curieusement elle est pratiquée par les médecins de manière très variable comme nous l'avons déjà évoqué. Pour la HAS, la pesée est essentielle et elle doit s'inscrire dans le déroulement de chaque consultation, quel qu'en soit le motif.

Alors qu'en est-il en pratique ?

La question de la pesée a souvent été abordée spontanément durant les entretiens de l'étude qualitative. Beaucoup de praticiens s'y intéressent du point de vue du patient. Comment se sent la personne en surpoids à qui vous demandez de monter sur la balance tous les mois ? Ou à chaque fois que vous l'avez en face de vous ? La pesée est bien souvent perçue comme gênante, honteuse, ou même humiliante, a fortiori pour les patients en surpoids ou obèses. Quelle est donc la meilleure approche ? Difficile à dire. Il faut essayer de sentir ce que le patient est prêt à accepter. La pesée peut initialement être proposée, il est même possible de noter le poids sans que le patient le voit. Ensuite, un des objectifs de la prise en charge pourra être de réconcilier le patient avec le simple fait de monter sur une balance. C'est là encore un élément important pour ne pas éveiller un sentiment de culpabilité.

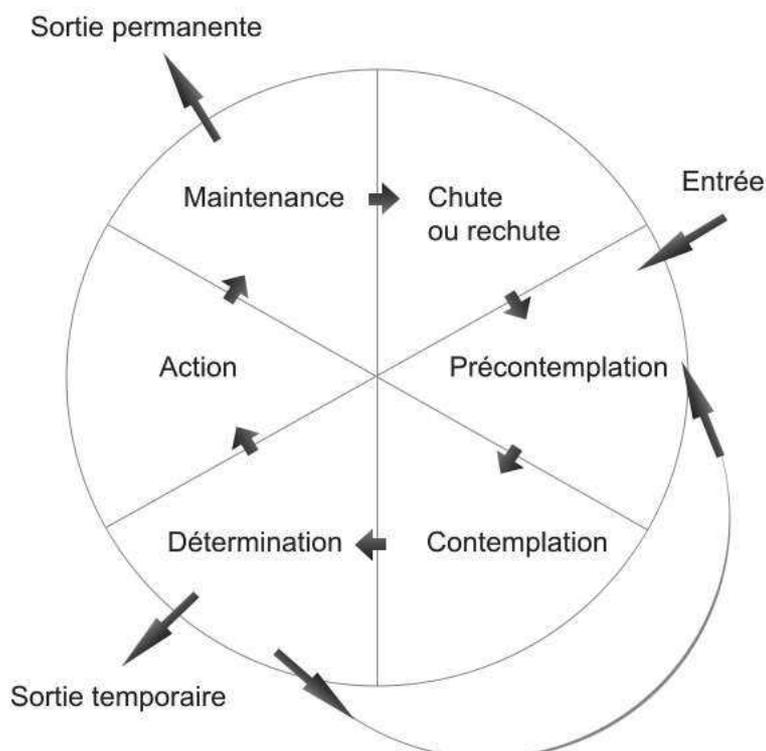
Un des répondants de l'étude a déclaré : « le poids c'est juste un chiffre sur une balance, mais ça ne détermine pas non plus la personne. » Cela rejoint la réflexion sur l'IMC. C'est là encore

un message à garder à l'esprit tout au long de la prise en charge : la réussite de celle-ci ne sera pas déterminée uniquement en fonction du chiffre qu'indiquera au final la balance.

e) Reconnaissance du problème et initiation de la prise en charge

Lorsque la demande de prise en charge émane du patient, le travail du praticien est nettement facilité.

Il est beaucoup plus ardu de faire reconnaître et accepter le problème du poids par le patient. De nombreux professionnels utilisent comme point de départ la santé actuelle des personnes. Lorsque des évènements cardio-vasculaires se sont déjà produits, lorsque le patient souffre de pathologies aggravées par le surpoids, comme l'arthrose, cela peut être l'argument pour proposer un changement. Très souvent le patient acquiesce, mais n'adhère pas à la proposition. En effet, comme pour les patients souffrant d'addiction, un chemin doit se faire selon plusieurs étapes. C'est ce qui a été décrit par Prochaska et Di Clemente (14).



En tant que praticien et d'autant plus lorsqu'on est le médecin traitant, il faut parler du poids. Pas de manière systématique, et toujours avec tact. Il faut profiter de chaque occasion qui se présente pour relancer le sujet, afin d'avancer dans ces différents stades qui mènent au changement.

Lorsqu'on souhaite débiter une prise en charge, il faut faire comprendre au patient le message qui est au cœur de Morphosanté. Tout d'abord la prise en charge n'a pas réellement de durée : il ne s'agit pas de 6 mois ni d'un an, mais réellement de quelque chose qui s'inscrit dans la durée, sur des années. Le but est qu'un suivi médical régulier ne soit plus nécessaire au bout d'un certain temps, car le patient aura totalement intégré les changements dans son nouveau mode de vie.

En quoi va donc consister notre prise en charge ? Tout d'abord le patient doit apprendre à se connaître et accepter son corps. Il doit aussi améliorer son alimentation, pour que ses apports correspondent le plus possible à ce dont son corps a besoin, tout en gardant le plaisir de manger. De plus, il est nécessaire de bouger et de se dépenser. Le but est double : améliorer sa santé et acquérir un état de bien-être.

f) Explications des mécanismes physiologiques

Nous avons fait le choix dans Morphosanté de ne pas aborder les différents mécanismes physiologiques que sont notamment le remplissage et la vidange gastrique, le principe de satiété, les pics d'insuline, le métabolisme de base, bien que ces notions ont été abordées par les répondants de notre étude.

Les mécanismes qui sous-tendent la nutrition et le métabolisme sont multiples. Chaque praticien a à sa portée de multiples sources d'informations pour approfondir ses connaissances : les articles scientifiques, les ouvrages spécialisés, les différents sites web déjà existants. Il est évident qu'une bonne compréhension de ces mécanismes permet de les vulgariser et de les transmettre au patient. Ceci est un excellent moyen pour renforcer la motivation de ce dernier. Cependant le contenu de Morphosanté étant d'ores et déjà dense et volumineux, nous laissons le soin aux praticiens d'approfondir ces questions par d'autres moyens, tout en gardant toujours à l'esprit que le discours du médecin se doit d'être adapté au patient qu'il a en face de lui.

3. Prise en charge nutritionnelle

La nutrition correspond à un des axes principaux formant le trépied de la prise en charge de l'excès de poids. C'est à ce niveau qu'il faudra agir en premier lieu pour débiter un changement.

La prise de poids découle d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Pour renverser cette tendance, il faut diminuer ces apports. C'est l'idée qui a été développée dans tous les entretiens effectués au cours de notre étude. Cependant il est souvent difficile de faire comprendre au patient qu'une modification temporaire des apports va apporter une perte de poids temporaire, mais dès lors que le patient va reprendre ses consommations habituelles, il va retrouver son poids initial, voire même le dépasser de quelques kilogrammes supplémentaires par le mécanisme bien décrit d'effet yo-yo.

Un lien sur cette page permet d'accéder aux recommandations du PNNS concernant l'alimentation. Nous souhaitons par ce moyen faciliter aussi bien pour le praticien que pour son patient, l'utilisation des « guides alimentaires » du site mangerbouger, qui sont complets et adaptés à chaque profil.

a) Conseils et organisation

Il est crucial de voir la personne dans sa globalité. Si un patient présente un excès de poids, il faut changer radicalement son alimentation et ce de manière définitive. On retrouve ainsi une idée clé commune à la majorité des praticiens interrogés (12/14) : le principe de « régime » au sens populaire du terme est contraire à l'effet recherché, car par définition, il s'agit de quelque chose de transitoire et de restrictif.

L'alimentation se doit d'être rééquilibrée, en se basant sur certaines règles hygiéno-diététiques à suivre continuellement. La notion de « régime » quel qu'il soit est à proscrire définitivement. Le patient doit bénéficier d'une rééducation alimentaire conduite avec pédagogie, pour lui expliquer comment manger.

Si l'enquête alimentaire réalisée au départ met en évidence **de grandes erreurs nutritionnelles**, celles-ci sont à **corriger en priorité**. Bien souvent les patients ont déjà cette notion : ne consommer des sodas qu'occasionnellement, éviter de grignoter, limiter les graisses ajoutées comme le beurre et la crème fraîche. On peut y ajouter une attention particulière à la quantité de sel consommée. Les associations de deux féculents dans une même assiette sont à éviter (pain compris). Le slogan « manger 5 fruits et légumes par jour » peut donner l'impression de pouvoir manger des fruits sans aucune restriction, or la

consommation de grandes quantités de fruits au moment et en dehors des repas peut apporter trop de glucides.

Le but est de **créer au sein de chaque repas un équilibre nutritionnel**. Schématiquement, l'assiette peut être divisée en 3 parties. Les légumes occupent une moitié. La viande, le poisson ou les œufs représentent un quart. Le dernier quart se compose de féculents, de préférence aux céréales complètes. Cette représentation imagée est largement suffisante et va être simple à mettre en œuvre, contrairement à la pesée systématique de chaque classe d'aliments. Cependant il peut être intéressant d'introduire la notion de ration quotidienne, notamment pour les féculents, et inviter le patient à peser par exemple les pâtes non cuites pour prendre conscience du volume que cela représente.

Une astuce importante consiste à utiliser **des assiettes de taille plus petite**. En effet cela va créer un effet d'optique donnant l'impression d'une assiette bien remplie avec des quantités moindres. Ainsi pas de sensation de famine ni de privation pour le patient. De plus, cela permet d'éviter les situations où le patient se sert en grande quantité et finit son assiette, non pas par faim mais simplement par habitude.

D'une manière plus générale, il faut **oublier la notion d'aliments « interdits »** - chaque aliment est autorisé, seule la quantité et la fréquence de consommation seront à adapter. Moins on éveille de frustration, et plus les changements alimentaires seront durables, puisqu'ils seront perçus comme naturels et « normaux ». Il est d'ailleurs intéressant de remarquer qu'une grande partie des régimes que l'on trouve dans les médias grand public se basent justement sur cette notion d'aliments « qui font maigrir » et d'aliments strictement interdits, ce qui est une fois de plus contraire aux principes de la nutrition. (15)

Pour que le patient comprenne comment manger, il est important de lui rappeler **d'écouter son corps**. La nourriture est là pour pallier à la faim. Si on passe à table alors qu'on n'a pas faim, le repas ne remplit pas son rôle. De même on arrête de manger lorsqu'on se sent rassasié. Ainsi les quantités consommées à chaque repas sont moindres, la digestion est facilitée et le patient ressent à nouveau la faim au repas d'après.

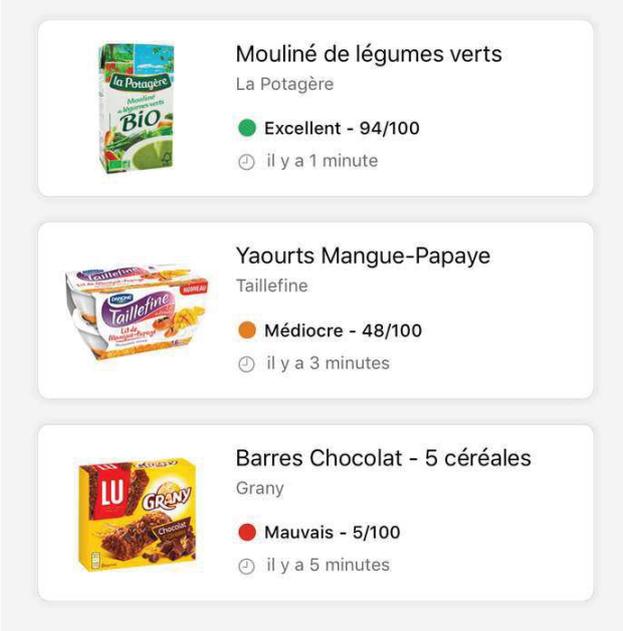
Dans la société de consommation actuelle, où le gain de temps devient une priorité, on a de plus en plus recours aux plats industriels, achetés dans la grande distribution et prêts à être réchauffés. Cependant les valeurs nutritionnelles de ce type de plats sont souvent médiocres avec beaucoup de graisses, de sels, de conservateurs et une quasi disparition des vitamines et minéraux. Il faut proposer aux patients de **réinvestir leur cuisine** : la préparation des repas à partir des produits bruts est ce qu'il y a de plus sain. Qu'il s'agisse des plats ou des desserts, la fabrication « maison » permet de choisir tous les ingrédients et d'adapter soi-même la quantité de sucre et de sel.

La réduction des quantités doit aussi favoriser **un choix de produits de qualité**. Il est préférable de choisir des produits frais, de saison, locaux, plutôt que des produits raffinés à prix bas. Ainsi le patient peut intégrer l'alimentation à sa perception de la santé, c'est-à-dire se procurer du plaisir, améliorer sa santé et prendre soin de son corps à travers ce qu'il mange.

Pour ce qui est de l'achat des produits, peu de patients **s'intéressent à l'étiquetage**. Le choix se porte le plus souvent selon les habitudes et l'emballage, seule une minorité va lire la liste des ingrédients et les tableaux des valeurs nutritionnelles. Les informations qui y sont contenues peuvent paraître trop complexes. C'est pour cela que la loi Santé de 2016 a mis en place le Nutri-Score. Celui-ci définit selon 5 lettres (A, B, C, D, E) la qualité nutritionnelle du produit. Les aliments A sont naturellement à privilégier. Le NutriScore n'a pas encore été

intégré dans les habitudes des consommateurs. Il est intéressant de se demander si ces principes de nutrition ne devraient pas être enseignés aux enfants, en les intégrant dans les programmes scolaires – c’est en tout cas une question soulevée par deux des professionnels de santé de notre étude.

Pour faciliter encore plus l’achat des aliments aux consommateurs, une application pour smartphone aide elle aussi à déterminer les valeurs nutritionnelles des produits : il s’agit de Yuka®.(16) Elle permet de scanner les codes-barres des produits alimentaires qui seront ensuite évalués selon leur qualité : excellente, médiocre ou mauvaise. Le terme de « qualité » regroupe en réalité trois critères : la qualité nutritionnelle basée sur le Nutri-Score, la quantité d’additifs nocifs et la dimension biologique basée sur le label bio français ou européen. Pour chaque produit médiocre ou mauvais scanné, l’application suggère un équivalent de meilleure qualité. Ainsi le patient peut choisir au sein d’une famille d’aliments comme les yaourts, celui qui est le mieux évalué. A noter que Yuka® utilise la base de données OpenFoodFacts. Elle déclare ne travailler avec aucune marque ni aucun fabricant, ce qui garantit une plus grande objectivité.



	<p>Mouliné de légumes verts La Potagère</p> <p>● Excellent - 94/100</p> <p>🕒 il y a 1 minute</p>
	<p>Yaourts Mangue-Papaye Taillefine</p> <p>● Médiocre - 48/100</p> <p>🕒 il y a 3 minutes</p>
	<p>Barres Chocolat - 5 céréales Grany</p> <p>● Mauvais - 5/100</p> <p>🕒 il y a 5 minutes</p>

Afin de garantir un rythme régulier dans l'alimentation, il est recommandé de **ne pas sauter de repas**. Cela rejoint l'idée de faim et de satiété évoquée plus tôt. Les périodes imposées de jeûne prolongé vont certes entraîner une perte de poids quasi immédiate, suivie d'un effet rebond encore plus important dans un second temps. De plus, après une période de jeûne, le taux de leptine sera particulièrement bas et par conséquent au repas suivant, la prise alimentaire sera encore plus importante pour arriver à une sensation de satiété.

Il faut souligner aussi que l'équilibre alimentaire ne se construit pas forcément sur une seule journée. C'est quelque chose que l'on peut **rétablir sur quelques jours**. Ainsi en cas de repas plus copieux, le patient peut manger un peu moins ou réduire la quantité de sucres ingérés durant les quelques jours qui précèdent ou qui suivent ce repas. Tout est donc une question d'organisation.

Enfin il est intéressant d'évoquer avec le patient la question du temps consacré aux repas. Dès le début de chaque prise alimentaire, la « cascade de la satiété » se met en place et va conduire à l'arrêt de la prise. Si le sujet consomme son repas rapidement, la quantité ingérée



jusqu'au sentiment de satiété est importante. Au contraire s'il mange doucement, cette quantité sera naturellement moindre. Cette attitude s'inscrit dans le principe de pleine conscience que nous détaillerons plus tard. Là encore un outil-astuce pour certains patients a été évoqué lors d'un des entretiens de l'étude. Il s'agit de

HAPIfork® – une fourchette qui vibre lorsque les mouvements entre l'assiette et la bouche sont trop rapides. Il s'agit d'un objet assez onéreux (25 euros), qui n'a pas la prétention de faire considérablement maigrir tous les individus, mais qui peut dans certains cas permettre

une prise de conscience du patient. De la même manière on peut proposer au patient de mâcher chaque bouchée dix à quinze fois avant de l'avalier.

Sur cette page de Morphosante.fr, le praticien peut en quelques clics télécharger un résumé des conseils pour le patient en version imprimable. De plus, il a accès directement aux fiches du Réseau Limousin Nutrition sur la lecture de l'étiquetage nutritionnel et la bonne gestion du budget alimentation.

b) Repas festifs

Dans une approche d'équilibration et de rééducation alimentaire, il est nécessaire d'aborder aussi la question des repas de fêtes ou ceux partagés entre amis.

Bien plus qu'un besoin vital conditionnant la survie, l'alimentation s'inscrit dans un processus de sociabilisation. En effet, les repas sont devenus de vrais moments de partage et de discussion. Il est donc inconcevable d'éliminer cet aspect de l'alimentation chez le patient que l'on prend en charge. La rééducation alimentaire est un procédé suffisamment difficile, qui ne doit en aucun cas engendrer un isolement social, bien au contraire – le soutien de la famille et des proches est essentiel pour progresser vers l'équilibre alimentaire.

Pour les repas de fête, comme le nom l'indique, il s'agit d'un moment festif, de joie, d'insouciance, qui ne doit pas être ponctué de restrictions ni d'interdits, tant sur le plan des aliments que des boissons. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà souligné, il suffit d'anticiper ou d'adapter l'alimentation des 2 ou 3 jours suivants pour revenir à un équilibre alimentaire global, à condition de ne pas s'inscrire à nouveau dans une privation. Cependant ces repas-là

doivent demeurer occasionnels voire exceptionnels : deux repas festifs par semaine annulent tous les efforts hebdomadaires. (17)

Si dans sa vie sociale le patient est régulièrement confronté à des apéritifs ou des repas au restaurant, quelques astuces complémentaires sont à connaître.

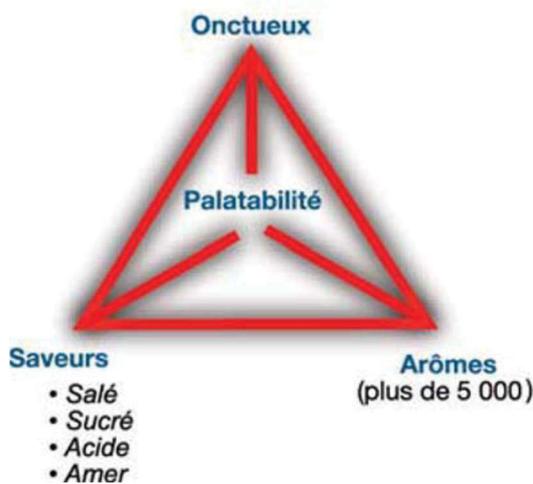
L'alcool peut être consommé, mais de manière ponctuelle et en quantité raisonnable. En effet, il s'agit d'une boisson hyper énergétique sous un faible volume. Ainsi, après avoir ingéré une quantité importante de calories, l'impression de satiété sera absente puisque le remplissage de l'estomac sera très faible. Il peut être judicieux de recommander au patient d'alterner un verre d'alcool (ou de soda qui présente les mêmes caractéristiques) avec un verre d'eau. Ainsi l'hydratation est préservée et l'estomac étant plus rempli, l'appétence diminue.

L'apéritif et plus généralement les buffets présentent comme inconvénient de proposer une grande quantité d'aliments souvent sous une forme très appétissante. Qu'il s'agisse d'aliments salés ou sucrés, le patient doit prendre le temps d'observer et de se demander ce qui lui fait réellement envie. Que souhaite-t-il consommer ? Le mieux est de regrouper son choix sur une assiette, cela permet de mieux prendre conscience de ce qu'il mange. De la même manière pour les desserts, si le patient n'arrive pas à choisir, il faut choisir deux petites portions par exemple.

Lors des repas au restaurant, un temps de réflexion est aussi indiqué. Il est plutôt recommandé de choisir entre l'entrée et le dessert et de ne prendre qu'exceptionnellement un menu « entrée-plat-dessert » souvent trop copieux. Le patient doit donc se demander quelle proposition sur la carte le tente le plus, pour ensuite procéder à une association favorisant le plus grand équilibre nutritionnel. Le choix d'un plat composé principalement de légumes, avec peu de féculents, va permettre la consommation d'un dessert. Par contre le

choix d'un plat principal gras, à base de fromage ou avec de la sauce, devra plutôt être associé à une entrée à base de crudités ou autres légumes.

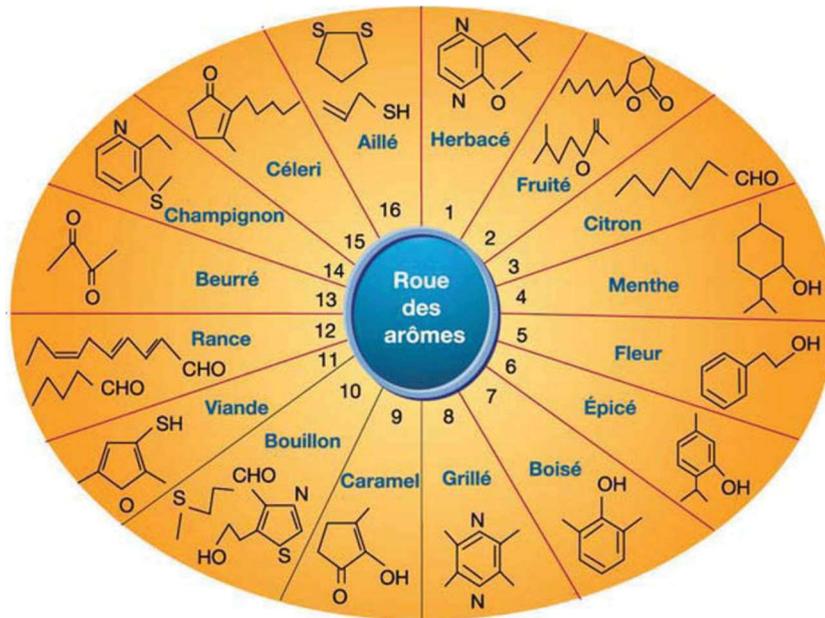
c) Plaisirs et créativité



Plus que sa dimension sociabilisante, l'alimentation est aussi une importante source de plaisir intimement lié à la palatabilité, c'est-à-dire le caractère agréable au palais. Celui-ci va dépendre de 3 composantes : la sensation en bouche (onctueux, craquant, croustillant), les saveurs (salée, sucrée, amère, acide) et les

arômes. Le rééquilibrage alimentaire va très souvent perturber la palatabilité du patient, habitué d'une part à une alimentation très onctueuse mais aussi à des saveurs bien marquées. Le caractère onctueux sera principalement lié à la quantité de graisse, et sera nettement réduit avec la diminution des graisses ajoutées et le choix de viandes et de poissons maigres. Le sel et le sucre, réduits eux aussi, vont donner une impression d'alimentation fade. (18) (19)

Pour pallier à cela, des solutions simples existent.



Pour les viandes et les poissons maigres, la préparation braisée et grillée apportera des arômes à des aliments qui en sont naturellement dépourvus.

Pour l'aspect onctueux, on optera pour des huiles végétales, là encore riches en arômes et de surcroît en graisses mono-insaturées. Ainsi il faut savoir que l'huile d'olive a une valeur gustative importante puisqu'elle est obtenue par pression et filtration, sans procédés de purification ultérieure. Il en est de même avec l'huile de noix, alors que les autres huiles qui seront raffinées, perdront ces qualités. Il est d'ailleurs très important de rappeler au patient que toutes les matières grasses ne sont pas à proscrire. Il faut bien distinguer les graisses saturées des graisses mono et polyinsaturées, ces dernières seront à privilégier.

La substitution aux saveurs salées et sucrées sera possible par différents moyens. Les herbes aromatiques fortement odorantes comme l'ail, le basilic, l'estragon, le laurier, donneront une nouvelle dimension au plat préparé. La transformation du sucre en caramel décuplera la palette aromatique et ajoutera en plus une sensation de craquant que le sucre ne possède

pas. Enfin pour ce qui est des fromages par exemple, il sera plus judicieux de consommer un fromage aromatique comme le roquefort ou le camembert, souvent certes plus gras, mais en petite quantité, que des quantités importantes de fromage plus fade comme le gruyère ou le comté. Bien évidemment ces conseils seront à adapter au patient et à ses goûts.

Afin de conserver ce plaisir lié à l'alimentation, l'élément clé est d'apprendre à préparer ses repas. Il faut réinvestir le temps consacré à la cuisine. Il est essentiel que le patient apprenne par lui-même à découvrir des nouveautés dans son assiette en prenant ses propres initiatives. C'est pour cela que près de la moitié des professionnels de santé interrogés dans notre étude (5/14) a souligné l'importance de laisser au patient l'opportunité d'éveiller sa créativité et son imagination. L'association des aliments sera le point de départ. Il sera ensuite tout aussi important de bien choisir le mode de cuisson, l'assaisonnement et pour finir la présentation de ce qu'on a préparé dans l'assiette. Il est évident que le patient ne pourra pas faire cette démarche à chaque repas, mais il doit prendre le temps de le faire régulièrement.

d) Médication

Les traitements médicamenteux ayant pour but la perte de poids sont souvent au cœur de la demande des patients. En effet, il s'agirait alors d'une solution rapide, efficace et surtout simple pour régler le problème. Il est du devoir de tout praticien de médecine générale d'expliquer à ses patients qu'un tel traitement n'existe pas.

Le seul médicament commercialisé actuellement est l'Orlistat (Xenical®) à la dose de 120mg à chaque repas. Malgré plusieurs cas d'atteintes hépatiques graves chez des patients suivant ce traitement, l'Agence Européenne du Médicament (EMA) a confirmé en mars 2012 une balance bénéfice/risque favorable dans les indications de l'AMM, à savoir en association avec un

régime modérément hypocalorique pour les patients présentant un IMC supérieur à 30 mg/kg² ou un IMC supérieur à 28 mg/kg² associé à des facteurs de risque. (20) L'Orlistat agit comme inhibiteur puissant, spécifique et d'action prolongée des lipases gastro-intestinales. Les triglycérides d'origine alimentaire ne sont donc plus hydrolysés en acides gras libres et leur absorption est donc diminuée. Par conséquent l'Orlistat va provoquer comme effet indésirable une stéatorrhée entraînant des troubles digestifs, allant du simple inconfort aux douleurs abdominales, en passant par les fuites anales et parfois même des rectorragies. On note aussi des cas de néphropathie à l'oxalate pouvant même aller jusqu'à l'insuffisance rénale. Toutefois on retient surtout le risque d'interactions médicamenteuses avec l'amiodarone, les anticoagulants oraux, la contraception orale, certains immunosuppresseurs, certains traitements anticonvulsivants, et certains traitements neuroleptiques.

Actuellement l'Orlistat n'est disponible que sur prescription médicale et il n'est pas remboursé par la sécurité sociale. (21)

Les études montrent cependant que ce traitement ne présente qu'une efficacité modeste et temporaire dans la perte de poids : environ 3,5kg de plus qu'avec un placebo en 12 à 24 mois, sans preuve d'effet favorable à long terme. Au vu des nombreux effets indésirables il reste préférable de s'en abstenir au profit des interventions sur le patient dans sa globalité. (22) Aucun des professionnels de santé interrogés dans notre étude n'a d'ailleurs recours à ce traitement.

D'autres préparations sont disponibles à l'étranger, notamment une association de bupropione et de naltrexone (Mysimba®), mais dont les effets indésirables parfois graves ont été jugés nettement supérieurs aux bénéfices attendus, ce pourquoi la molécule n'est pas commercialisée en France.

Quatre des praticiens interrogés ont recours à des compléments nutritionnels et une supplémentation en micronutrition. Là encore, aucun de ces produits n'a montré de supériorité par rapport au placebo dans une étude à fort niveau de preuve.

e) Régimes populaires

La société actuelle véhicule l'image de la minceur comme l'idéal à atteindre. On trouve ce type de slogan aussi bien dans les journaux que sur internet et à la télévision. Les publicités foisonnent surtout à l'approche de l'été.

Quel qu'en soit le moyen, la finalité prônée est toujours une perte de poids rapide et obtenue sans effort. Les méthodes présentées pour obtenir une silhouette « parfaite » sont de deux types. D'une part on retrouve divers régimes restrictifs et dissociés, certains d'entre eux existent depuis plusieurs dizaines d'années. Ils se distinguent par une grande sélectivité des produits consommés, avec des aliments autorisés et d'autres - interdits. Les quantités de calories journalières recommandées varient selon le régime amaigrissant entre moins de 800 kcal et 1500 kcal. Rappelons que les besoins énergétiques moyens d'un adulte ayant une activité physique normale sont de 35 kcal/kg/24h, soit 2100 kcal/24h pour un individu de 60 kg. (23)

Lorsqu'on s'intéresse de plus près aux régimes Dukan, Miami, Atkins, Soupe aux choux, Montignac et bien d'autres encore, on remarque des caractéristiques communes. On note un nombre important de contraintes, tant dans la composition du repas que dans sa durée et son horaire. Les aliments autorisés, plus ou moins nombreux, deviennent très redondants, ce qui amène rapidement une lassitude. Les effets de ces régimes sur les risques cardio-vasculaires sont variables, toutefois des carences nutritionnelles apparaissent très fréquemment lorsque

le régime est respecté sur une période plus longue. Aussi, l'instauration de tels régimes présente un grand risque d'induire ou de majorer des troubles du comportement alimentaire, parfois déjà préexistants.

D'autre part on voit émerger de plus en plus de « programmes minceur ». Actuellement en France on peut citer *Comme j'aime*[®], *DietBon*[®] ou *Kitchendiet*[®]. Contrairement aux régimes décrits plus haut, ceux-ci proposent une alimentation variée et à première vue équilibrée. Chaque programme va livrer à ses clients la totalité des aliments qu'ils doivent consommer quotidiennement sous forme de plats à réchauffer et parfois de substituts de repas. La contrainte est donc conséquente : le client doit s'astreindre à ne manger aucun aliment supplémentaire. Les valeurs énergétiques journalières de ces menus sont bien évidemment basses : entre 1200 et 1400 kcal annoncées par le programme *Comme j'aime*[®] par exemple. L'inconvénient majeur de ces programmes est l'infantilisation de l'individu. En effet, son rôle est des plus simples : il ne se préoccupe ni des achats, ni de la préparation des aliments. Il ne suit que ce qu'on lui soumet. Par conséquent la notion de plaisir et de créativité disparaît totalement. De plus, il est extrêmement rare que la totalité du foyer suive un tel programme. La personne concernée aura donc un sentiment d'isolement, voire même de désociabilisation par rapport à ses proches qui partageront un repas. Soulignons encore le prix très élevé de ces programmes : selon la durée de l'engagement souscrit et du programme, le prix varie de 55 à 120 euros hebdomadaires, soit 250 à 530 euros mensuels, auxquels s'ajoutent des frais de port.

Enfin, on trouve aussi sur le marché en France et à l'étranger le concept *Weight Watchers*[®]. Un des principes du programme est la participation à des réunions pour partager ses difficultés et ses expériences. Actuellement de nouvelles solutions sont proposées, comme l'entretien

individuel avec une animatrice ou les entretiens exclusivement en ligne. Sur le plan alimentaire, *Weight Watchers*[®] a lancé depuis 1997 un système de points attribués à chaque ration d'aliment selon ses valeurs nutritives. Le client sait alors qu'en fonction de son activité physique, il dispose d'un nombre de points journaliers qu'il peut alors consommer. *Weight Watchers*[®] commercialise aussi en grande surface des plats déjà préparés qu'il suffit de réchauffer et qui correspondent à un nombre bien précis de points. Il s'agit là d'une aide pour les clients qui n'ont pas le temps de préparer leurs repas, ce n'est pas le pivot central comme dans les programmes décrits à l'instant. Parmi tous les professionnels de santé interrogés dans notre étude, quatre ont jugé le programme *Weight Watchers*[®] comme acceptable. Finalement ce dernier reprend à travers ce système de points les principes de la nutrition en les vulgarisant, ce qui les met à portée de tous les clients. La particularité de ce programme et sa force – c'est le coaching. C'est finalement cela qui va représenter un réel bénéfice pour le client. Le seul inconvénient est là encore le manque d'autonomisation du client et sa perpétuelle dépendance du programme.

Au final, parmi tous les programmes énoncés, on observe dans les différentes études une efficacité systématique au début de la prise en charge. La réduction drastique des apports va systématiquement engendrer une perte de poids. Cependant une telle cure amaigrissante sera quasiment toujours accompagnée d'une perte rapide de masse maigre, bien plus importante que la perte de masse grasse. Par conséquent on observe alors une fonte musculaire plus ou moins marquée, mais qui va entraver encore d'avantage l'équilibre du corps dans sa globalité. (24) (17)

De plus, en imposant des contraintes que le client-patient perçoit comme forcées et non naturelles, la finalité est toujours un retour à une alimentation « classique », qui repose bien

souvent sur toutes les mauvaises habitudes nutritionnelles qui précédaient la cure. C'est à ce moment-là que sera observé l'effet yo-yo amenant le patient à retrouver son poids initial, voire à le dépasser.

4. Activité physique

Un des répondants de l'étude a déclaré : « on dit qu'il faut faire du sport, je pense qu'il faut faire du sport – la question n'est pas là. Mais ça ne sert à rien pour maigrir. Ça n'a jamais fait maigrir les gens. » Qu'en est-il réellement ? L'activité physique est essentielle au point de s'intégrer dans le slogan le plus connu du PNNS : « Manger, bouger ». C'est pour nous le deuxième grand axe du trépied de la prise en charge du surpoids.

a) Activité physique – pourquoi ?

Toute modification du régime alimentaire qui entraîne une perte de poids, qu'elle soit plus ou moins importante, va avoir pour conséquence une perte de masse maigre. C'est pour cette raison que les protéines doivent toujours être consommées, puisqu'elles apportent les acides aminés nécessaires à la fabrication du tissu musculaire de l'individu.

Afin de limiter cette perte de masse maigre en parallèle à la diminution de la masse grasse, il est nécessaire de pratiquer une activité physique. Cela permettra de conserver une masse musculaire correcte, et donc de garder ses capacités physiques malgré le rééquilibrage alimentaire.

De plus, tout exercice physique augmente les dépenses énergétiques du patient. Cela permet donc de retrouver un état d'équilibre pour pallier notamment à certains excès alimentaires ponctuels.

Par ailleurs, il est clair que les débuts de la prise en charge du surpoids sont difficiles pour le patient. On sait depuis longtemps que la pratique d'une activité physique va favoriser la sécrétion d'endorphines, au même titre d'ailleurs que l'alimentation pour plus d'un patient en surpoids ou obèse. Si on s'efforce de modifier les apports alimentaires, l'activité physique peut représenter une compensation dans la recherche du plaisir au quotidien et apporter sur le plan affectif ce que le patient trouvait jusqu'à maintenant dans la nourriture. De la même manière la pratique du sport à plusieurs ou en équipe a une fonction intégrative dans la société. Cela peut s'avérer utile pour prendre le relai des repas trop copieux, arrosés et trop fréquents.

b) Activité physique – comment ?

Deux étapes peuvent être proposées au patient en surpoids, qui dans une grande majorité des cas ne pratique aucune activité physique au moment du début de la prise en charge.

Pour commencer il faut agir sur la sédentarité pour la réduire un maximum. Le praticien doit accompagner son patient dans une réflexion sur les améliorations possibles au quotidien. Le panel des possibilités est très vaste et il est bien sûr à moduler selon les habitudes du patient : chercher le pain ou le journal à pieds, raccompagner ses enfants à l'école à pieds ou à vélo, limiter les transports en commun au profit du vélo ou de la marche – si ce n'est pas possible, sortir un arrêt plus tôt et finir le trajet à pieds, privilégier les escaliers à l'ascenseur, garer sa voiture sur le parking à l'opposé de l'entrée du supermarché. Il faut sensibiliser le patient au

temps qu'il passe devant les écrans et promouvoir les loisirs qui permettent de se dépenser, comme le jardinage, passer la tondeuse, promener le chien. Les smartphones et les montres connectées permettent une mesure de l'activité physique que l'on pratique sans même nous en rendre compte, à travers la fonction podomètre notamment.

Lorsque le patient intègre tous ces changements à son quotidien et qu'il ne les perçoit plus comme un effort à fournir, on peut aller encore plus loin. C'est là qu'il faut proposer la pratique d'un sport à proprement parler. Lorsque cette question a été abordée dans notre étude pour définir quel sport est optimal pour une personne en surpoids, un des professionnels a répondu : « Le sport efficace c'est celui qui plaît à la personne. Si ça ne lui plaît pas, ça ne sert à rien. » Certains patients préféreront une activité en équipe, d'autres – une activité individuelle, d'autres encore feront le choix assez paradoxal de se rendre en voiture dans une salle de sport – tout est une question de choix. Il faut que le patient trouve ce qui lui plaît et lui procure de la satisfaction.

Le PNNS recommande la pratique d'une activité physique durant 30 minutes par jour, de préférence au moins 5 jours sur 7 et idéalement tous les jours de la semaine. Cependant libre au patient de moduler ces durées selon ses possibilités. Toujours d'après le PNNS, 30 minutes par jour ne sont pas équivalentes à 1 heure d'activité physique un jour sur deux. Toutefois, si le patient n'a pas d'autre possibilité, il faut soutenir son choix.

Là encore la priorité est d'aider le patient à trouver ce qu'il aime et ce qui lui plaît, afin qu'il réapprenne à prendre du temps pour soi.

5. Prise en charge psychologique

Le dernier axe de la prise en charge est l'aspect psychologique. Il est tout aussi important que l'alimentation et la nutrition. Il peut, s'il n'est pas abordé, constituer un énorme frein dans l'opération de changement dans les habitudes de vie du patient.

a) Image du corps et réconciliation pour un vécu positif

Malgré le nombre toujours croissant de patients en surpoids et présentant une obésité, notre société continue à promouvoir l'image d'un corps ferme, d'une silhouette svelte et sportive pour répondre au modèle de beauté. Le surpoids va être bien évidemment un obstacle de taille pour se rapprocher de ce modèle et cela peut devenir dès le plus jeune âge une cause importante de mal être. Comme nous l'avons déjà souligné à plusieurs reprises dans le bilan initial, le principe de cette prise en charge ne repose pas sur le chiffre indiqué sur la balance. Durant toute la prise en charge, le praticien doit donc explorer le corps tel que le patient le perçoit. Il faut essayer d'aborder les difficultés du patient par rapport à l'image que son corps lui renvoie.

Pour certains patients le surpoids représente une accumulation de souffrances, de tristesse. Cela va entraîner un manque de confiance en soi, le sentiment de ne pas arriver à s'affirmer tel qu'on le souhaite. Le corps est alors détesté, voire délibérément oublié. Les patients se sentent souvent coupables et n'osent même plus se regarder dans un miroir. Ces sujets sont très délicats à aborder, une fois de plus la relation médecin-patient solide et pleine de confiance est une nécessité pour y parvenir. Cette enveloppe corporelle doit être à nouveau investie, acceptée et réappropriée.

Pour d'autres patients la situation sera toute autre. La raison du mal être est bien différente. Le surpoids quant à lui joue un rôle de carapace, de bouclier que le patient se construit pour être protégé du monde qui l'entoure. Lorsqu'on s'intéresse au vécu de ces patients-là, on découvre dans leur passé des situations de violence, des agressions, des conflits – tant d'éléments qu'il faudra mettre à plat pour permettre au patient d'avancer et de changer.

A noter encore que le surpoids peut être perçu très différemment selon l'origine ethnique du patient. Dans de nombreuses cultures, notamment chez les Africains, le surpoids est synonyme de bonne santé. C'est là encore une vision du corps qu'il faudra explorer afin de mieux cerner la problématique du patient qu'on a en face de soi.

Il est important de rappeler au patient que chacun a des prédispositions et une morphologie qui lui sont propres. Malgré un effort maximal, certains n'atteindront jamais les mensurations dont ils rêvent. Mais pourquoi rêvent-ils de ce corps-là ? Il y a donc en parallèle un grand travail d'acceptation de soi, qui demande du temps et une grande capacité d'écoute de la part du praticien. Gardons toujours à l'esprit que le poids fait partie intégrante de l'intimité des patients.

b) Aspect motivationnel

La motivation du patient doit être entretenue tout au long de la prise en charge. Il faut accorder une importance toute particulière aux propos tenus : il faut veiller à ce qu'aucune remarque ou réaction ne soit culpabilisante. Quel que soit le déroulement de la prise en charge, l'approche du praticien devra rester bienveillante et compréhensive.

Au fur et à mesure que passe le temps, il faudra veiller à ce que le patient ne relâche pas ses efforts. Le principal piège est que le patient se dise : « J'ai déjà perdu tant de kilogrammes. Maintenant je peux tout me permettre ! », car une fois de plus on se retrouve avec un effet yo-yo. Il peut être intéressant d'utiliser certaines astuces qui ont été évoquées par un des professionnels de notre étude. Pour souligner la rupture par rapport aux anciennes habitudes et pour accentuer la nouvelle dynamique instaurée, on peut proposer au patient après quelques kilogrammes perdus de garder en évidence un vêtement ou une photo qui montre le chemin déjà parcouru. A l'inverse, en début de prise en charge, un ancien vêtement très apprécié du patient et trop petit au moment présent peut constituer un objectif à lui seul.

Pour renforcer la motivation du patient il faut l'accompagner pour qu'il réinvestisse son corps et réapprenne à prendre soin de lui. En effet, les patients en surpoids cachent bien souvent leurs corps et font tout pour « l'oublier ». Leur « enveloppe corporelle » est source de honte et de culpabilité. Lorsque le patient réapprend à se regarder dans un miroir sans ressentir aucune gêne, il accepte son corps. Pour cela, on peut lui conseiller de ne pas remettre des vêtements trop petits, car ils augmentent encore les formes, mais de porter des vêtements à sa taille, oser porter des accessoires, aller chez le coiffeur ou l'esthéticienne, voire même essayer le port d'une gaine abdominale s'il le souhaite. Cette étape lui permet d'avoir un nouvel élan dans son envie de changement.

Si on ne devait retenir qu'un terme pour décrire l'approche motivationnelle, ce serait le coaching. Au départ le patient a surtout besoin de conseils, d'informations. Par la suite, le but n'est pas de l'infantiliser et de suivre cette prise en charge à sa place. Au contraire, il faut savoir l'écouter, répondre à ses interrogations, le soutenir et l'accompagner au long cours. A noter aussi que l'accompagnement est aussi bien nécessaire lorsque le patient est dans une

dynamique de changement, avec des effets très positifs, visibles, que lorsque le patient traverse des périodes difficiles où il a le sentiment de moins bien gérer les choses. Rappelons que la « rechute » s'inscrit totalement dans les différents stades qui mènent au changement.

c) Thérapies

Différentes approches thérapeutiques sont possibles sur un plan psychologique.

La psychothérapie de soutien repose sur l'écoute empathique et compréhensive du patient. Elle est donc parfaitement adaptée chez les patients dont le poids est la cause ou la conséquence de souffrances. Le but est de rétablir un équilibre intérieur chez le patient, en l'aidant à surmonter les obstacles qui le bloquent. Il est nécessaire tout d'abord de repérer les situations stressantes auxquelles le patient a été confronté, sans forcément qu'elles soient en lien direct avec le poids. Chaque émotion ressentie par le patient se doit d'être explorée : d'où vient sa tristesse, sa colère, ses angoisses. Au moyen de techniques de renforcement positif pour la réassurance et les encouragements, le patient se sent revalorisé et regagne de l'estime de soi. Sa motivation n'en est que renforcée pour modifier son hygiène de vie. Relativement simple, elle peut être à la portée de tout praticien.

La thérapie comportementale sera complémentaire à la thérapie de soutien. Elle va consister en une analyse du comportement alimentaire. Le rôle du praticien sera ensuite de travailler avec le patient de nouveaux schémas d'action pour lui permettre de modifier certaines habitudes. Ainsi le patient peut développer un nouveau rapport à la nourriture qui ne repose ni sur un automatisme gestuel ni sur des émotions. Deux des professionnels de santé interrogés explorent dans leur prise en charge la pleine conscience. Lors du repas, le patient garde alors tous ses sens en éveil. Il prend le temps d'analyser les odeurs : sont-elles

agréables ? Quels aliments évoquent-elles ? Le visuel est alors primordial : il est nécessaire d'observer le plat, sa présentation, puis à chaque bouchée visualiser le trajet de la bouche jusqu'à l'estomac. L'ouïe sera bien souvent déjà stimulée lors des différents processus de cuisson. Le toucher se déroule principalement dans la cavité buccale et là encore le panel de sensations est très vaste : est-ce mou ou ferme, voire dur ? Est-ce plutôt craquant ? Enfin au centre se trouve le goût, qui est décuplé et intensifié par un processus de mastication prolongé qui permet une meilleure stimulation des papilles gustatives. Le patient est alors en capacité d'explorer toutes les saveurs et les arômes qu'il ressent. Il s'agit là d'un exercice qui demande du temps mais qui permet d'apprécier pleinement son repas et encore une fois d'écouter son corps avant de ressentir la satiété.

La thérapie analytique est quant à elle bien plus spécifique. Elle va s'intéresser aux pulsions ressenties par le patient. Elle concerne surtout les troubles du comportement alimentaire bien connus, comme la boulimie ou l'hyperphagie, mais aussi des troubles plus atypiques, comme le grignotage pathologique ou les conduites restrictives pathologiques. La nourriture joue dans ces cas-là un rôle très complexe, elle a souvent une fonction réconfortante. La thérapie analytique reconnaît la raison d'être de la pulsion. C'est cette énergie de base qu'il faut apprendre à sublimer et non à anéantir. A noter que ce type de thérapie demande des connaissances spécifiques et de l'expérience afin de faire progresser le patient dans son cheminement intérieur.

6. Suivi

La prise en charge du surpoids s'inscrit bien évidemment dans la durée. Comme nous l'avons déjà souligné à plusieurs reprises, il s'agit de modifier le mode de vie du patient durablement,

et non pas uniquement de fournir des efforts intenses sur une période donnée. Afin d'accompagner pleinement le patient dans cette démarche, le praticien se doit de lui proposer un suivi de qualité.

a) Organisation

Une fois de plus, les professionnels de santé interrogés ont souligné l'importance de ne pas imposer un suivi au patient, mais plutôt de le proposer et laisser le patient y adhérer. Il faut écouter les besoins du patient. Certains désirent un suivi rapproché, très régulier, d'autres préfèrent consulter uniquement à des moments où ils se sentent en difficulté.

Globalement les professionnels de santé qui ont répondu à notre étude préconisent initialement des rendez-vous toutes les 3 semaines à 1 mois. Encore une fois cette fréquence n'est pas adaptée à tous les patients, il est nécessaire de la moduler. Cependant ce délai est intéressant car il n'est pas trop long, mais il laisse tout de même du temps au patient pour appliquer les changements qu'on lui propose.

Les consultations de suivi vont reposer une fois de plus sur l'écoute du patient. Il est indispensable d'entendre ses difficultés, d'essayer d'améliorer encore les changements mis en place, sans toutefois donner au patient l'impression de le presser. Il est bien sûr préférable d'agir lentement mais durablement, plutôt que d'initier une grande révolution que le patient n'arrivera pas à poursuivre. Seule une relation médecin – patient de qualité permet d'instaurer un climat de confiance et un suivi optimal. Reconnaître les efforts déjà fournis est aussi capital. Le renforcement positif et la réassurance redonnent une motivation supplémentaire.

La pesée est bien évidemment intéressante pour le suivi, mais elle n'est pas indispensable à chaque consultation.

La durée du suivi ne peut être clairement définie. Finalement avec un patient qui a entrepris un changement d'hygiène de vie pour mieux contrôler son poids, la question du mode de vie et des nouvelles habitudes devrait régulièrement être réabordée - pas de manière systématique à chaque rendez-vous, mais de temps en temps. Beaucoup de professionnels interrogés rapportent des effets positifs sur le poids durant la première année, puis dans un deuxième temps une stabilisation, voire une reprise de poids liée à une reprise des anciennes habitudes. C'est à cet élément qu'il faut toujours rester vigilant.

b) Objectifs

En fonction du profil du patient le but de la prise en charge ne sera pas le même.

S'il s'agit d'un patient présentant un important surpoids voire une obésité, le premier objectif sera la stabilisation du poids. Si le patient présente un surpoids plus modéré, la perte de poids attendue sera de 1 à 2 kilogrammes par mois, jusqu'à atteindre une diminution de 5% du poids du corps au bout d'une année. Avant toute chose il est intéressant de demander au patient quel est son propre objectif. Cela peut être aussi bien un chiffre qu'un but plus concret : « rentrer dans cette robe » ou « porter à nouveau telle taille de vêtements ». Si la finalité attendue est trop optimiste et irréalisable, le praticien se doit de l'expliquer et l'argumenter pour que le patient en prenne conscience.

Cet objectif chiffré ne représente qu'une facette de l'objectif réel du patient. Aider le patient à se réconcilier avec son corps et s'y sentir bien peut déjà constituer un succès dans la prise en charge.

Lors de chaque consultation de suivi, il est nécessaire de s'intéresser à la qualité de vie du patient : à son moral, à son sommeil, à son rapport à la nourriture. De plus il faut l'interroger sur son estime de soi et l'acceptation de son corps. Tous ces éléments vont réellement refléter son bien-être dans sa globalité. Ce sont tous ces facteurs qui définiront si la prise en charge est efficace ou non.

c) Si les objectifs ne sont pas atteints

Nous avons fait le choix de ne pas parler d'échec de la prise en charge. Finalement qu'est-ce que l'échec dans la prise en charge du surpoids ? Est-ce une reprise du poids ? Est-ce une persistance d'une mauvaise estime de soi ? Au bout de quel délai ?

Si nous avons fait le choix de décrire une prise en charge sur le très long terme, c'est bel et bien pour supprimer cette notion d'échec et parler plutôt de la non-atteinte des objectifs.

La raison doit être explorée avec le patient à travers un interrogatoire minutieux et précis. Là encore l'honnêteté du patient est primordiale. Il peut être utile de procéder à nouveau à un journal alimentaire pour repérer d'éventuelles erreurs toujours présentes et dont le patient serait inconscient.

Lorsqu'aucune explication n'est retrouvée ou que la dynamique de la prise en charge s'essouffle, il est judicieux d'adresser le patient à un confrère ou un autre professionnel de santé.

7. Demande d'avis à des confrères

La demande d'avis à des confrères est une solution dans plusieurs situations.

Tout d'abord c'est la meilleure attitude lorsque le patient est en demande d'une prise en charge et que le praticien ne souhaite pas l'accompagner dans cette démarche. En effet les consultations concernant le poids demandent beaucoup de temps et de patience. Si le médecin sait pertinemment qu'il ne pourra pas prendre le temps d'écouter et de conseiller son patient, la prise en charge ne sera pas de qualité. De la même manière si le praticien ne s'intéresse pas du tout à cette problématique, il n'arrivera pas à construire une relation solide avec le patient pour avancer vers le changement.

Lorsque le patient pris en charge présente des difficultés à opérer des changements dans ses habitudes et qu'aucun des objectifs fixés n'est atteint au bout d'une année, il peut être utile d'orienter le patient vers un confrère. C'est une opportunité d'avoir un regard neuf sur le profil du patient afin d'instaurer une nouvelle dynamique dans la prise en charge.

Enfin, pour une problématique aussi complexe et multifactorielle que le surpoids, le travail en équipe peut s'avérer très utile. L'action coordonnée de plusieurs acteurs permet un soutien mutuel, donne une possibilité de dialogue avec plusieurs intervenants et prévient l'épuisement des praticiens impliqués.

Quels intervenants solliciter ?

79% des professionnels interrogés dans l'étude (11/14) ont exprimé avoir recours à d'autres professionnels pour optimiser leur prise en charge. Qui sont-ils ?

Il existe en Alsace et dans toute la France **des réseaux de prise en charge de l'obésité**. Les patients sont adressés au réseau sur l'initiative de leur médecin traitant. Lorsqu'ils intègrent

une telle structure, ils sont suivis par une équipe pluridisciplinaire qui réalise alors un travail sur tous les aspects du problème : médical, nutritionnel, psychologique, sportif. Dans la région de Strasbourg, il s'agit du réseau REDOM.

Lorsque la problématique principale est surtout nutritionnelle, il est intéressant d'avoir recours à l'aide d'**une diététicienne**. Certaines reçoivent les patients à leur cabinet, d'autres se rendent même à domicile pour voir avec le patient le contenu du réfrigérateur. Le gros frein est malheureusement l'absence de prise en charge de ce type de consultation par l'assurance maladie.

Selon le profil du patient, les professionnels de santé se tournent également vers **un psychologue ou un psychiatre**. En effet certains troubles du psychisme associés à la problématique du surpoids nécessitent une prise en charge spécialisée, avec un temps d'écoute important ou des traitements médicamenteux spécifiques. Le surpoids est souvent corrélé à la psychologie de l'humiliation. Il peut être utile de s'intéresser à la notion de faim : comment est-elle ressentie par le patient ? Quelle en est sa représentation ? En a-t-il peur ? Essaye-t-il de l'éviter au maximum ? Au-delà de ça il est parfois nécessaire d'explorer les difficultés du couple, lorsque le manque d'estime de soi entraîne un évitement de la sexualité. Ce type de prise en charge peut dépasser les qualifications et les possibilités du médecin généraliste.

Enfin certains médecins généralistes travaillent avec des **infirmières spécialisées en éducation thérapeutique** au moyen du dispositif d'action de santé libérale en équipe (Asalée). Là encore l'association entre plusieurs professionnels ne fait que renforcer la prise en charge. Le patient est alors face à plusieurs interlocuteurs qui l'accompagnent.

N'oublions pas que le patient demande parfois personnellement à voir un autre intervenant. Il faut bien évidemment respecter son choix et l'orienter vers un interlocuteur compétent.

8. Chirurgie bariatrique

D'après les recommandations de la HAS (25), la chirurgie bariatrique s'adresse à un groupe de patients bien défini.

Tout d'abord il s'agit de patients présentant un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m² ou bien à 35 kg/m² en présence d'une comorbidité « susceptible d'être améliorée par la chirurgie ». Il est souligné que la chirurgie est un traitement de deuxième intention après échec d'un « traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois ». Est qualifiée d'échec « l'absence de perte de poids suffisante » ou « l'absence de maintien de la perte de poids » - aucune valeur chiffrée n'est précisée. Par ailleurs le patient doit avoir bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaires soigneuses, et il doit avoir compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme. Le risque opératoire doit quant à lui être acceptable.

Pour un IMC entre 30 et 35 kg/m², la HAS souligne que la chirurgie bariatrique pourrait améliorer notamment les comorbidités. Cependant devant l'absence de données établies, la chirurgie bariatrique n'est actuellement pas recommandée pour ces patients-là.

Cependant 62% (soit 9/14) des professionnels interrogés dans notre étude ont exprimé des réticences vis-à-vis de la chirurgie bariatrique. Globalement la chirurgie peut être considérée comme une des rares « solutions » à l'obésité. Toutefois la finalité de cette procédure n'est pas toujours celle qui est attendue, et ce pour plusieurs raisons. Les praticiens interrogés ont

souligné le caractère définitif et mutilant, qui n'est pas toujours entendu, compris et intégré par le patient. De plus, les individus concernés perçoivent souvent la chirurgie comme une solution radicale, simple et définitive qui règle à elle seule le problème du poids. Cette image erronée ne reflète pas les complications opératoires potentielles, de même que les complications à distance, ainsi que la nécessité d'inscrire la chirurgie dans un processus bien plus complexe et sur le long cours qui inclut la pulsion. En effet, dans un premier temps tout patient opéré va perdre beaucoup de poids. Par contre pour garder une forme physique, il devra pratiquer une activité physique régulière et modifier radicalement ses apports alimentaires. Dans le cas contraire, passé la période initiale post chirurgie, le patient risque de reprendre tous les kilogrammes perdus voire plus – exactement comme dans l'effet yo-yo des régimes amaigrissants populaires.

Les professionnels de santé interrogés déploraient au sein de leur patientèle un grand nombre d'échecs thérapeutiques malgré le recours à la chirurgie bariatrique. Les raisons évoquées sont multiples. Tout d'abord la sélection des patients éligibles à la chirurgie est souvent discutée. Malgré des critères bien définis par la HAS que nous avons vus plus tôt, certains reprochent une trop grande précipitation entre la pose de l'indication et l'acte chirurgical, ne laissant ainsi pas suffisamment de temps au patient pour s'y préparer. Pour ce qui est de la période post opératoire, le suivi serait insuffisant : les patients seraient trop peu accompagnés dans leur démarche, on ne répondrait pas à leurs interrogations, ce qui entraînerait une grande errance notamment nutritionnelle. Bien évidemment ces conclusions dépendent grandement de l'équipe médicale et chirurgicale qui prend en charge le patient et on ne peut les généraliser car elles restent personnelles.

9. Fiches conseils et supports écrits

L'utilisation de supports écrits par les professionnels de santé n'est pas systématique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Proposer un dossier très complet ou reprendre par écrit les idées principales – il n'y a pas de solution idéale, il faudra s'adapter au profil du patient, ses besoins et sa demande.

Il faut toujours garder à l'esprit que le patient ne retiendra pas toutes les informations données lors de la consultation. Il peut donc être très utile de remettre un document de synthèse qui reprend les idées principales. La rédaction manuelle de ce document plutôt qu'un document imprimé et photocopié marquera d'autant plus le caractère personnalisé de la prise en charge. Attention à ne pas remettre un écrit trop précis et trop détaillé qui pourrait donner au patient une impression de trop grandes contraintes.

Certains professionnels ont recours une deuxième fois au journal alimentaire. Il faudra de toute manière revenir avec le patient sur le déroulement des repas entre la première consultation et les consultations de suivi, mais le journal alimentaire ne semble pas toujours absolument nécessaire. On peut aborder ces questions uniquement à l'oral. Cependant une fois de plus, le fait d'écrire peut faciliter une prise de conscience par le patient.

Un seul professionnel de santé interrogé utilise le journal alimentaire uniquement dans le cas où les objectifs fixés ne sont pas atteints, afin de repérer où se trouvent les éventuelles erreurs et les difficultés.

Sur Morphosante.fr, cette page permet de regrouper toutes les fiches de synthèse, les fiches-conseils et les documents en version imprimable qu'on peut proposer au patient.

10. Présentation des auteurs et formulaire de contact

Nous n'avons pas la prétention de créer un outil exhaustif et parfaitement objectif. L'approche pratique basée sur l'expérience des professionnels à travers l'étude qualitative est notre parti pris. Il nous a paru important de souligner que nous étions les auteurs de ce site. De même nous avons choisi d'expliquer la genèse de l'outil et comment il a vu le jour. Ce dernier ne pouvant pas contenir tous les éléments de l'étude, nous avons fait le choix de donner aux visiteurs la possibilité de consulter la thèse d'Elodie Bergamini qui a été le point de départ de ce travail.

Le caractère vivant et dynamique de notre outil nous tient particulièrement à cœur. Nous ne souhaitons pas que le site, tel qu'il a été conçu aujourd'hui, reste figé dans le temps. Nous voudrions le faire évoluer à partir des remarques et des expériences des visiteurs du site, en incluant pourquoi pas des praticiens de toute la France que cette thématique intéresse. En effet, plus le panel des pistes que l'on peut offrir au patient est large, plus la prise en charge devient optimale et plus on a de chances de la faire aboutir.

C'est pour cela que nous avons intégré dans notre site un formulaire permettant de nous contacter pour toute suggestion, remarque ou envie de partager sa propre méthode. Par conséquent il est nécessaire de préciser la date de la dernière mise à jour. Cet élément se trouve en bas de la page d'accueil.

V. Discussion

Les auteurs de l'étude qualitative et de l'outil informatique Morphosanté, à savoir Madame Elodie Bergamini et moi-même, déclarons n'avoir aucun conflit d'intérêt. Aucun financement n'a été obtenu de l'industrie pharmaceutique ni de laboratoires privés ni alimentaires. Les frais en lien avec la création du site comme l'achat du nom de domaine et les frais de fonctionnement sont pris en charge par mes soins. Les mises à jour seront effectuées à titre bénévole.

A. Résultat principal

Morphosanté est le premier outil informatique disponible sur internet et destiné aux médecins généralistes concernant la prise en charge du surpoids.

La force de Morphosanté réside dans plusieurs points.

L'outil créé est totalement gratuit. Il est disponible librement, sans aucune inscription ni aucun abonnement sur le web. Chaque praticien de médecine générale qui le souhaite peut y avoir recours à tout moment.

La construction du site a été réalisée au moyen d'un logiciel simple d'utilisation. Grâce à cela nous n'avons eu recours à aucune aide informatique extérieure, hormis pour le conseil sur le choix du logiciel à utiliser. Cela nous a permis de décider de chaque détail dans l'organisation et l'esthétique de l'outil, que ce soient le choix des couleurs, la création du logo, la disposition du texte et des images, ou encore l'articulation des différentes pages entre elles. Ainsi chaque élément correspond à nos attentes. De plus, nous connaissons parfaitement le

fonctionnement du logiciel de création, ce qui permet actuellement de procéder à des modifications du contenu rapidement, sans passer par des intervenants extérieurs. A l'avenir il nous sera aisé de procéder à des mises à jour en modifiant le contenu existant ou en l'étoffant.

La navigation entre les différentes pages est fluide. Le menu principal présente sous forme d'onglets les différentes étapes de la prise en charge du surpoids, tout en respectant l'ordre dans lequel elles sont en général abordées avec le patient. De plus, à chaque onglet principal correspond une page de présentation qui contient les liens permettant d'accéder à toutes les différentes questions abordées dans ce thème. Cette arborescence permet un accès simple et rapide à l'information précisément recherchée, sans devoir explorer nécessairement toutes les autres parties qui y sont corrélées. Le visiteur du site comprend en quelques instants son architecture, ce qui permet un gain de temps notable lorsque le médecin généraliste a recours à l'outil directement en consultation.

Pour ce qui est du contenu, il découle de plus de 7 heures d'entretiens avec différents professionnels de santé. Nous ne nous sommes pas limitées aux seules interviews de médecins généralistes. Les entretiens avec les paramédicaux que sont les infirmières et les diététiciennes ont permis une approche encore plus pratique et concrète. Notre site ne reprend pas les recommandations de la HAS sur l'obésité. Il donne cependant beaucoup d'informations complémentaires à ces dernières et se concentre finalement plus sur les méthodes et les astuces pour faire aboutir la prise en charge. De plus, comme nous l'avons déjà souligné, nous espérons pouvoir faire évoluer Morphosanté au fur et à mesure des retours apportés par les visiteurs du site internet.

B. Nécessité de référencement

Chaque nouveau site internet qui voit le jour sur le web peut être retrouvé grâce à l'adresse qui lui est dédiée. Cependant une majorité des utilisateurs ont recours à des recherches par mots-clés au moyen de moteurs de recherche comme Google. Afin qu'un site apparaisse dans les résultats d'une recherche, il doit être référencé par le moteur de recherche.

Il faut savoir qu'à chaque moteur de recherche vont correspondre des robots qui indexent régulièrement le web – c'est-à-dire qu'ils scrutent le contenu du web à la recherche de nouveaux sites et de nouvelles pages. Ce processus prend du temps.

Morphosanté a été mis en ligne pour la première fois le 3 décembre 2018. En effectuant une recherche Google deux semaines après, le site n'apparaissait toujours pas dans la liste des résultats.

Pour accélérer ce processus, nous avons procédé le 18 décembre 2018 à un référencement manuel de notre outil. Nous avons donc directement informé Google, Yahoo et Bing de sa création. Les moteurs de recherche analysent alors au moyen de robots toutes les pages du site et les éléments qui les constituent pour les indexer et les inclure dans leurs résultats de recherche. Là encore ce procédé nécessite du temps.

Une fois que le site est en ligne, qu'il apparaît dans les résultats de recherche par le biais d'un moteur de recherche, il est intéressant de faire en sorte qu'il apparaisse dans les premières positions des résultats de recherche – c'est ce qu'on appelle l'optimisation du référencement. Pour cela il faut que le site réponde à de nombreux critères définis par Google, comme la fréquence des mises à jour, l'optimisation du contenu, etc. Tous ces procédés dépassent nos

connaissances basiques en informatique et relèvent plutôt des entreprises spécialisées en SEO (Search Engine Optimization).

C. Nécessité de certification

La certification est un moyen pour le médecin et pour le patient de distinguer les sites internet au contenu de niveau de preuve élevé. Les informations contenues dans les sites certifiés ont une plus grande valeur scientifique et sont donc considérées comme étant plus fiables.

A travers la loi du 13 août 2004, la HAS s'est vue confier une mission de certification des sites internet. Cela a d'abord été réalisé avec la fondation Health On the Net et son label HON.

Cependant la collaboration HAS/HON n'existe plus depuis le 7 juillet 2013. Une nouvelle certification devait voir le jour, mais actuellement elle n'a toujours pas été mise en place. (26)

La HAS a toutefois publié une revue de la littérature des outils d'évaluation des sites de e-santé. Elle y présente en guise de synthèse les critères pour sélectionner les sources d'information les plus fiables sur internet. (27)

Il s'agit :

- de l'identification de la source et donc de l'auteur. Dans notre cas, les deux auteurs sont nommés. Leurs parcours universitaire est précisé.

- de la « notoriété » de l'éditeur de l'information, est-ce un site officiel d'une institution ou d'une association, ou s'agit-il d'une page personnelle ? Morphosanté est certes né d'une initiative personnelle, mais il relaye des informations transmises par un échantillon de professionnels de santé. Nous espérons que notre travail suscitera

l'engouement des membres de la faculté de médecine de Strasbourg et du département de médecine générale. Dans le cas où ils accepteraient de valider l'outil présenté, Morphosanté pourrait bénéficier de leur soutien et leur accréditation, ce qui renforcerait cette « notoriété ».

- de l'actualité de l'information. La dernière mise à jour de Morphosanté date de janvier 2019, au moment de la rédaction de cette thèse. De nouvelles mises à jour sont prévues, en fonction des nouvelles données de la littérature et en réponse aux commentaires et remarques des visiteurs du site. Bien évidemment pour que le site reste un outil de qualité sur le plan scientifique, les différentes mises à jour devront dans un premier temps être validées par un comité d'experts, idéalement composé de représentants de la médecine générale, de la nutrition et de l'endocrinologie.

- de la nature et des prestations proposées par le site. Morphosanté regroupe des informations destinées à des médecins généralistes. Le site n'a aucunement la prétention d'être un outil exhaustif et universel, permettant à tous les praticiens de faire maigrir tous les patients. C'est un ensemble de pistes que chaque médecin est libre d'emprunter pour accompagner son patient. De la même manière toutes les propositions ne seront pas adaptées à tous les profils. Chaque professionnel de santé est libre d'utiliser les éléments qu'il juge pertinents et utiles, en fonction de la situation dans laquelle se trouve son patient. Morphosanté joue donc un rôle de boîte à outils qui centralise un maximum d'informations pour répondre à la pluralité des praticiens, des patients et des prises en charge.

- de son financement. Dans notre cas aucun financement n'a été perçu et le site, grâce à l'abonnement payant souscrit par nos soins, n'héberge pas de publicité.
- de ses destinataires. Morphosanté a été créé pour les médecins généralistes, mais devant l'absence d'abonnement ou de souscription nominative, il ne leur est pas exclusivement réservé. Ainsi tout professionnel de santé sensible à la prise en charge du surpoids peut consulter le site. Il en est de même pour les patients : même si une partie du contenu peut s'avérer trop technique, les grandes lignes de notre outil peuvent leur servir de repères par rapport aux conseils prodigués par leur médecin traitant. De plus le site ne contient aucune information confidentielle à laquelle l'accès devrait être limité.
- de l'accès payant. Une fois de plus, cela ne nous concerne pas.
- des liens hypertexte. Nous avons bien évidemment créé un lien qui renvoie à l'intégralité de la thèse intitulée « Difficultés des médecins généralistes face au surpoids et à l'obésité. Etat des lieux des outils utilisés en pratique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité à travers une étude qualitative bas-rhinoise ». C'est de ce travail que découle notre outil. Sa lecture apporte beaucoup de précisions, notamment sur les résultats de l'étude qualitative réalisée, et elle peut déclencher chez les praticiens de médecine générale une prise de conscience et une plus grande sensibilité au problème du surpoids et de l'obésité. Les autres liens permettent d'accéder au site du PNNS ou directement aux recommandations de la HAS dans ce

domaine. Ces sites présentent un contenu vérifié et validé par différents comités d'experts, ce qui souligne leur fiabilité.

- de l'éthique et la fiabilité médicale. Pour l'instant notre travail n'a pas encore pu bénéficier d'une validation scientifique mais nous espérons que cela aura lieu, notamment grâce à la faculté de Strasbourg, ce qui permettrait de renforcer l'impact de notre outil dans la communauté médicale.
- de la publicité directe pour un médicament ou un produit. Aucun produit pharmaceutique n'est recommandé dans Morphosanté. Nous proposons certains outils complémentaires et astucieux comme l'application Yuka® ou HAPIfork®. Cependant nous avons tenu à bien souligner qu'il ne s'agit pas de produits phares et qu'en aucun cas ils ne sont essentiels à la prise en charge proposée.

D. Enquête d'acceptabilité

Contrairement aux thèses ayant donné lieu aux outils informatiques tels que Ophtalmoclic, Demenceclic et Gestaclic, Morphosanté n'a pas comporté d'enquête d'acceptabilité. En effet la prise en charge que nous proposons s'inscrit dans la durée. Elle est mise en place progressivement sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Elle repose sur un important travail psychologique avec le patient, que l'on accompagne au fur et à mesure dans sa démarche. Les effets ne sont parfois visibles qu'après une longue période. Parfois aussi, comme nous l'avons souligné, le chiffre sur la balance varie très peu et tous les changements

se passent au niveau psychologique, autant pour la qualité de vie que l'estime de soi. Il est donc d'autant plus difficile d'évaluer à ce jour les résultats obtenus avec notre outil.

Morphosanté est un système informatique d'aide à la décision médicale (SADM), au même titre que les outils précédemment cités, et a donc pour vocation « de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients. » Contrairement aux outils « clic » déjà évoqués, Morphosanté ne se restreint pas à une synthèse des recommandations et bonnes pratiques. Notre outil ne va pas uniquement être utilisé pour la gestion du surpoids, mais il a aussi pour but d'éveiller la sensibilité des praticiens à ce problème de santé publique, tout en leur donnant des pistes pour limiter leur sentiment d'impuissance face à cette pathologie.

Dans ces conditions une enquête d'acceptabilité est bien évidemment possible. Toutefois, afin de ne pas se restreindre uniquement à la lecture du contenu du site mais pouvoir permettre sa mise en œuvre, cette enquête nécessiterait un temps particulièrement long. De plus, devant les difficultés que nous avons rencontrées à recruter des médecins généralistes pour notre étude qualitative, elle demanderait un effort considérable de recrutement.

C'est pour ces raisons-là qu'elle n'a pas fait l'objet de ce travail, mais il serait intéressant de réaliser des travaux ultérieurs sur l'utilisation effective de Morphosanté en médecine générale.

E. Limites

1. Aspect technique du site

Bien que Morphosanté corresponde assez bien à nos attentes, il s'agit du premier site web que nous avons créé. Par conséquent, il est sûr que certains aspects techniques ou esthétiques auraient pu être améliorés ou optimisés.

Afin de garantir une certaine exclusivité et une meilleure reconnaissance de notre nom de domaine, il est recommandé en général d'acheter les noms de domaine très proches, dans notre cas il s'agit par exemple de Morphosante.com, Morphosante.eu, Morphosante.net. Cela permet un meilleur référencement puisque cela assure que personne d'autre n'utilisera ces noms-là. De plus, c'est la garantie de ne jamais voir de site similaire tant sur le plan de l'utilité que du contenu et des destinataires, qui aurait recours à un nom très proche.

Par ailleurs, si on souhaite que le site gagne rapidement en notoriété, il peut s'avérer judicieux de confier notre outil à une entreprise spécialisée dans le SEO (ou optimisation pour les moteurs de recherche). Nous avons alors la certitude que notre site correspond bien aux critères des moteurs de recherche et sera cité en priorité dans les résultats.

Malheureusement ces améliorations techniques nécessitent toutes un investissement financier supplémentaire. En fonction du développement de Morphosanté, cela pourra être une possibilité à l'avenir.

2. Contenu

Afin de garantir une fluidité dans l'utilisation de Morphosanté, il a fallu faire des choix quant au contenu du site. En effet la présence de longs paragraphes de textes peut être décourageante pour le praticien de médecine générale, dont le temps est souvent compté. Toutes les thématiques abordées dans notre étude n'ont pu être reprises sur le site. La présence du lien hypertexte permettant d'avoir accès à l'intégralité des deux thèses sera pour tout visiteur qui le souhaite, un important complément d'information.

De plus nous sommes conscientes qu'une exhaustivité totale est impossible, surtout pour une thématique médicale et encore plus lorsqu'il s'agit d'une pathologie comme le surpoids. De nouvelles pistes voient d'ores et déjà le jour. Les recherches actuelles se concentrent principalement sur le microbiote intestinal qui serait au centre de la problématique. On parle de plus en plus de dysbiose intestinale, qui aurait un rôle capital dans les processus du métabolisme et de l'inflammation. L'analyse individualisée du microbiote et son séquençage pourraient permettre à l'avenir une approche nutritionnelle parfaitement personnalisée, avec notamment le recours à la transplantation fécale. (28,29) Cependant ces nouvelles hypothèses n'ont pour l'heure aucune application pratique, c'est pourquoi elles n'apparaissent pas dans Morphosanté.

F. Diffusion du site auprès des médecins généralistes

Afin que Morphosanté remplisse pleinement son rôle, il est bien évidemment capital d'informer les médecins généralistes de sa création. Plusieurs pistes sont possibles afin de promouvoir et faire connaître notre site.

Tout d'abord, il est possible de contacter les différents médecins généralistes à travers les différentes institutions qui regroupent les membres de la profession, comme les Unions Régionales des Professionnels de santé – Médecins Libéraux ou les différents Conseils régionaux de l'Ordre des Médecins. Ce mode de communication, permettant certes d'atteindre le plus grand nombre d'interlocuteurs, est malheureusement assez limité. Il ne permet qu'une présentation succincte et il rend complexe un quelconque échange. Les publications dans les revues spécialisées sont aussi une possibilité, mais qui présente les mêmes inconvénients.

Pour favoriser une présentation plus détaillée de l'organisation de notre site, une intervention au cours des différents séminaires, congrès et colloques destinés aux médecins généralistes pourrait être bénéfique. D'ailleurs pourquoi ne pas s'adresser aussi plus spécifiquement aux praticiens sensibles à cette pathologie à travers des associations, notamment le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids et ses antennes en région ?

Tout laisse à penser que le surpoids et l'obésité resteront un problème de santé publique ces prochaines décennies. Il est donc aussi crucial de promouvoir notre outil en s'adressant aux nouvelles générations de médecins généralistes, actuellement en formation. Il serait indiqué pour cela de prendre contact avec les départements de médecine générale des différentes facultés.

Enfin la meilleure recommandation est souvent le bouche-à-oreille. Nous comptons donc énormément sur les praticiens qui auront découvert Morphosanté pour partager cet outil avec leurs confrères.

VI. Conclusion

Santé publique France a dévoilé le 22 janvier 2019 de nouvelles recommandations sur l'alimentation et l'activité physique. L'objectif mis en avant est « de formuler deux niveaux de recommandations, permettant ainsi de combiner la simplicité des conseils pour l'ensemble des usagers et la précision pour les personnes plus impliquées ». (30) Morphosanté s'inscrit parfaitement dans cette idée.

Le grand nombre d'aspects différents abordés dans Morphosanté traduit la grande complexité de la problématique du surpoids, mais qui est au combien importante : l'obésité est d'ailleurs à l'origine de trois fois plus de décès que la famine dans le monde. Nous n'avons pas la prétention de dire que notre outil donnera au praticien LA solution pour prendre en charge le surpoids, mais nous pensons humblement que notre site peut éveiller une certaine sensibilité à cette pathologie. Celle-ci est indispensable pour entendre et comprendre la raison du surpoids du patient que l'on a en face de nous, ce qui permet dans un premier temps de construire une relation médecin-malade solide, et dans un deuxième temps de guider le patient vers un mode de vie plus sain. Pour le praticien, comprendre la singularité de chaque surpoids c'est donner une première chance au patient d'opérer un changement.

Ce type d'accompagnement n'est pas simple. Un des professionnels de santé interrogé dans l'étude a évoqué « le réflexe correcteur et prescripteur » des médecins comme un frein à une prise en charge de qualité. En effet, nous sommes formés à poser un diagnostic et prescrire un traitement pour pallier et corriger un dysfonctionnement du corps humain. Or dans la prise en charge du surpoids, il faut aller bien au-delà de ce schéma, ce qui demande d'autant plus de temps et d'investissement personnel des deux côtés.

Par ailleurs, comment juger de l'efficacité de notre prise en charge ? La prise en charge du surpoids demande des efforts considérables pour des résultats qui ne sont pas toujours flagrants. Comme nous l'avons souligné, la priorité n'est pas ce qui est indiqué par la balance, mais il est difficile de mesurer l'estime de soi et le bien-être. De plus les évènements cardio-vasculaires évités à long terme ne seront pas observés et donc impossibles à constater.

Enfin, la prise en charge du surpoids demande beaucoup d'humilité de la part du praticien. En effet, dans une pathologie qui associe à ce point une part addictive à une part affective, ce dernier se doit d'offrir son temps en évitant tout jugement, pour réconcilier le patient avec son corps et se contenter de peu, car bien souvent les résultats obtenus, bien que très importants, peuvent paraître modestes. Il faut garder à l'esprit qu'à travers d'une part l'instauration d'une nouvelle hygiène de vie, et d'autre part l'acceptation de soi, le praticien peut espérer amener son patient vers un état de complet bien-être physique, mental et social, qui correspond à la définition de la santé telle qu'elle est présentée par l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est un beau et ambitieux défi.

VU

Strasbourg, le 25/2/19

Le Président du Jury de Thèse

Professeur Gilles Bertschy



VU et approuvé

Strasbourg, le 01 MARS 2019

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



Annexes

ANNEXE 1 : Première trame d'entretiens

Entretiens semi-dirigés de médecins généralistes:

Contexte/ données épidémiologiques:

- âge, sexe, durée d'exercice
- type d'exercice: rural, semi-rural, urbain
- formation sur obésité et surpoids: exercice dans des services de nutrition, DU
- lecture de « Obésité les outils pour le praticien »
- pourcentage/ nombre de patients suivi pour cette pathologie
- travail avec réseau obésité, diététicienne

Place du médecin généraliste dans la prise en charge du surpoids/ obésité: volonté des patients ou du médecin généraliste, abords de l'obésité (bilan sanguin: EAL, glycémie; antécédents familiaux; facteurs de risque cardio-vasculaires; complications; troubles psychiatriques, mesure du poids) Comment définissez-vous la place, le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité ?

Evaluation de leurs connaissances et de leur formation en terme de nutrition, surpoids, obésité, traitement chirurgicaux : Connaissez-vous différents types de prise en charge de l'obésité et du surpoids ?

Méthodes utilisées dans la prise en charge :

- consultation dédiée: histoire du poids, évaluation apports alimentaires, activités physiques, activités sédentaires, acte familiaux, facteurs de risque cardio-vasculaires, évaluation psychologique, informations sur la physiopathologie du surpoids
- mesures anthropométriques : lesquelles ? à quelle fréquence ?
- entretien motivationnel
- supports utilisés: carnet alimentaire, questionnaire, fiches pratiques- patient avec conseils alimentaires/ d'activités physiques, coach sportif, programme minceur grand public

Comment identifiez-vous les sujets en surpoids ou obèse ? Comment abordez-vous le sujet avec eux ? Comment se déroule une consultation type de prise en charge du surpoids ou de l'obésité dans votre cabinet ? Et les consultations de suivi ?

Quels outils, ressources utilisez-vous dans votre pratique ?

Limites de prise en charge: nécessité de recourir à un suivi spécialisé (nutritionniste, endocrinologue, psychiatre), chirurgie bariatrique, aspect motivationnel du patient, sujet tabou

Quels sont, selon vous, les limites de prise en charge du surpoids et de l'obésité ?

Est-ce qu'un « carnet de bord » pour la prise en charge de l'obésité pourrait optimiser la prise en charge des patients ? Quels sont vos attentes vis à vis d'un tel outil ?

ANNEXE 2 : Trame d'entretiens retravaillée.

Questionnaire pour entretiens

Aborder la question du poids :

- Comment aborder la question de la pesée avec les patients en surpoids ? à chaque consultation ? à quelle fréquence ? Place des autres mesures anthropométriques ?
- Comment proposer une prise en charge du surpoids ? attendre que la demande émane du patient ?
- Comment faire prendre conscience du danger du surpoids sans stigmatiser ?
- Comment faire adhérer le patient au suivi qu'on lui propose ?

L'image du corps :

- Comment présenter le surpoids ? comme maladie ? comme addiction ?
- Comment interroger le patient sur la façon dont il se voit ? il perçoit son corps ?
- Comment repérer les situations où le corps est un « blocage », un « frein » ?
- Comment aborder la question des habitudes vestimentaires ?
- Quelles astuces pour faire accepter son corps ? Gaine ? Relooking ?
- Surpoids et activité professionnelle ?
- Surpoids et sexualité ?
- Quelle place pour un suivi psychologique ?

Le patient en surpoids et son entourage :

- Qu'en est-il du poids des autres membres du foyer ?
- Qu'en est-il de la prise en charge si nécessaire du reste de la famille ?
- Qu'en est-il des consultations en présence des proches ?

Surpoids, ethnie et culture :

- Qu'en est-il de l'ethnie du patient ?
- Quels conseils et quelles astuces en fonction de l'origine géographique ? Quelles spécificités ?

Surpoids et alimentation :

- Quels changements de régime en priorité ?
- Quoi imposer ? Compter les calories, les quantités ou diminuer les rations ?
- Aliments interdits ?
- Quelle position par rapport aux régimes proposés dans les médias ou régimes à la mode ?
- Quelles astuces pour éviter le craving ?
- Quelles astuces pour les repas de fête ? les soirées entre amis ? le restaurant ?
- Quid de la consommation d'alcool ?

Surpoids et activité physique :

- Travaillez-vous en réseau pour les activités physiques ?
- Quels sports en premier lieu ? Quelle fréquence ? Quels examens avant de débiter une activité physique ?
- Seul ? En salle de sport ? Avec des amis ?
- Favoriser les sports d'équipe plutôt que les sports en solo ?
- Quels moyens pour ne pas baisser les bras ?

Surpoids, suivi et objectifs :

- Quelle fréquence de suivi ? Quelle durée de consultation ?
- Déroulement des consultations de suivi ?
- Quel objectif ?
- Comment éveiller la motivation du patient ?
- Quand passer la main à un autre professionnel de santé ? Lequel ?
- Quelle place pour la chirurgie ?
- Quel suivi alimentaire par le passé ? Evoquer les réussites / les échecs ?
- Quel support (carnet, explications orales, application sur téléphone mobile) pour le patient ?

Pour les médecins généralistes uniquement :

- Pensez-vous être performant dans la prise en charge du surpoids ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
- Quel est le frein des médecins généralistes à prendre en charge le surpoids ?
- Pensez-vous qu'une prise en charge financière notamment des activités physiques ou du suivi diététique ou psychologique vous faciliterait le suivi des patients en surpoids ?
- Avec quels autres professionnels travaillez-vous pour la prise en charge du surpoids ?

ANNEXE 3 : Exemple de la retranscription d'un entretien

« E » désigne l'enquêtrice et « I » désigne l'interrogé(e).

I : Je suis diététicienne. J'ai fait ce métier dans le cadre d'une reconversion professionnelle. J'ai toujours été passionnée par la nutrition et je pense qu'il y a vraiment un lien entre l'alimentation et la santé – le serment d'Hippocrate dit bien : « que ton aliment soit ta première médecine ». J'ai choisi de faire le métier de diététicienne directement à domicile des patients, parce que la nourriture est quelque chose d'intime et de personnel. Je me suis rendu compte que les gens avaient parfois du mal à avouer tout ce qu'ils mangeaient, car c'était rattaché à une certaine culpabilité. J'ai choisi de me déplacer à domicile des patients pour que le patient soit à l'aise pour me parler et cela me permet de voir dans quel environnement est le patient. Généralement je commence par une enquête alimentaire, donc je regarde ce que le patient mange et boit du petit-déjeuner jusqu'à la fin de la journée. Le fait d'être à domicile permet aux patients de me montrer précisément leurs aliments – c'est donc plus facile pour moi d'évaluer si c'est bien ou si ça ne l'est pas. Ce que je cherche aussi à faire, c'est aider dans la cuisine du quotidien. Je pense qu'actuellement il n'y a pas d'éducation sur la nutrition. C'est quelque chose qui devrait déjà être abordé à l'école, mais ce n'est pas le cas. Ce qui me motive et qui me tient à cœur, c'est aider les gens à manger sainement au quotidien : ça commence par le choix des produits, notamment par la lecture des étiquettes, pour être autonome, puis par la préparation des repas, le mode de cuisson, avec des recettes qui combinent un équilibre alimentaire.

Pour ce qui est de la gestion du poids, il est vrai qu'aujourd'hui on note une certaine stigmatisation même dans la profession médicale. On dit au patient : « Vous êtes trop gros. Il faut maigrir ». Oui, on sait qu'il y a des conséquences sur la santé, mais ce n'est pas si simple que ça. D'ailleurs les études montrent que 95% des régimes à 5 ans ne fonctionnent pas – cela veut bien dire qu'il y a un souci quelque part. Dans notre BTS, on a appris que les personnes qui sont en surpoids doivent bénéficier d'un régime hypocalorique. Sauf que ce n'est pas toujours une bonne idée. Avec ce type de régime, on réduit le nombre de calories, mais le cerveau enregistre cela comme une famine. L'être humain est créé pour survivre et non pas pour perdre du poids. C'est pourquoi certaines résistances vont apparaître au niveau du corps et surtout au niveau du cerveau. Dès qu'on mange moins, dès qu'on supprime une catégorie d'aliments par exemple les féculents, le cerveau détecte une famine et il se met en mode « économie d'énergie », et le métabolisme de base diminue.

La vie fait qu'on ne peut jamais suivre un régime sur le long terme. En effet, pour ce qui est de la nourriture, en dehors d'un côté vital, où on mange pour survivre, on mange aussi pour le côté convivial, pour le côté plaisir. Les gens tiennent par conséquent leur régime un certain temps, puis ils recraquent. Et quand ils recraquent, cela devient l'escalade de la violence, car ils mangent tout et n'importe quoi et en quantités multipliées par cent. Je pars du principe qu'il n'y a pas d'aliments qui font maigrir, ni d'aliments qui font grossir : tout est une question de quantités. Ce qu'il faut, c'est respecter la balance entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques : si on augmente les apports sans augmenter les dépenses, on prend

du poids, par contre si on augmente les dépenses et on diminue les apports, là, effectivement on va perdre du poids.

Il faut donc prendre en compte le côté alimentation et le côté activité physique. L'idée c'est donc : « comment perdre du poids sans être dans la restriction ? ». Il faut écouter les sensations de son corps. Quand les patients me disent : souvent, j'ai des pulsions, je craque, je mange un paquet de gâteaux en entier. Au lieu de dire : « Ce n'est pas bien, il ne faut pas manger un paquet de gâteaux en entier », l'idée est de comprendre ce qu'il se passe avant qu'ils craquent. Je leur demande de réfléchir aux pensées et à ce qui a pu se passer en amont. Est-ce que c'était un stress ? un ennui ? une tristesse ? une mauvaise nouvelle ? Pour comprendre ce qui fait qu'on a trop mangé.

S'il s'avère que c'est l'ennui, il faut rassurer le patient. C'est normal que l'alimentation soit un réconfort. Déjà tout petit, le premier aliment reçu est le lait maternel qui contient un sucre, qui rassure le bébé, qui sent qu'il est connecté avec la maman. Le sucre est là tout au long de notre vie. L'enfant qui tombe, reçoit un bonbon. Il a été sage chez le médecin, on lui donne un bonbon. Dès le plus jeune âge, le sucre est réconfort. Plus tard, c'est donc logique que dans une situation où on n'est pas bien, on va aller vers quelque chose de sucré. L'idée est de rassurer, et expliquer que si la nourriture est la seule source de réconfort, c'est là que ça devient problématique. Il faut alors travailler sur les autres sources de plaisir comme appeler une amie, aller faire un tour au parc, faire du shopping, lire un livre, prendre un bain, se mettre du parfum, regarder une fleur. C'est une des pistes sur lesquelles je travaille.

De plus il s'agit de manger quand on a faim et de s'arrêter de manger quand on n'a plus faim. Quand on mange de trop, c'est là qu'on ne se sent pas bien, que ça déborde et qu'on stocke. Il faut donc réapprendre à écouter son corps. Là aussi les régimes vont fausser la sensation de faim et de satiété. Je dis aux patients, si au petit-déjeuner vous n'avez pas faim et que vous mangez – ce n'est pas une bonne idée. Essayez d'attendre jusqu'à ce que la faim apparaisse, mais emmenez avec vous une collation – cela évite le stress de se dire que je n'ai pas mangé le matin et à midi je vais me jeter sur la nourriture.

Par contre, lorsqu'on a faim et on va manger, l'autre outil que j'utilise est de manger en pleine conscience. Souvent ce qu'il se passe au travail, ou lors des révisions pour les étudiants, ou lorsqu'on est sur son smartphone, c'est qu'on n'est pas du tout concentré sur ce qu'on mange. Or, il faut 20 minutes pour obtenir la satiété, il faut donc prendre le temps de manger. Pour la pleine conscience, on sait qu'il y a 7 sortes de faim : la faim des yeux – lorsqu'on voit un aliment appétissant, la faim du nez - lorsqu'on sent les odeurs et ça peut nous donner envie de manger, la faim de la bouche – c'est tout ce qu'il se passe au niveau de la mastication, donc je demande aux patients d'analyser ce qu'ils ressentent, est-ce que l'aliment est croustillant, moelleux, chaud, froid, comment le goût évolue entre la première bouchée et les suivantes, sans tout de suite enchaîner sur la bouchée d'après. Il faut vraiment essayer de presque visualiser le trajet de l'aliment de la bouche à l'estomac. Il faut aussi prendre le temps de présenter joliment le plat, de se faire plaisir. C'est un exercice qui n'est pas facile à faire, parce qu'on ne sait pas le faire. Si on ne le fait pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais il faut le faire une fois de temps en temps pour être reconnecté avec sa nourriture.

J'essaye aussi de dire aux patients de ne pas prendre une énorme assiette. Il vaut mieux prendre une plus petite assiette qu'on remplit de manière correcte et s'arrêter de manger quand on n'a plus faim. Si on n'a pas fini l'assiette, ce n'est pas grave. Par contre, si on a fini l'assiette, et qu'on a encore envie de se resservir, avant d'y aller, il faut se poser la question : est-ce que j'ai vraiment faim ? Est-ce que j'ai vraiment envie de me resservir ? Pourquoi ? Si je suis en accord avec cela, accepter en se disant : ok, je remange pour telle ou telle raison, mais sans culpabilité. Souvent quand on mange trop, on dit : je n'étais pas bien, donc j'ai mangé. Et après on se dit : voilà, t'es qu'une grosse vache, tu as encore tout foutu en l'air, et on retourne dans un cercle vicieux. Il faut apprendre à se réconcilier avec les aliments.

De la même manière, il n'y a pas d'interdits. Si par exemple vous aimez le chocolat, vous pouvez en manger. Alors souvent on me regarde avec de gros yeux en disant : « Quoi ? Je vais voir une diététicienne et j'ai le droit de manger du chocolat et des gâteaux ! » Oui, mais dans une quantité raisonnable. Il faut se dire : « Je prends déjà un carré ou déjà un gâteau, et je me pose, je déguste, j'apprécie. J'analyse les saveurs : c'est doux, c'est amer, c'est sucré etc. Je fais un travail là-dessus. » Et du coup, quand les papilles sont saturées au niveau du goût, l'information monte au cerveau et on a presque plus de plaisir en mangeant qu'un carré de chocolat qu'en mangeant toute une tablette. On voit bien au fur et à mesure qu'on mange, le goût n'est plus le même entre le premier carré et le dernier carré. L'idée c'est ça : que les gens apprennent le goût, qu'ils puissent se faire plaisir, et surtout qu'ils ne culpabilisent pas, parce que s'ils sont d'accord avec eux-mêmes, ça marche beaucoup mieux.

Ce sont les deux outils que je travaille : la « liste de réconfort » pour choisir qu'est-ce qu'ils pourraient faire d'autre que manger et la pleine conscience.

J'ai aussi fait une formation sur les troubles du comportement alimentaire, ce qui m'a permis de travailler ces outils et une formation sur l'entretien motivationnel. C'est assez intéressant, ça va vraiment dans l'éducation du patient. C'est chouette pour nous en tant que thérapeute : qu'on soit médecin, diététicien ou même d'autres corps de métiers. Souvent, on a tendance, nous, à vouloir donner des solutions. On a choisi ce métier parce qu'on a envie d'aider les gens, que ce soit dans l'alimentation ou en général, mais souvent on est trop du style : « voilà, je vous apporte cette idée », sauf que le patient ne va pas l'intégrer de la même manière si c'est lui-même qui émet l'idée. Le but de l'entretien motivationnel, c'est déjà essayer de comprendre la personne, c'est pour ça aussi que j'essaye de prendre le temps pour apprendre à connaître la personne, je lui pose des questions sur elle, sur son environnement, sur sa famille, sur la morphologie de sa famille – souvent on se rend compte aussi que ce sont des familles où ils sont tous gros ou alors pas du tout, mais essayer de comprendre ce qu'il se passe au niveau de la famille, de comprendre aussi leur situation de vie, pour cibler les choses qui ne vont pas bien et qui vont les faire aller vers l'alimentation. J'essaye de leur faire faire les liens entre tout ça.

Par la suite je leur demande pourquoi ils ont envie de perdre du poids, car c'est important de comprendre la motivation et de voir si l'objectif est réalisable. Si la personne me dit qu'elle veut perdre 30 kilos, ce n'est pas possible non plus. Le poids de forme ce n'est pas forcément celui qu'on souhaite. On n'a pas tous le même métabolisme. On ne sera pas tous des mannequins. Il faut respecter son corps. Je regarde notamment au niveau de l'histoire du

poids, dans l'enfance, dans l'adolescence. Quels évènements de la vie, des grossesses ou autre, ont fait qu'elles ont pris du poids ? Le but étant que les personnes elles-mêmes aient cette réflexion sur ce qu'il se passe. Je leur demande ce qu'elles pensent de leur alimentation, pourquoi est-ce qu'elles veulent maigrir, et qu'est-ce qu'elles aimeraient changer dans leur alimentation, pour comprendre ce que cela changerait pour eux. Dans l'idéal où elles auront perdu tous ces kilos, comment sera leur vie ? Une fois parties dans l'optique de faire un changement alimentaire, je leur demande ce qu'elles aimeraient changer, ce qu'elles aimeraient modifier. Après, bien-sûr je les aide, mais il faut voir ce que d'elles-mêmes elles sont prêtes à faire. On ne peut pas tout changer de but en blanc et on ne peut pas donner « un programme alimentaire » identique pour chaque personne. Même si elles ont la même finalité de perte de poids, chaque personne est différente. C'est à moi de les aider pour voir ce qu'elles peuvent changer et on y va petit à petit. On va définir le plus petit pas possible, qu'on va essayer de mettre en place et de travailler ensemble. Voilà dans les grandes lignes.

Il y a l'activité physique aussi : il faut voir avec elles qu'est-ce qu'elles faisaient comme activité physique, qu'est-ce qu'elles peuvent encore faire, si elles sont suivies, est-ce qu'elles ont des antécédents particuliers, parce qu'avec le surpoids on ne peut pas tout faire non plus. Il faut voir ce qui est envisageable de faire.

E : Comment abordez-vous la pesée avec vos patients ?

I : Comme je n'ai pas de cabinet, je ne peux pas les faire peser. Mais je n'ai pas envie qu'ils soient obnubilés par la balance. Franchement, le poids c'est juste un chiffre sur une balance, mais ça ne détermine pas non plus la personne. Des fois je n'aborde même pas la question du poids, je regarde comment elles sont et par contre je leur demande si elles se sont pesées dernièrement et combien elles pèsent. Je ne vais pas leur dire : « pesez-vous ! » et en plus devant moi, car c'est quelque chose qui rend les gens mal à l'aise et pour un premier contact, elles ne sont déjà pas à l'aise avec leur poids, alors on ne va pas encore rajouter une couche. Par contre quand je parle de l'histoire du poids, à un moment je vais leur dire : « est-ce que vous connaissez votre poids ? Est-ce que vous vous êtes pesé récemment ? » Je ne vais pas, moi, leur dire : « Mets-toi sur la balance ! ».

E : Pour vous qu'est-ce que le surpoids ? Une maladie ? Le résultat d'une addiction ?

I : Si on prend la définition de base, c'est un excès de masse grasse qui résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses. Pourquoi il y a moins de dépenses et plus d'apports ? Ça c'est propre à chaque personne. L'obésité c'est multifactoriel. Ça peut être génétique, ou bien à cause d'un problème hormonal, ou d'un problème de thyroïde, qui fait qu'elles prennent du poids et ce n'est pas parce qu'elles mangent de trop. Ça peut être lié à l'environnement, par exemple les personnes qui vivent en ville et qui se déplacent tout le temps en voiture, qui mangent trop et qui ne marchent pas : elles n'ont plus les mêmes dépenses qu'on avait dans le temps. Il y a tout le reste à prendre en compte : la qualité de vie, le stress au travail, le sommeil : il y a beaucoup d'études, notamment chez les enfants, qui

prouvent que les personnes qui dorment peu, ont une ghréline augmentée, et une leptine (hormone de la satiété) qui est diminuée. Une autre étude récente montre que c'est quelque chose de génétique, dans le sens où notre microbiote intestinal a aussi une carte d'identité. Il n'y a qu'un tiers qui est commun à l'espèce humaine, mais deux tiers sont propres à chacun. Ce sont des caractères propres et donc on ne peut pas dire : la personne est obèse et c'est « que de sa faute ».

Aujourd'hui il y a aussi de la pub partout : l'offre alimentaire est excédentaire et c'est culpabilisant. A la télévision, on vous montre plein de publicités sur la « bouffe » et après on dit qu'il ne faut pas manger trop gras ni trop sucré. On est vraiment dans l'ambivalence : on a un choix énorme, mais on dit qu'il faut faire attention à ce qu'on mange. Faire les courses aujourd'hui en supermarché c'est de la science-fiction. Je comprends que les personnes soient un peu perdues et comme elles ne savent pas qu'est-ce qui est bien à manger – autant nous, on s'y intéresse et on le sait, mais tout le monde ne le sait pas. Et si les personnes mangent trop, il faut voir pourquoi. Il n'y a pas une seule définition chez tout le monde.

E : Quelles sont vos astuces pour faire accepter leur corps aux patients ? Utilisez-vous des outils comme les relookings ? les gaines ?

I : J'ai une amie qui est diététicienne et qui s'est formée dans ces techniques d'acceptation du corps. Moi personnellement je ne le fais pas. Mais ce que j'essaye de leur dire, c'est que leur poids ne détermine pas leur personnalité pour qu'ils arrivent à accepter leur corps et voir ce qu'elles pourraient éventuellement changer, qu'elles puissent aussi se faire plaisir. Souvent les personnes s'oublient complètement, elles ne se voient plus du tout dans le miroir, à la rigueur elles regardent juste si les vêtements vont ensemble et encore – pas forcément, mais l'idée c'est déjà qu'elles apprennent à nouveau à se regarder dans le miroir, à se faire plaisir et à s'accepter comme elles sont, au-delà de juste un poids. Ce ne sont pas les kilos qui déterminent la personne. C'est vrai que le relooking je n'ai pas testé mais ça peut être une idée... comme les émissions qu'on voit avec Cristina Cordula, je pense qu'effectivement si on voit qu'on peut « améliorer » la personne telle qu'elle est, car souvent elle se laisse un peu aller... une coupe de cheveux, un brushing, un vêtement qui les met un peu en valeur : oui, je pense que ça peut aussi les aider à se sentir mieux.

E : Comment abordez-vous la question de la sexualité ?

I : Je ne le fais pas du tout.

E : Vous m'avez dit que vous vous intéressez au poids des autres membres du foyer. Avez-vous tendance à faire des entretiens en présence des autres membres du foyer ?

I : Ça ne s'est produit qu'une seule fois, quand je suis allée voir un couple, parce qu'ils étaient tous les deux dans l'optique de perdre du poids. Ils avaient deux enfants, deux filles qui n'avaient pas du tout de problème de poids, mais ils souhaitaient qu'on les intègre dans

l'entretien. Leur problématique était qu'ils manquaient d'idées pour bien cuisiner. Ils m'expliquaient que les filles sont un peu difficiles, donc ils m'ont demandé que les filles viennent et que je leur explique comment on peut travailler ensemble. Mais comme les filles n'avaient pas de problème de poids, je ne suis pas allée au-delà. De manière générale, les proches ne sont pas toujours présents au moment où moi je vois la personne.

E : Qu'en est-il de l'ethnie du patient ? De ses habitudes culturelles ?

I : C'est super important, par exemple les personnes musulmanes qui font le ramadan. L'alimentation c'est intime, c'est personnel. Si on ne prend pas en compte les habitudes culturelles, ça ne va pas du tout. C'est important aussi de respecter leur origine, et bien-sûr je le prends en compte. J'essayer de les aiguiller en fonction et d'avoir des recettes qui sont adéquates à leur culture.

E : Comment vous vous positionnez par rapport aux régimes proposés au grand public, comme « Comme j'aime » ou « Weight Watchers » ?

I : Je suis contre. Encore « Weight Watchers » c'est le moins pire de tous, mais c'est ce que je disais tout à l'heure. Pour moi, un régime c'est restrictif et c'est déséquilibré. Même si ça marche un temps, ce n'est pas sain. Pour moi l'équilibre alimentaire, c'est manger de tous les groupes d'aliments. Si on enlève un groupe d'aliments, forcément on va maigrir, mais ce n'est pas quelque chose de viable sur le long terme. Ça entraîne la restriction, qui entraîne la compulsion, la culpabilité, à nouveau la compulsion et c'est un cercle vicieux. Surtout qu'on obtient son capital adipeux à l'adolescence, donc il est très important de prévenir les enfants du surpoids. Mais ce que je veux dire par là, c'est que les cellules adipeuses ne meurent pas. Elles sont toujours là. Quand on recommence à manger et comme le métabolisme de base était ralenti, on prend plus de poids.

E : Quelles sont vos astuces pour les repas de fête, les soirées entre amis, pour les repas au restaurant ?

I : Pour les repas au restaurant, je regarde avec eux si c'est quelque chose qu'ils font souvent. Quelqu'un qui va tous les jours au restaurant, ce sera un peu différent. Mais quelqu'un qui y va de manière occasionnelle, toujours dans l'idée de se faire plaisir et de manger ce dont on a envie, car une calorie est une calorie quelle que soit sa nature, je leur dis : regardez la carte et demandez-vous qu'est-ce qui vous fait le plus envie. Est-ce que c'est le dessert ? Est-ce que c'est plus l'entrée ? Et choisir en fonction de ça ce que je peux manger avant ou après. Le but n'est pas de « sur-manger » parce qu'on va au restaurant, mais se dire si j'ai vraiment envie de quelque chose, par exemple d'un dessert, qu'est-ce que je peux manger d'autre pour que ce soit équilibré. Si j'ai envie d'un foie gras en entrée, suis-je forcément obligé de prendre un dessert ? Il faut trouver des astuces, mais se demander en premier lieu ce qui leur fait envie et si déjà ils sont dans la convivialité, ils vont prendre le temps de déguster, et autant aller sur

un aliment qu'ils aiment. Pour tout ce qui est apéritif, ça – c'est le plus traître, car on a souvent tendance à boire des boissons alcoolisées, à plus manger parce que l'alcool ça désinhibe, donc même si on est plein de bonnes intentions, d'un coup on se dit : c'est la fête ! Au niveau des boissons alcoolisées, je leur demande d'alterner un verre d'alcool et un verre d'eau : ça hydrate et ça évite de trop boire d'alcool. Après au niveau du choix des aliments, plutôt que picorer un peu à droite et à gauche, il vaut mieux prendre une petite assiette et réfléchir à « qu'est-ce que j'aime bien ? » au niveau des apéros, mettre ce qu'on aime sur l'assiette et visuellement le cerveau va déjà enregistrer qu'il va manger tout ça. Pareil, on prend le temps de déguster. Si on mange à chaque fois, le cerveau ne se rend pas compte. Là on va avoir une visualisation. Il faut aussi éviter de manger trop de pain, au niveau des desserts, s'il y en a plusieurs, se dire : « raisonnablement, je ne peux pas tous les manger mais lequel j'ai envie de goûter ? » S'il y en a deux, je prends un petit morceau de chaque. L'idée est toujours de se faire plaisir, mais dans quelle quantité. Se dire qu'est-ce qui me donne envie ? Qu'est-ce que je peux laisser sans être frustrée ?

E : Travaillez-vous en réseau pour les activités physiques ? Avec des coaches ? Qu'en est-il des activités physiques que vous conseillez ?

I : J'ai fait un stage au REDOM, où les patients sont suivis par une diététicienne mais aussi par une coach sportive pendant un an et ils n'ont pas d'argent à déboursier. La coach sportive leur fait faire des exercices pendant 6 mois avec elle. Ce sont des exercices qui sont adaptés au surpoids et que donc tout le monde peut faire, et après ils sont partenaires avec des associations sportives dans les villages, qui proposent des tarifs réduits et dont le personnel est formé pour accompagner des personnes en surpoids. Le problème des salles de sport X ou Y, c'est rare qu'il y ait vraiment des personnes qui sont très obèses. Il y a un peu de surpoids, mais jamais très sévère et le problème est que les coaches ne sont pas forcément formés pour accompagner des personnes comme ça. Moi je fais de la zumba dans une association, et je sais que le coach principal est formé pour accompagner des personnes en surpoids, parce que justement en Afrique, les populations n'ont pas la même alimentation que chez nous, c'est très gras, il y a beaucoup de sodas sucrés, donc lui a appris à travailler avec des personnes en surpoids.

E : Comment effectuez-vous le suivi de vos patients ? A quelle fréquence ?

I : Idéalement, j'aimerais bien tous les quinze jours. Mais le problème dans la diététique c'est que les consultations ne sont pas remboursées. Donc même si je leur dis de demander à leur complémentaire santé s'il y a une prise en charge ou pas, car il y en a de plus en plus, je ne peux pas non plus imposer. Je leur demande pour eux quand est-ce que ça serait utile qu'on se revoie. Imposer les choses c'est un peu compliqué. L'idéal c'est tous les 15 jours, mais c'est souvent plus un mois, après c'est tous les mois, et après tous les 3 mois. Et une fois que la personne est autonome et qu'elle a bien compris comment ça marche, on n'a plus besoin de se voir sauf s'il y a une demande spécifique.

E : Pour vous quelle est la place de la chirurgie bariatrique dans la prise en charge du surpoids ?

I : Vaste débat... J'ai aussi fait mon stage au NHC à Strasbourg, et j'ai demandé à suivre une patiente qui avait fait une chirurgie. Je l'ai eu un peu avant puis tout au long de sa réalimentation. Pour moi, sincèrement, je ne sais pas si les gens se rendent compte que c'est une mutilation, qu'on va leur couper un morceau d'estomac. C'est un peu la solution miracle, genre vous n'avez pas réussi à suivre un régime, donc là on va faire une chirurgie et vous allez maigrir. Sauf que pour moi ça ne règle pas du tout le problème de base, car les gens ne sont pas du tout éduqués sur comment bien manger et malheureusement après la fameuse lune de miel où effectivement ils perdent beaucoup de poids parce que rien ne passe, ils vont reprendre. J'ai calculé le nombre de calories au départ et c'est extrêmement peu, ce n'est juste pas possible. C'est pour ça qu'on les supplémente en vitamines et en minéraux. Ce qui est sûr c'est qu'au bout de 2 ans, certaines personnes regrossissent parce que l'estomac ça reste un muscle, et si on ne fait pas attention, on va remanger et l'estomac se réapproprie un certain espace.

Pour moi, ce n'est pas quelque chose de naturel, on ne règle pas le problème de fond et aujourd'hui j'ai l'impression qu'il y a un business et on fait ça comme on va acheter un croissant à la boulangerie. Moi je ne suis pas forcément pour. Peut-être que dans les cas vraiment très précis, avec des personnes où on ne trouve vraiment pas d'autre solution et quand la personne est active, qu'elle est bien suivie et qu'elle le fait bien, ok. Mais pour le suivi, les patients sont livrés à eux-mêmes et ne savent même pas ce qu'ils peuvent manger. Même le protocole qu'on leur donne à l'hôpital c'est compliqué. Ma patiente m'appelait presque tous les jours en disant : ça j'ai le droit de manger ? ça je peux ? Ils sont livrés à eux-mêmes et ils ne savent pas. Je ne suis pas forcément pour.

E : Quels supports écrits utilisez-vous ?

I : Je leur demande d'abord s'ils ont envie de noter ce qu'ils mangent. Je trouve que le fait de noter ce qu'on mange permet de réaliser les quantités et idéalement j'aime bien qu'on me marque à côté de l'aliment ou la boisson, de sa quantité et sa fréquence, le lieu où est-ce qu'ils ont consommé ça : si c'est chez elle, au travail, chez des amis, le temps passé à manger et si possible les émotions qui sont ressenties. Du style : là j'ai mangé, je n'avais pas faim mais c'était l'heure, ou là j'ai trop mangé, ou je n'ai pas assez mangé, ou là j'étais stressé et j'ai culpabilisé et j'ai mangé 4 gâteaux, alors que peut-être qu'un seul aurait suffi. L'idée est qu'ils réfléchissent sur eux-mêmes mais je ne l'impose pas à tout le monde. Les seuls supports écrits que moi j'utilise, je demande toujours au patient quel est son motif de consultation, et à la fin je leur remets un document personnalisé sur tout ce qu'on a fait ensemble, sur les conseils, le choix des aliments, les modes de préparation, les types de cuisson : à la vapeur, à l'étouffée, pour que ça ait du goût sans forcément des matières grasses.

ANNEXE 4 : Tableau d'analyse du verbatim

THEMES	SOUS-THEMES	EXTRAITS DU VERBATIM
Bilan initial	Histoire du poids	<p>E2 « ...une jeune fille de 18 ans que je suivais depuis l'âge de 14 ans, enfin depuis toute petite mais qui venait me voir depuis 3 ou 4 ans pour des histoires de poids, toute la famille est obèse, sa sœur s'est miraculeusement à un moment donné, mise à maigrir et elle est en surpoids aujourd'hui, enfin je ne la vois plus parce qu'elle a déménagé. Et elle, on a fait plein de choses : elle est partie en cure, elle s'est éloignée de sa famille, elle a fait des régimes, et puis elle est venue me demander de la chirurgie bariatrique. » « Là, où je suis un peu contente, c'est quand j'arrive à ce que les gens racontent ce que c'est l'alimentation pour eux, comment ils le vivent et tout ça... »</p> <p>E5 « ...c'est en règle générale un problème familial. »</p> <p>E8 « Souvent les personnes qui ont pris beaucoup de poids, l'ont pris dans un contexte de stress, de dépression. »</p> <p>E12 « Leur histoire de poids, si c'est pour une question de poids, leur passé, leurs expériences. Ça la personne en parle d'emblée si elle a fait tel ou tel régime, elle a pris, elle a reperdu, elle vous raconte facilement ce genre de chose. »</p>
	Recherche des antécédents et des comorbidités	<p>E5 « Le risque cardio-vasculaire dépend de l'âge, et le rapport au poids et l'influence de ce poids dépend aussi de l'âge. Ça veut dire que si on a un IMC à 27 à 30 ans, on est autant à risque que quelqu'un qui a un IMC à 30 à 50 ans. » « La toxicité métabolique du surpoids, c'est l'intensité mais aussi la durée. » « C'est la graisse inflammatoire qui va abimer un certain nombre de choses entre 30 et 50 ans : c'est là que les choses se passent. »</p> <p>E9 « Mais vous pouvez aussi avoir des troubles métaboliques. Donc je vais m'intéresser plutôt au métabolisme, voir s'il y a des problèmes par rapport aux micronutriments, mais là il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes qui s'en occupent. » « Il faut traiter l'inflammation, parce que vous avez des inflammations à bas bruits : donc moi, j'ai plutôt une approche micro nutritionnelle. »</p> <p>E6 « Alors il y a un truc maintenant que je cherche assez systématiquement, bon d'abord je cherche s'il y a un antécédent de diabète dans la famille, s'il n'y en a pas et que j'ai une obésité, et qu'ils ont déjà fait plein de régimes, alors je me dis « oh là, c'est qu'il doit y avoir une résistance à l'insuline ». »</p> <p>E7 « Dans la première consultation, il y a comme dans n'importe quelle consultation de médecine, il y a un interrogatoire, avec les antécédents, la prise de médicaments, etc. »</p> <p>E12 « Leurs pathologies, leurs traitements. S'ils ont des soucis de transit, de rétention d'eau, des choses comme ça. Les grossesses, s'il y en a eu, s'ils ont des enfants. »</p>

Etude du mode de vie	<p>Non alimentaire :</p> <p>E5 « ...il s'avère que la prise de poids correspond à un changement de fonction : elle est devenue responsable dans l'institution où elle travaille, et qu'à partir de ce moment-là elle ne mange plus à midi. » « Elle n'avait pas l'impression de manger plus, par contre elle avait pris 20 kilos – le problème il est là. » « Mais ce ne sont pas eux qu'on a : nous ils sont soit chômeurs, soit salariés, soit retraités. »</p> <p>E6 « Et ce qu'il n'allait pas, c'est que ça ne va pas dans son boulot, dans sa famille. Donc il y a ça aussi qui intervient. Il y a le stress aussi, pour certains ça empêche de maigrir. »</p> <p>E9 « Ensuite, je vais m'intéresser au mode de fonctionnement de la personne, par rapport à son environnement etc, voir si elle est stressée, où elle travaille, ce qu'elle fait comme type d'activités, pour mieux cerner sa problématique. » « Je m'intéresse déjà à la personne pour connaître son mode de vie. »</p> <p>E10 « On va surtout réfléchir sur les éventuelles erreurs alimentaires, sur l'activité physique, la sédentarité. »</p> <p>E11 « Ça peut être lié à l'environnement, par exemple les personnes qui vivent en ville et qui se déplacent tout le temps en voiture, qui mangent trop et qui ne marchent pas : elles n'ont plus les mêmes dépenses qu'on avait dans le temps. Il y a tout le reste à prendre en compte : la qualité de vie, le stress au travail, le sommeil... » « ...il faut voir avec elles qu'est-ce qu'elles faisaient comme activité physique, qu'est-ce qu'elles peuvent encore faire, si elles sont suivies, est-ce qu'elles ont des antécédents particuliers, parce qu'avec le surpoids on ne peut pas tout faire non plus. »</p> <p>E12 « A la première consultation, on fait connaissance en fait. Donc il y a toute la partie administrative, les renseignements personnels, par exemple leur profession... » « Voilà toutes ces questions-là qui sont importantes, pour toutes les personnes qui travaillent en poste, on détaille, poste de matin, d'après-midi, de nuit. » « Alors j'adapte surtout à leur rythme de vie, à leur horaire et après c'est vrai qu'on tient compte de plusieurs choses. »</p> <p>E13a « La personne qui n'est pas prête à changer, qui a des problèmes dans sa vie – ça va être l'entrée « psy » : la diététicienne pourra faire tout ce qu'elle veut, il ne sera pas prêt, il ne va rien faire, il ne va rien changer. »</p> <p>Alimentaire, habitudes alimentaires :</p> <p>E4 « ...et on essaie de voir ce qui va et ce qui ne va pas, pourquoi, depuis quand, quelle est leur façon de surconsommer, les dépenses et les entrées, et pourquoi ils ne bougent pas, si c'est occasionnel, si c'est toujours, si c'est des petites erreurs cumulées. » « En fonction il peut y avoir des analyses sur les consommations, les calendriers de repas sur une semaine, sur l'activité physique. »</p> <p>E5 « Il y a quatre ou cinq questions à poser : vous prenez un petit déjeuner ? vous mangez combien de fois par jour ? vous mangez vite ou pas vite ? est-ce que vous avez l'impression de grignoter ? est-ce que vous buvez des boissons sucrées ? En gros c'est avec ces questions-là qu'on a réglé 80% du problème. »</p> <p>E7 « Bon comme c'est une consultation de nutrition, je leur demande leurs habitudes alimentaires, comment ils mangent. Alors en général, ils vont rentrer dans des grandes litanies. Donc je ne veux pas savoir ça, je leur dis : « décrivez-moi ce que vous avez mangé sur les dernières 24h ». Et souvent c'est quand même relativement superposable et après on part de là. »</p>
----------------------	--

		<p>« On essaie ensuite de voir ce qui est en déséquilibre, donc comme je dis, la plupart du temps il y a trop de sucres cachés. »</p> <p>E8 « On fait d'abord une enquête alimentaire sur une semaine ou deux... »</p> <p>E9 « Ce que je demande aux personnes en général c'est qu'elles me notent sur 10 jours sur un papier ce qu'elles mangent le matin, le midi et le soir et s'ils grignotent. »</p> <p>E10 « Je vais plutôt demander sur une journée type ou la journée de la veille, qu'est-ce qu'il a mangé ? Ou le jour même si on est en fin d'après-midi. »</p> <p>E11 « Généralement je commence par une enquête alimentaire, donc je regarde ce que le patient mange et boit du petit-déjeuner jusqu'à la fin de la journée. » « Je leur demande d'abord s'ils ont envie de noter ce qu'ils mangent. Je trouve que le fait de noter ce qu'on mange permet de réaliser les quantités et idéalement j'aime bien qu'on me marque à côté de l'aliment ou la boisson, de sa quantité et sa fréquence, le lieu où est-ce qu'ils ont consommé ça... »</p> <p>E12 « Et quand on a terminé toute cette partie-là très personnelle, on passe alors sur leurs habitudes alimentaires. Donc je fais une « enquête », alors je n'aime pas trop ce mot parce que c'est juste histoire d'avoir une vue d'ensemble sur les habitudes alimentaires de la journée. On prend une journée type et on voit du matin au soir quels sont leurs repas, les horaires de repas, si les repas sont pris au domicile ou au travail. » « Il y a des personnes qui vont noter tout ce qu'ils mangent, mais je leur dis qu'il ne faut pas qu'ils s'amuse à faire ça sur 1 mois. Il ne faut pas que ça soit une contrainte. Mais tout ce qui est « journal alimentaire » ce n'est pas systématique. »</p>
	Examens complémentaires	<p>E8 « ...un bilan sanguin pour s'assurer qu'il n'y ait pas une hypothyroïdie ou d'autres choses médicales qu'on peut régler médicalement. »</p> <p>E9 « Je vais faire un test spécifique qui s'appelle le test de Homa. Ce test permet de vérifier s'il y a une résistance à l'insuline. »</p>
	Examen clinique : La question de la pesée	<p>E2 « ... les gens se sentent très humiliés quand on leur demande de monter sur une balance, et les médecins ne comprennent pas pourquoi c'est humiliant de monter sur une balance. » « Maintenant je suis très contente parce que quand les gens viennent et qu'ils sont gros, je dis : « Est-ce que vous acceptez de monter sur la balance ? » Et les gens ils osent me dire non. »</p> <p>E4 « Et puis j'ai une mauvaise habitude, je pèse tout le monde ! Je ne sais pas, ça peut être culpabilisant, ça peut être mal vécu. » « Et puis j'ai des gens qui disent « non, je ne monte pas sur la balance » et je respecte ça, mais je trouve que c'est bien, parce que s'il y a un amaigrissement ou une prise de poids soudains, c'est mieux pour le suivi. »</p> <p>E5 « En fait, les gens ne se pèsent pas, donc on les pèse. Et là, quelques fois il y a des surprises, parce que les gens n'imaginaient pas le poids qu'ils avaient. »</p> <p>E6 « Il y a l'observatoire avec taille, poids, tour de poitrine, taille et hanche, l'IMC à chaque consultation. »</p> <p>E8 « Les patients qui sont en surpoids, je les pèse assez souvent. « Tiens, je vais vous mettre sur la balance ! » et comme j'ai une balance à impédancemétrie, en plus ça les amuse. » « ...mais il y a le côté un peu ludique, il faut se mettre pieds nus, sur les capteurs. Ils aiment bien et souvent ils en redemandent par la suite. »</p>

		<p>E10 « On essaye de prendre les poids et les tailles très régulièrement. » « Il y a les adultes qui abordent le problème, parce que c'est un problème pour eux, et là c'est facile d'en parler. C'est souvent au moment de la pesée que le sujet va sortir. »</p> <p>E11 « Mais je n'ai pas envie qu'ils soient obnubilés par la balance. Franchement, le poids c'est juste un chiffre sur une balance, mais ça ne détermine pas non plus la personne. » « Je ne vais pas leur dire : « pesez-vous ! » et en plus devant moi, car c'est quelque chose qui rend les gens mal à l'aise et pour un premier contact, elles ne sont déjà pas à l'aise avec leur poids, alors on ne va pas encore rajouter une couche. » « Des fois je n'aborde même pas la question du poids, je regarde comment elles sont et par contre je leur demande si elles se sont pesées dernièrement et combien elles pèsent. »</p> <p>E12 « Et surtout il y a d'autres personnes, où je les invite à voir chez moi ce que ça donne, s'ils sont d'accord, et ensuite au cas par cas, je les invite à voir la masse graisseuse, la masse musculaire, l'eau, la masse osseuse. J'ai un impédancemètre, donc c'est vraiment du cas par cas. Alors il y a des personnes qui sont en demande de ça aussi, donc pas de soucis, mais après il y a des personnes où ce n'est franchement pas nécessaire de se lancer là-dedans. » « Il y a des personnes qui tout de suite m'annoncent la couleur : « oui c'était ce matin à jeun », donc je n'insiste pas. C'est vrai qu'on sent que la pesée toute de suite chez moi, ils ne seront pas forcément à l'aise, donc je n'insiste pas là-dessus, je leur fais confiance. »</p>
	<p>La reconnaissance du problème de poids et l'initiation de la prise en charge</p>	<p>E1 « ...essayer de leur faire comprendre qu'effectivement c'est important pour leur santé s'ils sont vraiment très gros ou autre, et puis le jour où ils prennent conscience et quand ils essayent de maigrir... »</p> <p>E2 « Et en fait le diagnostic c'est encore une fois « up-down » : c'est-à-dire que moi médecin je sais ce qui est bon pour lui, je vais l'interroger là-dessus. »</p> <p>E4 « Et puis notre désir de les voir en meilleure santé, je demande s'ils veulent des informations sur les problèmes de santé vis-à-vis de l'obésité, ce n'est juste pas un problème esthétique quoi. »</p> <p>E3 « Après plus spécifiquement sur le surpoids et l'obésité, c'est difficile la prise en charge en ce qui me concerne par le fait que c'est souvent un problème dénié par les parents, du coup ils en parlent très rarement spontanément, c'est toujours quasiment à mon initiative. » « Et quand j'en parle, il y a aussi un problème de reconnaissance du souci qui est parfois culturel et du coup modifier ça, ce n'est pas toujours évident... » « En fait, là pour le coup c'est un peu la même réflexion que pour les enfants, sauf qu'ils sont conscients de leur problème et qu'ils ont plus de mal à modifier leurs habitudes de vie. »</p> <p>E5 « Je ne fais pas adhérer. Il adhère tout seul. Moi je dis : « Revoyez votre histoire. Vous avez essayé, vous n'avez pas réussi. C'est normal, c'est compliqué, c'est difficile. On fait un effort, on ne perd pas de poids. On remange et là on en reprend. C'est l'horreur. C'est désespérant. Vous ne savez pas faire – ben oui, tout seul vous ne pouvez pas. » » « Est-ce que ça vous intéresse ou est-ce que ça ne vous intéresse pas ? Alors je leur donne le numéro de téléphone unique et si vous voulez, voyez avec eux. » « Si ça ne vient pas du patient, ça ne sert à rien. » « Elle vient pour un problème ORL, du coup je la pèse et je lui dis : « Ecoutez, il y a un petit problème. » » « ...et le bilan montrait des petites anomalies au niveau hépatique, des choses très légères mais ça veut dire qu'il y a une souffrance hépatique. Et là on parle du poids. »</p>

		<p>E6 « Alors je pars souvent de la pathologie, parce que souvent quand ils sont obèses, ba, ils ont mal aux pieds, aux genoux... Alors il faut prendre un petit truc, il faut le sortir. » « Alors je leur disais, vous savez si vous aviez quelques kilos de moins ça irait mieux. Et c'est là que hop, vous flairez le poisson et c'est là que vous dites « ba vous savez on pourrait peut-être en discuter de la nutrition ». » « Alors en fonction du HOMA, du taux, je leur dis qu'il faut faire le régime. »</p> <p>E7 « C'est-à-dire que dans le temps, je voulais faire de la nutrition et c'est moi qui incitais les patients à perdre du poids, à cause de leurs pathologies cardio-vasculaires, surpoids, syndrome des apnées du sommeil, peu importe. » « ...ils viennent parce que leur médecin traitant leur ont dit « vous avez une hypercholestérolémie, du diabète, des problèmes articulaires etc.. » et donc ils sont adressés ou ils viennent par eux-mêmes. » « Il faut partir sur le côté médical. » « ...je leur dis « bon ba vous avez quand même un petit peu de diabète, un peu d'hypertension, la première chose à faire plutôt que de prendre des médicaments, ça serait quand même de suggérer de rééquilibrer un petit peu votre alimentation ». »</p> <p>E8 « Et ceux chez qui on dit « ah, vous n'avez pas pris du poids ? Je vais vous mettre sur la balance ! » - on va voir s'il n'y a pas un problème médical, et si c'en est pas un, il y a peut-être un problème diététique. Surtout, il ne faut jamais les faire culpabiliser et ne pas les « engueuler ». » « Chez les gens qui ont envie de perdre, qui sont volontaires, il faut leur proposer un traitement global. » « ...nous essayons de proposer quelque chose pour des raisons médicales pures, parce que surpoids, parce que facteurs de risque cardio-vasculaire, parce qu'hérédité cardio-vasculaire défavorable – c'est là qu'on propose parfois des choses nous-mêmes... »</p> <p>E9 « Mon approche est vraiment globale pour attirer l'attention des gens et surtout leur faire changer leur mode de pensées par rapport à tout ça. »</p> <p>E10 « Il y a les adultes qui abordent le problème, parce que c'est un problème pour eux, et là c'est facile d'en parler. C'est souvent au moment de la pesée que le sujet va sortir. Si nous on trouve qu'il y a un surpoids, on va leur demander comment ils le ressentent, s'ils le ressentent aussi comme ça, si ça leur pose problème. »</p> <p>E12 « Et je leur explique que c'est quelque chose qui va leur permettre aussi d'avoir une meilleure santé avant tout, avant de mettre le problème de poids tout de suite en avant. Et donc ils l'entendent mieux aussi, qu'être en meilleure santé c'est déjà mieux manger dans l'assiette. »</p>
	Explication des mécanismes physiologiques	<p>E1 « Et la faim elle est liée, elle est corrélée au taux de remplissage de l'estomac. Donc on n'a plus faim quand l'estomac est rempli à 90%. » « La graisse elle va mettre du temps à se mobiliser. Donc il ne faut pas maigrir trop vite non plus, parce que si vous maigrissez de 4kg en un mois, ça va être 4kg de muscle... ou alors 3,5kg de muscle et 500g de graisse. Donc ce n'est pas terrible. »</p> <p>E6 « Bon j'explique au départ que manger c'est initialement un besoin physiologique, je compare souvent avec la voiture, la voiture elle a besoin d'essence, et nous notre carburant c'est la nourriture. »</p> <p>E7 « Donc ça, ça vient de notre programmation génétique qui date de Cro-Magnon il y a des milliers d'années, quand il se levait le matin il n'avait pas de petite gazelle à se mettre sous la dent avant de partir à la chasse donc il y avait cette programmation</p>

		<p>génétique qui permettait de synthétiser de l'HMG CoA réductase qui est le précurseur de la synthèse du cholestérol. »</p> <p>« Donc à partir de là, je leur explique le mécanisme de la chrono-nutrition, qu'il y a 3 règles, qu'il est important d'avoir 4 repas par jour, qu'il faut un bon petit-déjeuner, et un diner léger. Parce que dans la première partie du nyctémère, de 5h à 17h, on élimine 80%, de 17h à 7h du matin, on stocke 80% de ce que l'on mange. Alors ces 4 repas, eh ba ça ne tombe pas du ciel, c'est parce qu'on a 4 pics d'insuline. »</p> <p>« Par contre, en enlevant le sucre, l'organisme s'il ne peut pas chercher dans le sucre l'énergie, il va donc chercher l'énergie ailleurs, il va le chercher dans les graisses de réserve. Les graisses sont mobilisées, une partie est transformée en énergie, il y en a une autre qui est dégradée en corps cétoniques, et les corps cétoniques stimulent la satiété. Et quand on n'a pas faim on mange moins, et si on mange moins on perd du poids. »</p> <p>« Je leur explique à quoi servent les protéines, à renouveler les cellules des cheveux, de la peau, des ongles, des muscles, des neurotransmetteurs. Les précurseurs de ces neurotransmetteurs, ce sont les acides aminés, la tyrosine, le tryptophane, et donc il faut de la protéine pour pouvoir gérer ces neurotransmetteurs, qui eux-mêmes gèrent le centre de la satiété, de la faim et de l'humeur. »</p> <p>« Oui c'est de la nutrition pure, la première consultation c'est expliquer comment ça marche et les macronutriments qui sont nécessaires et indispensables. »</p> <p>« Ces petits poissons gras, qui sont riches en Oméga 3. Et les poissons gras mangés le soir vont permettre une meilleure fluidité membranaire, de lutter contre les facteurs de risque cardio-vasculaire, c'est ce qui va jouer dans les dépressions, dans la prévention des pathologies cognitives à partir de 50-60 ans. »</p> <p>E9 « Si vous avez une résistance à l'insuline, cela veut dire que votre pancréas va sécréter tout le temps de l'insuline, et comme l'insuline est une hormone anabolisante, donc qui favorise la construction, le stockage, vous n'allez pas fabriquer du muscle, mais vous allez surtout stocker de la graisse. Si vous avez une résistance à l'insuline, vous pouvez très bien ne rien manger, et vous ne perdrez pas de poids. »</p> <p>« Il faut savoir que la cellule graisseuse c'est un organe endocrine, qui fonctionne comme un pancréas, comme la thyroïde etc, et vous avez des entrées de triglycérides qui sont dépendants de l'insuline, et les sorties vont se faire par une filière énergétique via le sport. Vous allez avoir une porte de sortie qui va faire que la graisse va sortir. »</p> <p>E11 « Dès qu'on mange moins, dès qu'on supprime une catégorie d'aliments par exemple les féculents, le cerveau détecte une famine et il se met en mode « économie d'énergie », et le métabolisme de base diminue. »</p>
Prise en charge nutritionnelle	Conseils et organisation nutritionnels	<p>E1 « ...effectivement les gens arrivent parfois – oui, ça arrive aussi, que des gens arrivent à maigrir tout seuls en fonction des conseils simples que je leur ai donnés, des conseils simples, hygiéno-diététiques ... »</p> <p>« ...je n'ai pas de régime particulier à donner, c'est des conseils hygiéno-diététiques. »</p> <p>« ...il n'y a pas besoin de faire des régimes particuliers avec un œuf d'un côté un jour etc. – ça c'est complètement « débile » parce que ça donne plutôt des carences et des choses complètement déséquilibrées, il faut simplement manger équilibré, tout ce qu'on mange, mais en moins grande quantité. »</p> <p>« Ils prennent leur assiette qu'ils prennent d'habitude, ils enlèvent un quart de ce qu'ils mangent d'habitude, et puis normalement ils doivent maigrir si tout se passe bien. »</p> <p>E2 « Toutes les connaissances, globalement, ils les ont. »</p> <p>E3 « ...j'ai dans un premier temps tendance à dire qu'il faut réaffirmer les règles hygiéno-diététiques et réévaluer 3-6 mois après. »</p> <p>« En fait, on se rend compte que les informations diététiques les gens les ont en général et ils ont les bonnes infos. »</p>

		<p>E4 « Après sur les conseils diététiques, l'analyse des erreurs c'est quelque chose qu'on peut faire, le travail sur les quantités c'est quelque chose qui peut être fait mais qui n'est pas facile à changer. »</p> <p>E5 « Déjà il y a un truc possible, c'est de prendre un petit déjeuner le matin. Il faut déjà se lever un peu plus tôt, que au moins ça ce soit fait. Donc on a déjà 2 repas au lieu de un. Et l'idéal c'est de faire 3 au lieu de 1. »</p> <p>« Il n'y a pas de régime. Il y a le Plan National Nutrition Santé. C'est la référence. Il faut juste manger normalement. »</p> <p>« C'est souvent augmenter les quantités... de légumes ! Et de réduire les autres. C'est un rééquilibrage, une répartition et une restructuration sur la journée : matin, midi et soir. »</p> <p>« Et ça avec le principe de l'éducation thérapeutique : sans ça, ça ne marche pas non plus. »</p> <p>« Après il y a les ateliers sur les quantités, notamment sur la taille de l'assiette. Ça c'est important. Ce n'est pas la même chose de manger trois machins dans une grande assiette et trois machins dans une petite assiette, ça ne donne pas la même impression de satiété. »</p> <p>« S'ils mangent un sandwich à midi, l'essentiel c'est que le sandwich soit équilibré. »</p> <p>« Ce serait juste vivre normalement, c'est-à-dire bouger, ne pas acheter des produits transformés parce qu'ils sont hyper sucrés, hyper salés etc, avoir des légumes, les éplucher, les faire cuire et les manger. »</p> <p>« J'ai testé des trucs, puis à la longue il faut écouter son corps. Les gens ne savent plus le faire. Etre à l'écoute de son corps, c'est savoir si on a faim ou pas. »</p> <p>E6 « Il y a la partie nutrition, où j'explique l'équilibre alimentaire dans une assiette. Alors moi je suis beaucoup dans l'explication. »</p> <p>« J'explique les trois points que nous allons aborder, donc la quantité, je m'arrête beaucoup sur le sucre car c'est notre grand fléau mondial, puis l'aspect comportemental et la motivation. »</p> <p>« Et ensuite en revenant sur le support, je leur ai fait une assiette type: donc déjà on part sur l'idée de la petite assiette... »</p> <p>« Donc je leur explique qu'on va accentuer sur les légumes, deux portions de légumes, les protéines, très importantes, donc je leur explique la quantité de protéines en fonction du sexe, les féculents, l'intérêt des féculents., mais attention c'est du sucre. Je leur explique la différence entre le midi et le soir, en évitant le gras le soir. »</p> <p>« Mais je leur explique que de temps en temps, on a quand même le droit de se faire un petit plaisir. Je leur permets deux desserts exceptionnels par exemple. »</p> <p>« Un adulte qui ne veut pas de petit déjeuner, je n'insiste pas. Par contre ceux qui en prennent un, je suis un peu dans le style chrono-nutrition, c'est-à-dire le matin on est plutôt salé, pain, beurre, fromage, charcuterie, œuf... »</p> <p>« Je leur explique bien que ce n'est pas un régime ce que je propose, c'est vraiment une rééducation alimentaire, parce que nous savons que les régimes sont à éviter, comme dit l'HAS. »</p> <p>« J'autorise aussi ce que j'appelle les plats uniques, c'est ce qui est un peu gras type pizza, croque-monsieur, etc. Un peu d'alcool, du chocolat noir. Je leur explique que les fruits, il ne faut pas en abuser, c'est quand même du fructose et le foie il n'aime pas trop. »</p> <p>« Les principes de base de la nutrition, souvent les gens les savent déjà. Ce dont ils ont besoin c'est, si on veut utiliser un mot à la mode, du coaching, c'est-à-dire qu'on les accompagne dans la mise en place de ce qu'ils savent presque en entier. »</p> <p>« Alors moi je pense comme ça, c'est un petit peu ma philosophie, il faut que ça soit simple. Ce qu'on propose aux gens doit être simple. Pas trop coûteux, simple à réaliser et il faut de l'accompagnement. »</p>
--	--	---

		<p>E7 « Alors moi je fais ce qu'on appelle de la chrono-nutrition. La chrono c'est quand vous avez des aliments à manger à certaines heures, et ces mêmes aliments on peut les manger le matin mais pas le soir, car ils vont avoir un devenir métabolique différent. »</p> <p>« Alors quand on va démarrer un régime, on va lui enlever les sucres sur une quinzaine de jours pour faire une réinitialisation. »</p> <p>« La deuxième phase, je leur explique que les 15 premiers jours, pour donner un petit coup de pouce, pour réinitialiser, pour stimuler la perte, on va enlever le sucre. Donc on va enlever la majorité des sucres, donc moi sur 15 jours j'enlève le fruit, le yaourt, les pâtes, le riz, les pommes de terre, j'enlève vraiment tous les sucres. »</p> <p>« Alors au bout de 15 jours je réintègre un écart par semaine, je leur explique que si on réintègre un peu de sucre sous forme de fruit, de yaourt, de pomme de terre, le fait de réintégrer le sucre petit à petit, l'organisme va chercher l'énergie dans le sucre et non plus dans le gras, donc la perte est diminuée. »</p> <p>« Donc ils ont le droit à faire un écart par semaine, histoire que les gènes de la famine ne se mettent pas en place. »</p> <p>« Quinze jours après ils reviennent, et là on va réintégrer fruits et yaourts, quinze jours après on réintègre un tiers d'assiette de féculents par jour fois deux. »</p> <p>« C'est une prise en charge un peu infantile, mais ça marche, c'est comme ça que ça marche. »</p> <p>« ...je leur explique le mécanisme de la chrono-nutrition, qu'il y a 3 règles, qu'il est important d'avoir 4 repas par jour, qu'il faut un bon petit-déjeuner, et un diner léger. Parce que dans la première partie du nyctémère, de 5h à 17h, on élimine 80%, de 17h à 7h du matin, on stocke 80% de ce que l'on mange. Alors ces quatre repas, eh ben ça ne tombe pas du ciel, c'est parce qu'on a quatre pics d'insuline. »</p> <p>E8 « ...moi ce que je fais habituellement c'est la diète protéinée, qui est très décriée mais qui marche remarquablement bien et qui n'a pas d'effet yo-yo à condition de la faire jusqu'au bout. »</p> <p>« Le but c'est d'arriver en septième ou huitième phase à remanger de tout, mais avec des proportions qui sont différentes. »</p> <p>« Pour ce faire, on supprime de l'alimentation tous les glucides, tous les lipides et on ne donne que des protéines, qui sont indispensables à l'architecture de l'organisme et qui sont moins caloriques que les lipides et les glucides. »</p> <p>« Pendant une première phase qui va durer entre quinze jours et deux mois, on fait de la diète protéinée pure, c'est-à-dire qu'on ne va donner que des protéines. La durée va dépendre de l'objectif de kilos qu'on veut perdre et de la vitesse à laquelle on perd. »</p> <p>« Il y a deux ou trois labos qui font de très très bons produits, qui font des sachets à diluer et qui font aussi des plats cuisinés, il y a de tout : du salé et du sucré, avec des saveurs qui sont bonnes – j'en ai moi-même goûté. »</p> <p>« Quand je lance une diète protéinée où on n'a pas droit à l'erreur, parce qu'on a quinze ou vingt kilos à perdre et qu'on sait très bien que les trois quarts doivent être perdus en phase un, donc en phase cétose, on n'a pas droit à la moindre erreur. Si les gens suivent bien, ils perdent 4 kilos dans la semaine, s'ils mangent le moindre carré de chocolat, ils perdent zéro dans la semaine. »</p> <p>« Là, souvent je fais venir le conjoint, éventuellement les enfants à la séance d'induction pour expliquer que le patient va manger à part. Et qu'il ne faut pas le tenter ! »</p> <p>E9 « Après, si vous voulez le problème de l'obésité c'est surtout le problème de « Est-ce qu'il y a une résistance à l'insuline ou pas ? » S'il y en a une, là il faut faire des régimes particuliers. Là on fait ce qu'on appelle des diètes céto-gènes, où on va mettre en place des régimes avec très peu d'apport en sucre. »</p> <p>« Je dis toujours aux gens qu'il vaut mieux manger de meilleure qualité et manger moins que de manger et s'empiffrer avec n'importe quoi. »</p> <p>« Le fait de ralentir, de manger plus lentement ou de ne pas manger de sandwichs à midi, ou de préparer ce qu'on va manger, le fait de changer son alimentation, le fait de changer son mode de fonctionnement – ils vont maigrir de toute façon, sauf si vous avez la résistance à l'insuline. »</p>
--	--	--

		<p>E10 « J'axe surtout sur les grignotages, les boissons sucrées, après éventuellement les quantités lors des repas. Et j'insiste beaucoup sur le fait de ne pas faire ce qu'on appelle les régimes. Il faut une alimentation équilibrée, sans se priver... » « Faire 3 repas par jour à heure régulière, ne pas sauter de repas. » « On essaye de voir un peu à quoi ça correspond dans une assiette. Si je vois qu'il n'y a aucune erreur alimentaire, je leur dis de baisser la quantité de ce qu'ils mangent, sans aller regarder quelle quantité ils mangent. »</p> <p>E11 « ...aider les gens à manger sainement au quotidien : ça commence par le choix des produits, notamment par la lecture des étiquettes, pour être autonome, puis par la préparation des repas, le mode de cuisson, avec des recettes qui combinent un équilibre alimentaire. » « Je pars du principe qu'il n'y a pas d'aliments qui font maigrir, ni d'aliments qui font grossir : tout est une question de quantités. » « De plus il s'agit de manger quand on a faim et de s'arrêter de manger quand on n'a plus faim. » « J'essaye aussi de dire aux patients de ne pas prendre une énorme assiette. Il vaut mieux prendre une plus petite assiette qu'on remplit de manière correcte et s'arrêter de manger quand on n'a plus faim. » « L'idée c'est donc : « comment perdre du poids sans être dans la restriction ? ». Il faut écouter les sensations de son corps. » « Je dis aux patients, si au petit-déjeuner vous n'avez pas faim et que vous mangez – ce n'est pas une bonne idée. Essayez d'attendre jusqu'à ce que la faim apparaisse, mais emmenez avec vous une collation – cela évite le stress de se dire que je n'ai pas mangé le matin et à midi je vais me jeter sur la nourriture. » « Ce qu'il faut, c'est respecter la balance entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques : si on augmente les apports sans augmenter les dépenses, on prend du poids, par contre si on augmente les dépenses et on diminue les apports, là, effectivement on va perdre du poids. » « On ne peut pas tout changer de but en blanc et on ne peut pas donner « un programme alimentaire » identique pour chaque personne. Même si elles ont la même finalité de perte de poids, chaque personne est différente. »</p> <p>E12 « Enfin moi personnellement je ne pratique pas de régime, c'est un mot que je n'utilise jamais d'ailleurs, que je n'utilise pas du tout. Pour moi c'est une rééducation alimentaire et un changement profond des habitudes alimentaires. » « Alors j'adapte surtout à leur rythme de vie, à leur horaire et après c'est vrai qu'on tient compte de plusieurs choses. » « Du coup je sensibilise beaucoup sur l'alimentation vivante, parce qu'actuellement quand on voit ce qu'on peut manger, ce n'est plus de la nourriture pour moi, et c'est vrai que j'axe vraiment sur des choses de qualité, plutôt d'origine biologique ou locale en tout cas, ou raisonnée. » « Pour le respect de tous, de l'environnement, de la terre et on est là pour se nourrir et on n'est pas là pour s'endormir après un repas ou avoir mal digéré. » « Donc je préfère vraiment leur parler de revoir leurs habitudes alimentaires dans ce sens, où ça sera plus intelligent et ils auront du plaisir à manger, où ils seront rassasiés et jamais affamés. »</p> <p>E13a « Selon la dépense énergétique, on calcule le nombre de grammes de féculents pour un patient donné. On va éviter les associations de deux féculents sur un même repas, donc ne pas manger de pain avec un autre féculent. » « Dès que j'ai le patient en face de moi, je regarde son poids et sa taille, sa dépense énergétique, et je sais à peu près quel grammage de féculents je vais mettre sur la journée. »</p>
--	--	--

		<p>« on va dessiner l'assiette. On va la diviser en trois, soit en 3 tiers égaux, soit c'est souvent une demi-assiette de légumes et un quart de féculents et un quart de protéines. Ça peut aussi être schématique. »</p> <p>« Après il y a des messages-types, comme « une seule portion de fromage par jour » »</p> <p>« On explique au patient qu'on recommande 150g de protéines par jour, alors qu'on a tendance à manger plus. C'est donc souvent 100g le midi et 50g le soir. »</p> <p>« Il y a encore les recommandations en sel, puisqu'on mange de manière trop salée en Alsace... »</p> <p>« Tout est une question d'équilibre. On sait ce qu'on doit manger sur la journée, du moins c'est ce qu'on essaye d'apprendre aux patients, et après c'est à eux de gérer. »</p> <p>« ...si vous allez sur le site mangerbouger.fr, vous allez trouver toutes ces recommandations de base. Le reste va être patient dépendant ... »</p> <p>« Les huiles utilisées vont aussi être importantes pour les oméga 3 et les oméga 6 : on va donc conseiller deux huiles – une huile d'olive plus une huile de colza ou de lin par exemple. »</p> <p>« C'est vraiment ça l'éducation thérapeutique en fait. Ce n'est pas : obliger le patient à suivre le protocole, c'est aider le patient à changer à travers sa motivation à lui, ses objectifs à lui. »</p>
	<p>La question des restrictions alimentaires</p>	<p>E5 « La consommation d'alcool on la vérifie. Le problème c'est que les normes changent tout le temps. »</p> <p>E6 « Donc on n'est vraiment pas dans un régime, on essaie de s'autoriser un petit peu de tout mais pas n'importe comment. »</p> <p>E7 « Ah on n'interdit aucun aliment, par contre on va faire manger certains aliments à certains moments de la journée. Le sucre par exemple, les fruits, il vaut mieux les manger entre midi et 17h, mais pas le soir. »</p> <p>« La 2ème phase, je leur explique que les 15 premiers jours, pour donner un petit coup de pouce, pour réinitialiser, pour stimuler la perte, on va enlever le sucre. Donc on va enlever la majorité des sucres, donc moi sur 15 jours j'enlève le fruit, le yaourt, les pâtes, le riz, les pommes de terre, j'enlève vraiment tous les sucres. »</p> <p>« Alors là je vous parle d'un régime normo protéiné mais qui est quand même hypocalorique, un régime équilibré ça n'existe pas sinon on ne perd pas, donc il faut le déséquilibrer. Donc je le déséquilibre en calories, donc je le rééquilibre en apportant du complément. »</p> <p>E9 « Il ne faut jamais interdire dans un régime. Si vous interdisez quelque chose à quelqu'un, vous pouvez être sûr qu'il va craquer. »</p> <p>E11 « De la même manière, il n'y a pas d'interdits. »</p> <p>E12 « Non mais après, je peux aussi très bien tomber sur une personne qui est végétarienne ou quasiment ou végétalienne. Donc voilà il faut vraiment s'adapter à ce qui se présente. »</p> <p>E13a « De manière générale, dans les régimes hypocaloriques, c'est zéro alcool. Nous on dit une fois par semaine. »</p>
	<p>Conseils en cas de repas festifs</p>	<p>E1 « Le dimanche, avec l'hygiène de vie, ça n'empêche pas de pouvoir faire la fête, de faire des choses comme ça quoi. Il ne faut pas que ce soit régime à fond, 24h/24, 365 jours par an : ça ce n'est pas tenable quoi. Il faut faire de temps en temps des petits excès, et c'est ça l'intérêt aussi – de pouvoir vivre un peu à côté. »</p> <p>« Il faut savoir faire des excès et savoir compenser après par la suite, dans les jours qui suivent. Ça c'est très important aussi. »</p>

		<p>E5 « De toute façon pour les fêtes, il n’y a pas de mystère. On fait ce qu’on veut, c’est la fête. Simplement, on va le préparer un peu avant et un peu après, on va le compenser. »</p> <p>E6 « ... si j’ai fait un repas festif, si je n’ai pas faim le repas suivant, je ne mange pas, mon corps n’a besoin de rien, donc j’écoute mon corps. » « Avec la petite exception du dimanche où on a le droit aussi à sa viennoiserie. Parce que ce qu’il faut éviter c’est la frustration. »</p> <p>E7 « Après il faut être un petit peu cool, si au bout de 15 jours vous êtes super strict et que la personne vous dit « ah non mais j’ai trop envi d’un carré de chocolat avec mon café du midi », ba vous n’allez pas dire que le carré de chocolat il va tout foutre en l’air. A partir du moment où vous ne l’interdisez plus et que vous l’acceptez, du coup ils n’ont même plus envie de le faire. Par contre, il faut mettre des limites, ce n’est pas le jus d’orange du matin, le carré de chocolat, le pain et la pomme. »</p> <p>E9 « Pour moi, le régime ce n’est pas se serrer la ceinture. C’est, comme dit, changer ses habitudes à 90-95%, puis de temps en temps vous éclatez. »</p> <p>E10 « Je pense qu’il ne faut rien exclure, vraiment. Ça peut avoir un retour « pire qu’avant ». »</p> <p>E11 « ...je leur dis : regardez la carte et demandez-vous qu’est-ce qui vous fait le plus envie. Est-ce que c’est le dessert ? Est-ce que c’est plus l’entrée ? Et choisir en fonction de ça ce que je peux manger avant ou après. » « Le but n’est pas de « sur-manger » parce qu’on va au restaurant, mais se dire si j’ai vraiment envie de quelque chose, par exemple d’un dessert, qu’est-ce que je peux manger d’autre pour que ce soit équilibré. » « Au niveau des boissons alcoolisées, je leur demande d’alterner un verre d’alcool et un verre d’eau : ça hydrate et ça évite de trop boire d’alcool. » « ...au niveau des apéros, mettre ce qu’on aime sur l’assiette et visuellement le cerveau va déjà enregistrer qu’il va manger tout ça. » « ... au niveau des desserts, s’il y en a plusieurs, se dire : « raisonnablement, je ne peux pas tous les manger mais lequel j’ai envie de goûter ? » S’il y en a deux, je prends un petit morceau de chaque. »</p> <p>E12 « Alors les repas festifs, c’est vraiment des moments que je trouve importants niveau convivialité, donc il ne faut pas s’en faire pour des moments comme ça. L’important c’est ce qu’ils font dans le quotidien. Donc les écarts se gèrent très bien s’il y a une bonne base. » « Un écart dans la semaine ne fera rien sur la balance. Donc ça les déculpabilise et ça leur fait du bien de l’entendre. »</p> <p>E13a « Nous ne fonctionnons pas avec des principes restrictifs, ça veut dire que tout est possible : manger au restaurant de manière équilibrée, c’est possible. Il faut savoir que l’équilibre alimentaire ne se fait pas sur un repas, il se fait sur plusieurs jours. » « C’est pour ça que quand on a un excès, on doit continuer à structurer notre alimentation de la même manière, tout en diminuant la quantité de féculents mais en conservant la structure de l’assiette. » « On peut manger un apéritif. On met juste un bémol pour l’alcool, car l’alcool est hyper énergétique sous un faible volume, donc c’est occasionnel » « Pour ce qui est apéritif, on conseille souvent de goûter de tout, mais en petites portions et de comptabiliser ce que c’est. »</p>
	Plaisirs et créativité	E4 « Elle met des petites astuces dans la salle d'attente, je ne sais pas s'il y en a encore, des petites recettes de saison par exemple. »

		<p>E5 « Eux ils ont des petits trucs et on a aussi des ateliers cuisine, donc le but du jeu c'est d'apprendre à cuisiner des trucs sympas, et tout ça fait partie du suivi. »</p> <p>E6 « Alors de temps en temps j'ai des recettes alors je leur file, mais je leur dis d'être inventif aussi, c'est important de réapprendre ça aussi. » « ...je n'aime pas trop quand c'est trop cadré, parce que pour moi un régime c'est une prison et que l'être humain aspire à la liberté et pas à être en prison... » « Donc je mets un cadre mais quand même avec un petit peu de souplesse et de liberté pour qu'ils créent eux même leurs menus. »</p> <p>E11 « En effet, pour ce qui est de la nourriture, en dehors d'un côté vital, où on mange pour survivre, on mange aussi pour le côté convivial, pour le côté plaisir. » « Il faut aussi prendre le temps de présenter joliment le plat, de se faire plaisir. C'est un exercice qui n'est pas facile à faire, parce qu'on ne sait pas le faire. Si on ne le fait pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais il faut le faire une fois de temps en temps pour être reconnecté avec sa nourriture. » « L'idée c'est ça : que les gens apprennent le goût, qu'ils puissent se faire plaisir, et surtout qu'ils ne culpabilisent pas, parce que s'ils sont d'accord avec eux-mêmes, ça marche beaucoup mieux. » « L'idée est toujours de se faire plaisir, mais dans quelle quantité. Se dire qu'est-ce qui me donne envie ? Qu'est-ce que je peux laisser sans être frustrée ? »</p> <p>E12 « Il faut quand même que la personne trouve du plaisir et des moments de convivialité au moment de ses repas. » « Il faut qu'ils puissent garder des plaisirs même dans une démarche de perte de poids, c'est vraiment important et qu'ils puissent innover et essayer d'eux-mêmes, utiliser leur créativité, trouver des idées. Parce que si on leur donne tout comme ça, tout prêt, ils se ne prennent pas en charge. » « Après je leur parle d'emblée à l'oral dès la première consultation, je leur donne des idées pour accommoder certaines choses, comment « cru-siner » ou cuisiner certains aliments. »</p>
	Utilisation de supports	<p>E6 « ...ils partent avec un dossier de chez moi, parce que c'est vrai que vu que je parle pendant 45 minutes donc souvent ils n'ont pas tout capté. Donc ils ont un support, en général je pars de ce support-là. » « Donc ils ont un programme, je leur demande quand même de me tenir un petit journal, c'est une fiche type. Parce ce que déjà le fait qu'ils doivent écrire, ça le cadre déjà et même ça l'auto corrige je dirai. » « ...ils repartent avec ce support. C'est moi qui l'ai fait moi-même, il ne faut pas un truc trop vague non plus. Il faut quelques détails mais pas trop non plus, il faut que le patient se sente quand même libre de faire ses associations lui-même. » « Discussion sur une nouvelle technologie, HAPIfork, petit gadget un peu cher, pour les gens qui mangent trop rapidement. C'est une fourchette électronique, qui vibre lorsque les gens font des mouvements trop rapides de l'assiette à la bouche... »</p> <p>E7 « Alors ils ont un programme écrit, moi je leur donne des pochettes où il y a ce qu'il faut faire sur 15 jours, la liste des légumes à associer... » « Et de temps en temps, je leur fais faire des semainiers, donc je leur dis « maintenant vous savez ce qu'il faut faire, mais pour vous c'est difficile, donc vous m'écrivez tout ce que vous mangez sur huit jours », et ça me fait un outil de travail et on analyse ensemble. » « Chaque personne en face de moi est quelqu'un de particulier, et je passe ma journée à écrire ce qu'ils doivent faire. Il ne faut pas sortir sans un plan. Il faut quelque chose de très structuré, il faut leur imposer sans leur imposer, il faut leur donner une conduite à tenir. »</p> <p>E9 « Ce que je demande aux personnes en général c'est qu'elles me notent sur 10 jours sur un papier ce qu'elles mangent le matin, le midi et le soir et s'ils grignotent. »</p>

		<p>E11 « Je leur demande d'abord s'ils ont envie de noter ce qu'ils mangent. Je trouve que le fait de noter ce qu'on mange permet de réaliser les quantités et idéalement j'aime bien qu'on me marque à côté de l'aliment ou la boisson, de sa quantité et sa fréquence, le lieu où est-ce qu'ils ont consommé ça ... »</p> <p>« Les seuls supports écrits que moi j'utilise, je demande toujours au patient quel est son motif de consultation, et à la fin je leur remets un document personnalisé sur tout ce qu'on a fait ensemble, sur les conseils, le choix des aliments, les modes de préparation, les types de cuisson : à la vapeur, à l'étouffée, pour que ça ait du goût sans forcément des matières grasses. »</p> <p>E12 « Je ne donne jamais des fiches comme ça, toutes prêtes, donc c'est vraiment adapté au cas par cas et souvent il y a un support après, selon le motif de la consultation (si c'est un problème de poids, de diabète, une intolérance digestive...), pour qu'ils aient le minimum d'infos et de documents. »</p> <p>« Oui après la consultation ils ont une trame alimentaire en main avec des conseils à l'appui. »</p> <p>« Il y a des personnes qui vont noter tout ce qu'ils mangent, mais je leur dis qu'il ne faut pas qu'ils s'amuse à faire ça sur 1 mois. Il ne faut pas que ce soit une contrainte. Mais tout ce qui est « journal alimentaire » ce n'est pas systématique. »</p> <p>« Si la personne n'atteint pas les résultats escomptés, alors c'est vrai que je peux proposer de noter ce qu'elle mange et de faire cette petite enquête pour la fois suivante. »</p>
	<p>Médication (compléments nutritionnels)</p>	<p>E6 « Parfois pour compléter je leur dis de prendre des compléments, c'est parce que souvent ils sont en état inflammatoire. C'est le seul moment où j'utilise des compléments. Et quand vraiment, j'ai un HOMA très élevé alors j'utilise carrément une Metformine pour lever la résistance. Donc 3 mois et après on fait un contrôle du HOMA. Et si on a levé la résistance on arrête, parce qu'à partir du moment où on a levé la résistance, les cellules vont réutiliser les sucres. »</p> <p>E7 « Je les complémente en vitamines, en oligo-éléments, les régimes sont souvent un petit peu acide, il faut les alcaliniser. S'ils ont des compulsions alimentaires, je leur donne du trypto qui a comme fonction de limiter tout ce qui est addictif. »</p> <p>« Et le complément ne me sert pas à donner la pêche à mon patient, mon complément sert juste à juguler les carences car on mange moins. »</p> <p>E8 « Et là en micro nutrition, on a aussi des produits pour les rendre plus sereins, avec plus de détachement et ça marche super bien. »</p> <p>E9 « J'utilise les compléments si les personnes en ont besoin, bien évidemment. »</p> <p>E12 « Ce que je ne vous ai pas dit tout à l'heure, c'est que selon les cas, les besoins et la demande, en général je fais pas mal de conseils micro nutritionnels, pour aider la personne dans sa démarche. Parfois il y a des signes qui ne trompent pas et qui, pour avoir un meilleur résultat, on va essayer tout de suite de l'aider avec une complémentation micro-nutritionnelle. »</p>
	<p>Avis sur les régimes populaires</p>	<p>E2 « J'avais même vu une dame qui avait été chez <i>Weight Watchers</i> et qui avait vraiment vraiment bien maigri. Deux ans après, je ne sais plus pour quelle raison... Alors c'est plus ma patiente aujourd'hui, enfin je pense qu'elle a déménagé, elle a repris ses habitudes anciennes et elle a repris tout son poids d'avant. »</p> <p>E5 « Ils marchent tous. Mais pas longtemps. »</p> <p>« Car un régime pas naturel, ce n'est pas naturel. »</p> <p>E6 « Un régime ça fait grossir, parce que je vais maigrir pendant le temps du régime, j'effondre mon métabolisme, mais au bout d'un moment ras-le-bol de la frustration et</p>

		<p>je sors de là « c'est bon, maintenant j'ai maigri, je vais pouvoir remanger comme avant » et je reprends tout avec le bonus. »</p> <p>« Alors c'est une horreur, à part <i>Weight Watchers</i>, et encore ils ont des travers que j'explique aux patients, le genre vous pouvez manger autant de fruits dans la journée, non c'est 2 par jour, point. »</p> <p>« Alors <i>Comme J'aime</i>, j'ai goûté. Alors déjà c'est infâme, bon j'ai peut-être le bec fin, mais quand même ce n'est pas très bon, et c'est du 1200 calories, alors c'est sûr on perd. On perd forcément, mais quand on ressort, on reprend tout plus le bonus. »</p> <p>« Par contre <i>Kitchen Diet</i>, j'ai goûté et c'est délicieux parce que c'est un chef, par contre le plat est presque à 9 euros. Donc c'est cher. Alors celui-là je le propose de temps en temps, pour les gens qui me disent oui, je n'ai vraiment pas le temps. Mais je leur demande de me le compléter, parce que c'est aussi limite au niveau calorique, ça ne suffit pas. »</p> <p>E9 « Pour moi c'est nul parce qu'il faut apporter de l'éducatif. » « Pour moi c'est la facilité et ce n'est que du marketing. »</p> <p>E11 « D'ailleurs les études montrent que 95% des régimes à 5 ans ne fonctionnent pas... » « L'être humain est créé pour survivre et non pas pour perdre du poids. C'est pourquoi certaines résistances vont apparaître au niveau du corps et surtout au niveau du cerveau. » « Je suis contre. Encore <i>Weight Watchers</i> c'est le moins pire de tous, mais c'est ce que je disais tout à l'heure. Pour moi, un régime c'est restrictif et c'est déséquilibré. » « Même si ça marche un temps, ce n'est pas sain. Pour moi l'équilibre alimentaire, c'est manger de tous les groupes d'aliments. »</p> <p>E12 « Ce n'est pas quelque chose en lequel je crois et je sens. Parce qu'il y a toujours des échecs derrière les régimes, quoi qu'on entreprenne comme régime, c'est souvent voué à l'échec. » « Parce que c'est ça le but des régimes aussi, on affame les personnes. Ça fonctionne un temps, vu qu'on est dans des restrictions tellement énormes. Il y a beaucoup de personnes qui font des résistances aux régimes parce qu'elles ont fait beaucoup de yo-yo dans leurs vies et il n'y a plus rien qui fonctionne. »</p> <p>E13a « Pour nous, de toute manière, les régimes ne fonctionnent pas. <i>Weight Watchers</i> peut se discuter, car ça peut être bien fait. »</p>
Activités physiques	Intérêt	<p>E1 « Donc il faut bouger, il faut faire du sport, de façon à reconstituer du muscle et en même temps pour ne pas le perdre. Forcément quand on mobilise son muscle, l'organisme va être obligé de mobiliser ses graisses. Donc ça va être une mobilisation des graisses beaucoup plus rapide en faisant du sport, que quand on ne fait rien. »</p> <p>E2 « Et puis l'autre chose aussi que j'entends beaucoup et je pense que c'est complètement flou et qu'il va falloir vraiment qu'on s'attelle à ça, on dit qu'il faut faire du sport, je pense qu'il faut faire du sport – la question n'est pas là. Mais ça ne sert à rien pour maigrir. Ça n'a jamais fait maigrir les gens. »</p> <p>E12 « Alors je leur dis que c'est tout aussi important que l'assiette, que l'un ne va pas sans l'autre, qu'il faut absolument mettre quelque chose en place. » « Parce que je leur dis « l'assiette est importante, mais l'activité physique aussi », ça apporte une sorte de détente pour l'organisme et pour le mental. Et aussi pour masser nos organes. »</p>
	Limiter la sédentarité	<p>E1 « Il faut aussi bouger en même temps, parce que quand ils vont maigrir, ce qui va être perdu au départ c'est du muscle et pas de la graisse. »</p>

		<p>E4 « Ce que je dis aux gens aussi, c'est de se mettre debout et de se dire que je viens de doubler ma consommation énergétique. »</p> <p>E5 « Mon premier objectif c'est d'abord de les remettre à l'activité physique, de lutter contre la sédentarité. »</p> <p>E5 « L'activité physique elle est régulière : les six premiers mois c'est fait chez nous. Le but du jeu est de les remettre à bouger, les remettre à l'activité physique... » « Le sport efficace ça peut être le jardinage, promener son chien, passer la tondeuse. C'est bouger n'importe où, n'importe comment, dès que c'est possible. » « Nous ce qu'on propose comme activités physiques c'est de marcher, de faire du vélo. Des vélos vous pouvez en trouver à la bourse aux vélos à 50 euros. A Strasbourg il suffit d'en voler un ! » « La marche ça ne coûte rien, à part les chaussures mais les gens les ont déjà au départ. Les abonnements de piscine – ça coute trois fois rien, monter des escaliers – ça ne coute rien, faire son ménage – ça ne coute rien, faire son jardin si on en a un – ça ne coute rien. Bouger une demi-heure à une heure par jour : c'est la vie normale. » « Pourquoi il faut payer un abonnement dans une salle de sport où on va en voiture. Tu vas à la salle de sport en vélo et une fois que tu y es, tu rentres : tu ne rentres pas dedans, tu rentres chez toi et tu auras fait ton sport. On supprime la voiture et on n'a plus besoin de salle de sport. » « Bouger pour rien – je n'y arrive pas. Moi il faut que ça serve à quelque chose ! Finalement j'ai pris mon vélo pour faire mes courses, toutes mes démarches sont faites en vélo, puis j'ai pris mon vélo pour faire les visites. »</p> <p>E6 « ...c'est soit je marche tous les jours une demi-heure, soit je fais trois séances de 45 minutes de marche rapide, pas lèche vitrine hein, par semaine. Marche rapide ou marche nordique. » « Après au lieu de prendre l'ascenseur vous prenez l'escalier, au lieu de vous garer juste devant la porte de Auchan, vous vous garer à l'autre bout du parking. Toutes ces petites choses, ça va vous faire bouger et puis surtout on va sentir son corps. »</p> <p>E7 « je les incite à se brancher sur leur Iphone et à faire 10 000 pas par jour. Je leur dis « écouter si vous ne voulez pas entrer dans une salle de sport, vous garer votre voiture 300 mètres avant votre boulot et vous faites le reste à pieds, vous montez les escaliers au lieu de prendre l'ascenseur et puis de temps en temps vous promenez votre chien, et vous essayez à arriver dans une moyenne de 10 000 pas par jour ou 70 000 par semaine ». »</p> <p>E8 « Souvent il y a également une prise en charge sportive. On en a parlé tout à l'heure : il faut les faire bouger... »</p> <p>E9 « Il faut bouger, il faut faire du sport. La santé ça passe par le sport et par le mouvement, toujours. » « ...l'objectif ce n'est pas « je fais du sport pour maigrir », mais je modifie mes habitudes et mon hygiène de vie. » « Quand vous allez à la boulangerie, au lieu de monter dans votre voiture, c'est à 500 mètres, allez-y à pieds. Ce sont juste de petites idées qui vont faire leur chemin chez chaque personne et après ça dépend des personnes. »</p> <p>E13a « ...si c'est quelqu'un de sédentaire, effectivement il faudrait aussi penser à rappeler les recommandations de pratique en activité physique. » « ...se garer plus loin sur le parking, monter l'escalier plutôt que prendre l'ascenseur, se lever plus souvent au travail, marcher pendant la pause de midi, faire des exercices pendant qu'on fait son ménage. »</p>
--	--	---

		<p>« Les recommandations c'est effectivement 30 minutes d'activité physique par jour mais aussi deux fois 10 minutes de renforcement musculaire – tout ça vous le trouvez sur le site mangerbouger qui est très bien fait. »</p>
	Favoriser le sport	<p>E3 « Sur le poids il n'y a pas eu de grande modification, mais par contre elle s'est mise aussi au Yoga et maintenant elle a ses deux activités physiques pendant la semaine alors qu'avant elle n'avait rien. » « Et quand ils veulent rien de tout ça, et qu'ils sont plutôt jeunes et qu'ils sont prêts à avoir une activité physique un peu type salle de sport, il y a une association « Sport pour tous » qui a monté un créneau d'activité physique adaptée au centre socio-culturel et du coup je les oriente vers cette activité qui prend en charge de manière un peu plus adaptée les personnes qui n'ont pas fait de sport depuis des années. »</p> <p>E4 « Là avec l'infirmière, on a créé un groupe de marche et donc tous les mardis matins, ils marchent ensemble avec les patients. » « Le groupe de marche il fonctionne en dehors de l'infirmière aussi, donc c'est des gens qui ont décidé de marcher ensemble. »</p> <p>E5 « L'idée est qu'après ils soient totalement autonomes et qu'ils continuent leur activité physique. » « Et l'activité physique, car si on ne fait pas d'activité physique, ça ne sert à rien. Et si on ne fait que l'activité physique, sans le truc – ça ne sert à rien non plus. Il faut les deux. » « Le sport efficace c'est celui qui plait à la personne. Si ça ne lui plait pas, ça ne sert à rien. »</p> <p>E6 « Bref ce que je propose: marcher, piscine, vélo. » « Alors souvent j'ai des gens qui me disent qu'ils n'ont pas le temps, que le soir quand ils rentrent ils sont fatigués. Alors je leur dis qu'il faut trouver une solution, par exemple se lever un peu plus tôt, utiliser sa pause entre midi et deux. »</p> <p>E8 « Je recommande la natation à tout le monde. Pourquoi ? Parce que c'est un sport qui fait travailler tous les muscles. C'est un sport où on est en apesanteur, donc si vous pesez 120 kilos avec de l'arthrose, c'est top. » « Le cyclisme de route également, puisque là aussi il n'y a pas d'incidence sur les articulations. En ce qui concerne la course à pieds, c'est un peu en fonction des habitudes et des hobbies de chacun. » « Trois fois par semaine dans la mesure du possible. Et minimum une heure à chaque fois, puisque dans une optique « perte de poids », en-dessous d'une heure, on ne perd pas un gramme. » « Et je leur dis bien, que ce qui compte, c'est la durée de l'effort et pas du tout l'intensité de l'effort. »</p> <p>E10 « Je leur dis qu'il faut qu'ils se trouvent un sport qu'ils aiment. N'importe lequel finalement... ou alors la marche régulière. »</p> <p>E12 « La marche à pied ça peut très bien convenir, la course pour ceux qui peuvent, mais voilà je vais leur dire 2-3 fois par semaine c'est parfait. Et si la personne ne peut pas se lancer dans des activités trop importantes, ba je leur dis de faire au moins la demi-heure par jour qui au niveau cardio-vasculaire va les aider, c'est mieux que rien quoi. »</p> <p>E13a « Tout se vaut. C'est surtout ce que veut faire le patient. Préconiser une activité physique dont le patient n'a pas envie, ça ne marche pas. » « Chez nous, on a même de la gym sur chaise pour les patients qui ont vraiment des difficultés. On a de l'aquagym mais pour certaines personnes ce n'est pas possible de</p>

		se mettre en maillot de bain. Je crois qu'il faut se fier à ce que veut faire la personne, car c'est ce qui va lui permettre d'adhérer à sa démarche. »
Prise en charge psychologique	Image du corps, prise en considération du vécu négatif	<p>E2 « Et la question de s'intéresser à comment les gens voient leur poids, leur alimentation, quelles questions ça leur pose, quelles difficultés il y a etc. »</p> <p>E5 « Pour elle, c'était une vraie souffrance, mais elle n'en parle pas. »</p> <p>E6 « Parce qu'il faut se réapproprier son corps. Parce que ces femmes-là leur corps c'est fini, elles le détestent, elles n'en veulent plus, elles ne le regardent plus. Se le réapproprier en se disant « j'ai un corps et mon corps c'est mon plus fidèle ami », le sentir, l'écouter dans ses besoins. Et d'ailleurs c'est aussi mon véhicule. » « Alors ça c'est plus le coté psycho, de l'acceptation de qui je suis, comment je suis, que je ne ressemble pas à Claudia Schiffer. » « Alors je ne suis pas dans le coaching vestimentaire, mais parfois je leur dis, peut être évitez les tailles basses, les trucs moulants. Bon c'est de toutes petites choses, je ne rentre pas dans un coaching vestimentaire. »</p> <p>E8 « Quand elles sont chez elles, et qu'elles se déshabillent devant leur miroir... L'estime de soi... C'est se cacher et se voiler la face ! Je ne suis pas sûr que ce soit une bonne chose. »</p> <p>E10 « Ils vont le dire de toute façon en se pesant : « ah, c'est trop ! ». Donc là je vais rebondir en disant : « Ça vous gêne ? Vous n'êtes pas bien dans votre corps ? » Systématiquement, je ne pourrai pas dire chez l'adulte, mais c'est un sujet que j'aborde facilement. »</p> <p>E11 « Mais ce que j'essaie de leur dire, c'est que leur poids ne détermine pas leur personnalité pour qu'ils arrivent à accepter leur corps et voir ce qu'elles pourraient éventuellement changer, qu'elles puissent aussi se faire plaisir. » « Le poids de forme ce n'est pas forcément celui qu'on souhaite. On n'a pas tous le même métabolisme. On ne sera pas tous des mannequins. Il faut respecter son corps. » « ... mais l'idée c'est déjà qu'elles apprennent à nouveau à se regarder dans le miroir, à se faire plaisir et à s'accepter comme elles sont, au-delà de juste un poids. Ce ne sont pas les kilos qui déterminent la personne. »</p>
	L'aspect motivationnel	<p>E4 « J'essaie un peu de faire du motivationnel. J'essaie de m'inspirer du motivationnel, mais je ne suis pas assez formée, je ne me sens pas non plus très compétente. Mais j'essaie quand même de faire émerger une demande de leur part et de donner les informations qu'ils me demandent. » « C'est un entretien d'évaluation des connaissances du patient et d'envie de changement et sur quoi on peut travailler. »</p> <p>E5 « Si ça ne vient pas du patient, ça ne sert à rien. » « Moi j'aime bien les gens qui n'ont pas le temps et ils me le disent à moi... mais moi, est-ce que j'ai le temps. C'est une question de choix. »</p> <p>E6 « Alors pour ceux qui ne viennent pas de leur plein gré, ma première question c'est « quelle est votre démarche, votre motivation? », « ah c'est Dr Untel qui m'a dit de perdre 5kg », alors je me dis oulàlà ça commence mal. « Qu'est-ce que vous en pensez, vous ? », « oui pour mes genoux ça serait mieux que je perde un peu », « ok mais pour vous, vous en pensez quoi ? », « Bof moi je trouve que ça va... », alors je me dis que c'est mal barré... » « Et je pense que la motivation de départ s'est un peu effritée, et puis ils se reposent un peu sur leurs lauriers, « ah j'ai bien maigri, ah c'est super, bon je peux me permettre ». Et donc là il faut recadrer et je leur dis qu'il faut retrouver la motivation. »</p>

		<p>« Alors je leur donne de petits trucs, je leur dis « regardez-vous », si quand ils se regardent, ils se disent que ça va comme ça... Bon là c'est un peu foutu ! La meilleure des motivations c'est quand ils se disent « au beurk, c'est quoi ce bourrelet ? ». Ou alors je leur dis de prendre un vêtement que vous avez beaucoup aimé que vous aimeriez reporter mais que pour l'instant il faudrait encore perdre quelques kilos, je leur demande de l'accrocher et de passer devant et de se dire « toi, je te mettrai ». Donc il y a le miroir, « je me regarde », les habits, la photo, ça c'est l'horreur se faire prendre en photo. Bon alors c'est un peu rude, un peu agressif, mais souvent ils ont besoin de ça, un petit coup de fouet pour repartir... »</p> <p>E7 « Alors il faut savoir faire des pauses. Alors ceux qui disent j'en peux plus, j'en ai trop ras-le-bol. Alors on fait une pause, je les mets en équilibre alimentaire, donc en alimentation santé, où ils ont une alimentation diversifiée et variée, où le but c'est de ne pas prendre, mais s'ils ne perdent pas, c'est pas grave. Et je les revois dans 1 mois. » « Souvent quand ils reviennent après, des fois comme ils ont été obligés d'écrire, ils étaient déjà un peu plus sérieux et souvent ils ont perdu un petit kilo, alors qu'ils ont l'impression de ne pas avoir fait régime et hop ça les remotive un petit peu. » « Quand ils n'en peuvent plus, on n'insiste pas, je ne suis pas la police, j'essaie de les recommander. »</p> <p>E8 « Il faut quand même leur faire comprendre qu'il y a un effort à fournir, que ça ne se passe pas sans rien, qu'il leur faut une certaine volonté, et que c'est à ce prix-là qu'on y arrivera. »</p> <p>E11 « Le but de l'entretien motivationnel, c'est déjà d'essayer de comprendre la personne, c'est pour ça aussi que j'essaie de prendre le temps pour apprendre à connaître la personne, je lui pose des questions sur elle, sur son environnement, sur sa famille, sur la morphologie de sa famille... » « Par la suite je leur demande pourquoi ils ont envie de perdre du poids, car c'est important de comprendre la motivation et de voir si l'objectif est réalisable. » « Je leur demande ce qu'elles pensent de leur alimentation, pourquoi est-ce qu'elles veulent maigrir, et qu'est-ce qu'elles aimeraient changer dans leur alimentation, pour comprendre ce que cela changerait pour eux. »</p> <p>E12 « Mais parfois c'est vrai qu'il y a une baisse de motivation. C'est peut-être que parfois ce n'est pas le moment, il faut accepter que le moment il est ce qu'il est, et je leur propose de faire une petite pause, pour ensuite se revoir quand la personne est prête. » « Alors parfois j'ai des personnes qui me disent « je peux vous écrire, vous envoyer un mail », et je leur dis oui sans soucis. J'ai une patiente comme ça qui a besoin d'un soutien psychologique, donc elle m'envoie de ses nouvelles en attendant qu'on se revoie, parce qu'elle se sent démotivée, parce que c'est difficile... » « Alors il y a des personnes, je crois qu'elles ont besoin de l'entendre. C'est vraiment au feeling, on le sent comme ça et ça peut les aider à se motiver, et à ce que la fois d'après il y ait un résultat. »</p> <p>E13a « La motivation c'est très intrinsèque, c'est patient-dépendant. »</p> <p>E13b « On ne fait pas tant d'entretiens que ça, mais il y a toutes les activités de groupe. Il va y avoir l'activité physique, ça va vraiment être le support. »</p>
Thérapies		<p>De soutien : E1 « Les gens grossissent pour se former une carapace, pour former un bouclier, une armure. Donc effectivement quand ils n'ont plus leur armure, ils ne sont plus bien, ils ne peuvent plus se protéger du monde extérieur. »</p>

		<p>E2 « On a enfin pu parler de son poids et j'ai enfin pu lui dire que je la sentais très en colère et que c'est peut-être cette colère-là qui la fait grossir et ce n'est pas juste de manger, et peut-être qu'on pourrait reprendre les choses par ce bout-là. »</p> <p>E5 « Et il y a souvent tout un méli-mélo de trucs invraisemblables, qui font qu'ils mangent parce qu'il y a des problèmes intérieurs ou extérieurs à la famille. »</p> <p>E6 « Ils ont besoin d'être accompagnés, sur le plan psychologique aussi et puis effectivement il y a aussi le côté comportemental (comment est-ce que je mange, est-ce que je prends plaisir à manger ? bouger plus, etc). » « C'est fait au cours des consultations, après celles qui ont plus de traumatismes, alors là on passe de l'autre côté, sur le divan, c'est ce que j'appelle les consultations de psychonutrition. Après on a tous nos petites casseroles, mais ça on peut en discuter là, sans faire de grandes psychothérapies. C'est principalement de l'écoute. » « Oui c'est très souvent du psycho, après ce ne sont pas de grandes psychothérapies, mais il y a toujours ce côté-là. »</p> <p>E8 « On discute. C'est toujours pareil. Soit c'est quelqu'un de ma patientèle que je connais depuis longtemps, donc c'est franco de port. » « Donc on aborde ce genre de soucis et de problèmes, pour essayer de comprendre si les gens se sont réfugiés dans la nourriture ou pas. »</p> <p>E11 « L'idée est de rassurer, et expliquer que si la nourriture est la seule source de réconfort, c'est là que ça devient problématique. »</p> <p>E13a « On a aussi des groupes de parole avec la psychologue, on a des ateliers sur ce que c'est l'obésité »</p>
		<p>Comportementale :</p> <p>E5 « Il y a aussi l'autre problème : c'est les problèmes psychologiques et notamment l'alimentation émotionnelle. »</p> <p>E6 « J'aborde le côté comportemental, alors manger lentement, prendre du plaisir, bouger un peu plus. Qu'est-ce qu'on pourrait faire en fonction de qui vous êtes et ce que vous aimez faire et ce que votre corps veut bien encore vous laisser faire. »</p> <p>E9 « Premièrement, ça passe par une prise de conscience. Quand on mange, vous avez la digestion qui commence dans la bouche. Il faut déjà commencer par manger en pleine conscience. » « Parce que ça permet déjà de manger plus lentement, car l'amaigrissement passe par le « savoir manger », ne pas avaler tout en 5 minutes puisque vous avez des phénomènes de satiété. » « Je ne dis pas qu'il faut manger tant, je dis : ralentissez, mâchez bien. » « Moi je suis aussi beaucoup dans l'éducatif par rapport à tout ça. Ce n'est pas juste : « faire quelque chose, donner un régime, on se revoit dans 15 jours ». » « Le fait de ralentir, de manger plus lentement ou de ne pas manger de sandwiches à midi, ou de préparer ce qu'on va manger, le fait de changer son alimentation, le fait de changer son mode de fonctionnement – ils vont maigrir de toute façon, sauf si vous avez la résistance à l'insuline. »</p> <p>E11 « Il faut alors travailler sur les autres sources de plaisir comme appeler une amie, aller faire un tour au parc, faire du shopping, lire un livre, prendre un bain, se mettre du parfum, regarder une fleur. C'est une des pistes sur lesquelles je travaille. » « Ce sont les deux outils que je travaille : la « liste de réconfort » pour choisir qu'est-ce qu'ils pourraient faire d'autre que manger et la pleine conscience. »</p>

		<p>« S'il s'avère que c'est l'ennui, il faut rassurer le patient. C'est normal que l'alimentation soit un réconfort. Déjà tout petit, le premier aliment reçu est le lait maternel qui contient un sucre, qui rassure le bébé, ... »</p> <p>« Par contre, lorsqu'on a faim et on va manger, l'autre outil que j'utilise est de manger en pleine conscience. »</p> <p>« Pour la pleine conscience, on sait qu'il y a 7 sortes de faim : la faim des yeux – lorsqu'on voit un aliment appétissant, la faim du nez - lorsqu'on sent les odeurs et ça peut nous donner envie de manger, la faim de la bouche – c'est tout ce qu'il se passe au niveau de la mastication, donc je demande aux patients d'analyser ce qu'ils ressentent, est-ce que l'aliment est croustillant, moelleux, chaud, froid, comment le goût évolue entre la première bouchée et les suivantes, sans tout de suite enchaîner sur la bouchée d'après. Il faut vraiment essayer de presque visualiser le trajet de l'aliment de la bouche à l'estomac. »</p> <p>« Par contre, si on a fini l'assiette, et qu'on a encore envie de se resservir, avant d'y aller, il faut se poser la question : est-ce que j'ai vraiment faim ? Est-ce que j'ai vraiment envie de me resservir ? Pourquoi ? Si je suis en accord avec cela, accepter en se disant : ok, je remange pour telle ou telle raison, mais sans culpabilité. »</p> <p>Psychanalytique :</p> <p>E6 « Alors je ne vous parle pas des gens qui ont des troubles du comportement alimentaire, alors je gratte et il y a souvent lorsque c'est un trouble du comportement alimentaire, des attouchements, des viols, des incestes... Ça se manifeste aussi beaucoup par le corps. »</p> <p>E11 : « Quand les patients me disent : souvent, j'ai des pulsions, je craque, je mange un paquet de gâteaux en entier. Au lieu de dire : « Ce n'est pas bien, il ne faut pas manger un paquet de gâteaux en entier », l'idée est de comprendre ce qu'il se passe avant qu'ils craquent. Je leur demande de réfléchir aux pensées et à ce qui a pu se passer en amont. »</p>
Le suivi	L'organisation du suivi	<p>E1 « Ben non, je ne leur impose pas. Enfin je leur dis, c'est bien de savoir où vous en êtes. Du coup, s'ils veulent, ils viennent. »</p> <p>« ...on les suit. S'ils ne sont pas suivis, et c'est tout l'intérêt de la thérapie aussi, il faut qu'il y ait quelqu'un derrière. <i>Weight Watchers</i> ça marche bien, parce qu'il y a toujours quelqu'un derrière. »</p> <p>E5 « Moi je ne suis pas trop directif, parce que je la sentais assez impliquée, donc je lui ai dit « on se voit dans 3 mois et on fait le point ». Et elle m'a dit : « Mais pourquoi pas dans un mois ? ». »</p> <p>E6 « Alors moi je vois les patients 1 fois par mois, alors parfois il y en a qui me demandent plutôt une fois tous les 15 jours, pourquoi pas, mais bon ce n'est pas un régime restrictif, il faut laisser le temps au corps de réagir quoi. »</p> <p>« On pèse, on mesure. Je leur demande comment ça s'est passé, qu'est-ce qui est difficile, comment on pourrait rendre les choses plus faciles. Je regarde leur journal, je regarde avec eux où il y a des erreurs et comment les corriger. »</p>

		<p>« Alors je constate, car je fais mes petites statistiques, et chez moi aussi, tout se passe bien la première année et puis après ce que je vois c'est que soit ça se stabilise et c'est très bien, ou ça a tendance à augmenter et là on s'arrête là-dessus... »</p> <p>E7 « Je les revoie 15 jours après, on refait le point, en général ils ont perdu entre 2 et 3 kilos, ça dépend de leurs habitudes d'avant. » « ... globalement on fait le point, je leur demande un petit peu si c'était difficile, très difficile, leurs frustrations. Alors globalement 9 fois sur 10, tout le monde va très bien. » « Alors ensuite, je les revoie entre 15 jours et 3 semaines, il vaut mieux les voir sur un laps de temps cours style 3 mois tous les 15 jours que 1 fois par mois pendant 1 an. Parce que 15 jours, c'est suffisamment long pour perdre et suffisamment court pour pas craquer. » « Bref le suivi c'est les 50% de réussite. » « Ba après une fois qu'ils ont fini, je les lâche dans la nature et je les revoie 2 mois après pour voir ce que ça donne tout seul et au bout de 2 mois je leur propose 2 solutions, soit je vous revoie dans 6 mois, soit vous vaquez à vos occupations, mais n'hésitez pas à me rappeler si vous n'arrivez pas à gérer la situation tout seul, vous n'attendez pas d'avoir plus 10 kilos. »</p> <p>E8 « Si c'est dans le cadre d'un objectif « perte de poids de quelques kilos », au départ c'est tous les quinze jours puis tous les mois. Si c'est dans le cadre d'une diète protéinée pour un objectif de perte de poids de quinze à vingt kilos, là c'est différent parce qu'au départ, c'est la phase une et c'est la phase critique, qu'il ne faut pas louper. En phase une, je les vois tous les 8 jours, en phase 2 tous les quinze jours, et puis ensuite on espace. »</p> <p>E9 « Je les vois une première fois, je leur demande de faire les examens donc ça dure à peu près dix jours, puis on fait le point. Après je les revois tous les 15 jours ou toutes les 3 semaines. »</p> <p>E10 « Peut-être que je devrais être plus rigoureuse dans le suivi, vraiment analyser tous les repas. Peut-être plus reconvoquer les gens. »</p> <p>E11 « Idéalement, j'aimerais bien tous les quinze jours. Mais le problème dans la diététique c'est que les consultations ne sont pas remboursées. » « L'idéal c'est tous les 15 jours, mais c'est souvent plus un mois, après c'est tous les mois, et après tous les 3 mois. Et une fois que la personne est autonome et qu'elle a bien compris comment ça marche, on n'a plus besoin de se voir sauf s'il y a une demande spécifique... »</p> <p>E12 « J'ai des personnes qui sont bien ouvertes à venir dans les 2 semaines, mais ce n'est pas souvent. La plupart du temps c'est 3 semaines - 1mois. Pour qu'ils aient le temps de digérer tout ça, de mettre ça en place. Et puis qu'il puisse y avoir un petit peu quelque chose. » « Et effectivement, j'ai certains patients que je vois tous les mois depuis déjà plus de 6 mois et je sens que ça va encore durer un certain temps. »</p> <p>E13a « Sinon en consultation individuelle, ça dépend des patients. Ils ont toujours un bilan d'inclusion, à 6 mois puis en fin de prise en charge. » « Un suivi d'un an seulement, c'est sûr que c'est court. Mais ça, c'est défini par l'ARS et on ne peut pas faire autrement. »</p>
	Les objectifs	<p>E1 « Moi c'est ce que je dis aux gens, ils perdent 1kg par mois, il ne faut pas perdre plus, 1,5 kg grand maximum au début. »</p> <p>E4 « Mon objectif n'est jamais l'amaigrissement, c'est déjà la stabilité du poids. »</p>

		<p>E5 « L'objectif dans un mois c'est 2 kilos en moins. » « Il y a d'abord la qualité de vie : comment les gens se sentent, c'est un des facteurs ; le deuxième c'est effectivement le poids et l'IMC ; le troisième ce sont les comorbidités, et en quatrième facteur il y a le problème de la graisse métaboliquement saine et malsaine. » « Et sur le plan de l'estime de soi, de la qualité de vie. Alors j'ai lancé une étude avec des questionnaires de Duke, mais ça demande une interprétation. » « Donc maintenant c'est devenu au minimum -5%, si vous le sentez : -10% et puis de toute façon, vous ne les atteindrez pas, et puis voilà. » « Mais la littérature est claire : 5% par année du poids du corps. »</p> <p>E6 « Alors moi j'ai de tout petits objectifs, alors évidemment ça dépend aussi du poids à perdre, 5-10 Kg en fonction. » « Après je fixe de petits objectifs avec le patient aussi. Donc on a le cas des gens qui me disent « moi je suis contente si je perds 5kg » alors que dans ma tête je me dis que 10kg ça serait mieux, je leur dis « ok perdons déjà 5 » et une fois que c'est fait, on se revoit et on rediscute d'en reperdre 5. Après les gens qui me disent qu'ils veulent en perdre 30 d'emblée, je leur dis « doucement, on ne va pas se mettre de stress, on part déjà sur 10 et on verra ». »</p> <p>E7 « Je les revois 15 jours après, on refait le point, en général ils ont perdu entre 2 et 3 kilos, ça dépend de leurs habitudes d'avant. Quelqu'un qui avalait 4000 calories et qui en prend 1300, il va perdre 4 kilos en 15 jours. »</p> <p>E9 « Mon objectif ce n'est pas tellement que la personne perde du poids, c'est surtout qu'elle change ses habitudes. Les habitudes font que les personnes prennent du poids et elles ont de mauvaises habitudes. » « Je ne donne jamais d'objectif de poids. » « Mon objectif est de leur faire perdre du poids évidemment, mais surtout sur du long terme, qu'elles changent leur hygiène de vie tout simplement. » « Vous pouvez faire ce que vous voulez et vous n'allez pas prendre de poids. Le but c'est vraiment de changer votre métabolisme. Ça ne va pas se faire en un mois ou en deux mois. On va faire ça sur un an. »</p> <p>E11 « On va définir le plus petit pas possible, qu'on va essayer de mettre en place et de travailler ensemble. »</p> <p>E12 « En moyenne, on dit deux kilos par mois pour une femme. Mais bon je les rassure toujours, quand il n'y a pas grand-chose qui s'est passé le premier mois au niveau de la balance, ba souvent elles ont quand même perdu du volume, et ça c'est souvent ce que je leur explique au départ. Les 10-15 premiers jours, c'est surtout une perte de volume et dans un deuxième temps une perte sur la balance. » « Donc niveaux objectifs, je pense qu'il faut plutôt y aller doucement et surtout les rassurer. »</p> <p>E13a « ...on travaille vraiment en fixant les objectifs du patient, même si ça ne va pas forcément dans le sens qu'on veut, on prend le temps de faire émerger les changements du patient pour les accompagner. »</p> <p>E13b « Quand je leur demande quel est leur objectif, certains me répondent : « c'est rentrer dans cette taille » ou « m'habiller autrement » - ça, ils le disent. »</p>
	En cas de non-atteints des objectifs	<p>E6 « On demande ce qu'il s'est passé, et on réécrit, on reprend le journal et alors je cherche des explications à ça. »</p> <p>E7 « Et de temps en temps, je leur fais faire des semainiers, donc je leur dis maintenant vous savez ce qu'il faut faire, mais pour vous c'est difficile, donc vous m'écrivez tout ce</p>

		<p>que vous mangez sur huit jours, et ça me fait un outil de travail et on analyse ensemble. »</p> <p>E12 « Si la personne n'atteint pas les résultats escomptés, alors c'est vrai que je peux proposer de noter ce qu'elle mange et de faire cette petite enquête pour la fois suivante. Parce que voilà elle n'est peut-être pas consciente de ses erreurs. Moi je ne suis pas à côté d'elle à la maison pour voir ce qu'elle fait, donc ça peut être un moyen de contrôle et ça peut aider la personne aussi à mieux voir ses éventuelles erreurs, que d'emblée elle ne voit pas forcément. »</p>
Réorientation	Réseaux	<p>E2 « ...parce qu'à la maison de santé, on a des projets d'éducation thérapeutique, on a travaillé un peu avec REDOM, aujourd'hui je ne veux plus du tout travailler avec eux... » « ...c'est un jeune gamin qui a 12 ans et qui fait 70 kg pour 1m50, alors je ne sais pas combien d'IMC c'est, mais hors de tout... que j'ai envoyé à REDOM parce que là je trouvais vraiment que ça dépassait mes compétences, et ils n'ont pas fait mieux, et pourtant ils ont tous les outils... »</p> <p>E3 « Il y a pas mal de choses en place sur Strasbourg, c'est le cas pour un bon nombre de mes patients, je les adresse au réseau Sport Santé. Quand ils sont sur Lingolsheim, c'est REDOM. Et après en 2ème intention, il y a le SSR à Illkirch qui peut les prendre en charge et qui a de bons résultats pour les patients plus lourds et qui ont plus de mal. » « Bon quand ils sont sur Strasbourg c'est assez facile, je leur parle du dispositif Sport Santé et ils acceptent assez facilement d'intégrer le programme. Quand ils veulent avoir un suivi ou une espèce de coaching, et qu'ils ne sont pas sur Strasbourg, je les oriente vers REDOM. » « Quand il y a besoin d'un vrai accompagnement chez les personnes un peu plus compliquées, le SSR nutrition est très bien pour ça, parce qu'il y a vraiment le côté suivi et prise en charge intensive. » « Par exemple chez REDOM l'activité physique c'est en journée et du coup pour les actifs ce n'est pas adapté donc ce n'est pas la peine de les envoyer là-bas. »</p> <p>E4 « J'ai eu des patients qui ont bien adhéré au réseau REDOM, au principe d'aller aux ateliers à l'extérieur. »</p> <p>E5 « Il y a des gens qui sont perdus ou des gens qui sont désespérés, qui ont déjà fait 36 régimes – là je considère que l'année est passée parce qu'ils ont fait déjà 10 ans de régime et à chaque fois ils ont pris du poids. A ce moment-là j'adresse dans un 2e temps à REDOM et à ce moment-là je confie à l'équipe pluridisciplinaire. » « Je ne cherche à adresser à REDOM que les gens en obésité ou diabète ou maladies cardiovasculaires. » « Il y a une pré-inclusion qui est faite soit par le médecin traitant, soit par quelqu'un qui n'est pas le médecin traitant. » « A la fin de la prise en charge qui était autrefois de 3 ans et qui est maintenant passée à 1 an, on refait le bilan. » « Là il est vu par l'infirmière ou la diététicienne. Si c'est un diabétique, c'est l'infirmière en premier, pour une visite de pré-inclusion qui prend entre 45 minutes et 1 heure. On refait le point sur le tout et on détermine avec le patient ce qu'il est susceptible de faire ou pas en termes d'activités. Le patient sera vu par la diététicienne et l'éducateur en activité physique adaptée, qui va voir la partie activités. S'il y a un besoin en psychologue, c'est possible mais c'est facultatif. » « On est confrontés au fait qu'il y a moins d'inclusions, car les gens intéressés l'ont fait, car on existe depuis 5-6 ans. Il y a des médecins généralistes qui nous envoient du monde, mais il y en a plein qui ne savent pas qu'on existe parce qu'il y a un défaut de communication. »</p> <p>E6 « Je pense que ce n'est pas encore bien au point pour l'instant. Enfin je pense. Bon alors ça démarre, bon je pense qu'il n'y a pas assez de monde dans ces réseaux. »</p>

		<p>« Mais souvent les gens sortent de cure, ils ont perdu 10 kilos, ba c'est bon terminé. En gros sur le papier c'est formidable. Moi je n'y crois pas, la prise en charge c'est du long cours. Voilà, après pourquoi pas, s'il y a quelqu'un derrière pour le suivi. »</p> <p>E8 « Dans un cadre cardio-vasculaire, en prévention primaire ou secondaire, oui : le réseau de cardioprévention d'Obernai. Mais sinon, non. »</p> <p>E10 « On travaille avec Sport Santé. »</p>
	Psychologue et psychiatre	<p>E1 « Parce que le problème il est souvent là. Mais aller trouver un psychologue qui vous fait ça, et à quel prix ! Donc en général ça passe à lasse, alors que ça devrait être une énorme partie du traitement. »</p> <p>E5 « D'où l'intérêt de la psychologue. On a tellement de problèmes psychologiques et tellement lourds, qu'on a fait un partenariat avec la psychiatrie. » « C'est hyper difficile d'adresser quelqu'un à un psychiatre, car les gens n'acceptent pas. Donc ils acceptent la psychologue, la psychologue passe la main à un psychiatre qui nous sert de « gate-keeper ». »</p> <p>E6 « Alors moi je suis en plus psychothérapeute, alors je sens quand il n'y a pas juste un problème de poids. »</p> <p>E7 « Après il y a des gens qui ont des soucis et manger ça leur forme une carapace, alors là je travaille avec une psychologue. On fait un travail à deux. »</p> <p>E8 « ...parfois j'adresse à des psychologues, mais souvent c'est moi. »</p> <p>E9 « Je ne le fais pas moi-même parce que je n'ai pas le temps. Je dirais que les personnes un peu fragiles je les enverrai chez des confrères. »</p> <p>E13a « On a d'ailleurs une convention avec la psychiatrie. Donc sur des cas où notre psychologue sent qu'il y a un besoin d'aller plus loin, on fait des réunions et les patients sont orientés vers le cadre le plus adapté en fonction de la pathologie déterminée. »</p>
	Diététicien et nutritionniste	<p>E1 « ...oui il y a des diététiciennes dans le coin, sinon j'envoie chez la diététicienne si besoin » « Ce n'est pas trop moi qui les prends en charge, soit c'est une diététicienne, soit c'est au niveau du chirurgien si on doit faire ... quelque chose de plus important. » « Si au bout d'un certain temps, ça ne marche pas ou ils ont un petit peu de mal à suivre, je les envoie chez la diététicienne. »</p> <p>E4 « ...on accueille une infirmière ASALEE. Ça concerne un peu l'obésité parce qu'elle fait de l'éducation thérapeutique autour de tout ce qui est prévention cardio-vasculaire, diabète entre autre. »</p> <p>E10 « L'infirmière est rapidement incluse en fait, c'est vraiment une aide précieuse » « ... on a la chance d'avoir une infirmière ASALEE. On va facilement leur proposer de la rencontrer et elle va peut-être plus effectivement faire le détail de ce qu'ils mangent et leur proposer des activités, puisqu'on a un groupe de marche et un groupe d'ateliers culinaires dans la maison de santé avec une diététicienne. »</p> <p>E13a « On a une longue liste d'ateliers notamment sur l'équilibre alimentaire et les idées de menus, comment mieux connaître les glucides, comment mieux connaître les graisses, comment mieux connaître les protéines, comment mieux connaître le sel, un atelier sur les quantités, un atelier sur l'étiquetage alimentaire, un atelier sur la cuisine</p>

		rapide et « équilibrée, un atelier sur équilibre et budget alimentaire, un atelier sur la dégustation... »
Limites de prise en charge	Liées aux professionnels de santé	<p>E1 « ...moi je n'ai pas le temps de le faire. De toute façon, ça – c'est sûr. »</p> <p>E2 « J'ai un pauvre patient maghrébin qui parle très peu le français et qui surtout ne le lit pas, il va faire de l'éducation thérapeutique en diabète, il faut qu'il maigrisse, il ressort avec 15 pages de régime écrit en français. Mais je hurle ! C'est des spécialistes de l'éducation thérapeutique ça ? Vraiment, ça, ça m'énerve... C'est un non respect des gens qu'on a en face... »</p> <p>« Là je vous le raconte, je me dis mince, j'aurais pu faire quelque chose, mais j'étais scotchée sur ma chaise. Et là, il y a des tas de choses à travailler, mais ce n'est surement pas en donnant des feuilles de régime... On est dérisoires à côté... »</p> <p>« Vous voyez je ne suis pas très contente de ma prise en charge, mais je ne suis pas sûre de me laisser mettre en échec là où on voudrait me mettre en échec. »</p> <p>« Et les médecins disaient : « Si je n'y arrive pas, c'est pour deux raisons : je manque de temps et je ne suis pas assez formé. ». C'est fatigant ça. Ce n'est pas vrai. Pour tout, c'est les mêmes excuses. On n'est pas formé à écouter ce que les gens ont à nous dire, et on pourrait faire un travail extraordinaire si juste on écoutait ce que les gens ont à nous dire. »</p> <p>« ... on est plus dans le conseil et que je me dis qu'on va fabriquer des obèses dépressifs au lieu de régler le problème de l'obésité »</p> <p>E3 « Ma première étape est la prise de conscience qu'il y a un problème et c'est ça qui est difficile pour moi. »</p> <p>« ... je consulte sans rendez-vous, souvent ils ne viennent pas que pour ça, on l'aborde lors des consultations de renouvellement d'ordonnance. »</p> <p>E4 « J'essaie de m'inspirer du motivationnel, mais je ne suis pas assez formée, je ne me sens pas non plus très compétente. »</p> <p>« Car tout ça, ça prend beaucoup de temps, et pouvoir déléguer cette tâche à des personnes qui n'ont pas besoin d'avoir forcément la qualité de médecin, ils ont créé un réseau avec des infirmières. »</p> <p>« Donc notre outil principal actuellement c'est notre collaboration avec ASALEE, qui nous soulage de tout ce qui est très chronophage. »</p> <p>E5 « D'après les recommandations, pendant 1 an, le médecin généraliste doit s'occuper et au bout d'un an si on voit que ça ne marche pas, il faut passer la main. »</p> <p>« Je pense qu'ils n'y croient pas. Il n'y a rien de pire que l'obésité, c'est multifactoriel, avec une implication psychologique, une implication culturelle. »</p> <p>« Ça prend du temps, pour arriver à quoi ? »</p> <p>« On sent que c'est trop compliqué, on sent qu'il faudrait du monde autour. »</p> <p>« Dans des consultations qui ne sont pas faites sur rendez-vous, où il y a plein de monde en salle d'attente. Il pèse 120kg et il vient pour une angine – on va lui traiter son angine et pas les 120 kg. C'est tout. »</p> <p>« Les médecins on leur a appris à prescrire des trucs, faire une ordonnance. »</p> <p>« Et puis attention, commencer à parler du poids, c'est commencer à perdre du temps. Il faut y passer du temps, c'est chronophage. Notre consultation c'est 25 euros. »</p> <p>E6 « J'ai été généraliste pendant 19 ans, je ne sais pas si j'aurais pu faire ce que je fais là actuellement. Bon à l'époque, j'avais déjà une sensibilité à la nutrition, ça m'a toujours plu, et bien-sûr je donnais déjà des conseils. Je donnais de petites fiches, mais c'était un petit peu « débrouillez-vous avec ma petite fiche et on en reparle 5 minutes quand vous revenez à votre prochaine angine... ». Mais, on n'a pas le temps dans un cabinet de médecine générale... »</p>

		<p>« Et tout ça on n'a pas le temps en cabinet. Bon vous allez me dire, on n'a pas le temps de grand chose en cabinet, parce qu'il y a la salle d'attente qui est pleine, parce qu'on a des visites à faire à domicile. C'est pour ça que j'ai changé, je me sentais trop frustrée. »</p> <p>« Alors une première consultation, c'est une consultation assez longue, en général je prévois à peu près 45 minutes. »</p> <p>« Oui c'est très souvent du psycho, après ce ne sont pas de grandes psychothérapies, mais il y a toujours ce côté-là. C'est pour ça qu'en cabinet c'est difficile. Il faut déjà travailler sur rendez-vous sinon c'est impossible. Bon il faut aussi une certaine sensibilité à la nutrition. Et qu'ils consacrent un petit peu de rendez-vous à ça et là - ça peut marcher. »</p> <p>« Oui mais bien sûr, parce qu'un généraliste, il ne peut pas se prendre 45 minutes alors qu'il a une salle d'attente qui est pleine... Donc il ne peut pas, et c'est normal, on voudrait bien mais c'est pas possible. »</p> <p>E7 « Evidemment c'est aux médecins d'être concluants et de les stimuler. »</p> <p>« ... après il faut du temps. Alors est-ce qu'un médecin lambda a du temps? Une première consultation de nutrition, il faut au minimum si on veut bien faire, une demi-heure quand on s'y connaît bien. Quand on ne s'y connaît pas trop, un peu plus de temps. »</p> <p>« Il faut en fait que le médecin qui fait ça, aime ce qu'il fait, parce que s'il n'aime pas... »</p> <p>E9 « Evidemment dans une consultation, on ne peut pas faire ça tout le temps. On ne peut pas faire que ça, car ça prend beaucoup de temps. »</p> <p>E10 « Ça prend du temps. L'infirmière elle voit les gens une heure ! »</p> <p>« Mais après je pense que c'est un problème tellement multifactoriel que je ne suis pas sûre qu'en médecine générale on puisse vraiment agir... »</p> <p>E11 « Pour ce qui est de la gestion du poids, il est vrai qu'aujourd'hui on note une certaine stigmatisation même dans la profession médicale. On dit au patient : « Vous êtes trop gros. Il faut maigrir ». »</p> <p>« Souvent, on a tendance, nous, à vouloir donner des solutions. On a choisi ce métier parce qu'on a envie d'aider les gens, que ce soit dans l'alimentation ou en général, mais souvent on est trop du style : « voilà, je vous apporte cette idée », sauf que le patient ne va pas l'intégrer de la même manière si c'est lui-même qui émet l'idée. »</p> <p>E12 « C'est un travail qui prend du temps. »</p> <p>« Donc c'est vrai que la première consultation prend beaucoup de temps, il faut compter plus d'une heure en général. »</p> <p>E13a « ...je pense que la plupart des médecins n'ont pas forcément ces formations-là et ne sont pas du tout dans cette optique-là. Ils restent beaucoup dans le réflexe correcteur et prescripteur. »</p> <p>E13b « Le manque de temps ! Il faut du temps, les consultations sont chronophages. »</p> <p>« Et moi quand je les ai en entretien, c'est une heure à une heure et demi pour un premier entretien. »</p> <p>« Ça veut dire que le médecin doit être très disponible, il doit avoir une écoute, il faut du temps et il n'y a pas la rétribution derrière ! »</p>
	Liées aux patients	<p>E1 « Il sait ce qu'il faut faire et il n'a pas envie. C'est dans sa tête : il ne veut pas, et tant qu'il ne veut pas, ça ne sert à rien. »</p> <p>« L'échec le plus évident – c'est la volonté. Il y a des gens qui ne veulent pas maigrir, qui ont l'habitude depuis qu'ils sont enfants de manger, c'est une obésité d'entraînement. »</p>

		<p>« L'échec thérapeutique c'est ça. C'est les gens qui ne veulent pas, qui sont bien dans leur peau comme ça, ça ne les dérange pas trop. »</p> <p>« Tu ne peux pas forcer les gens, encore une fois je dirais : ça c'est la médecine. Tu ne peux pas soigner quelqu'un contre sa volonté. S'il ne veut pas, il ne veut pas. »</p> <p>« Ce n'est pas un échec, ce n'est pas ton échec, c'est l'échec du patient. Toi tu fais ton boulot. Tu lui dis qu'il faut qu'il maigrisse, tu lui dis comment il faut faire, tu lui expliques les raisons, s'il ne veut pas, il ne veut pas. »</p> <p>E2 « Et la réponse que j'ai toujours c'est celle-là : je sais ce qu'il faut faire, mais je n'y arrive pas. Je n'arrive pas à ne pas grignoter... »</p> <p>E4 « Mais il faut que les gens aient aussi envie de l'entendre. Si ça ne vient pas d'eux, ce n'est pas fait. »</p> <p>E5 « L'argent c'est un problème parce qu'il faut qu'on paye nos coaches, nos diététiciennes, tout le côté administratif. »</p> <p>E7 « Bon je pense plus qu'elle n'était pas prête surtout, pas prête à faire son régime. »</p> <p>« ... puis ça c'est la chose typique d'une jeune femme qui veut perdre mais qui veut pas faire d'effort, et qui n'est absolument pas prête à perdre du poids et qui pense que ce que je fais c'est miraculeux, mais bon il faut quand même être volontaire, il faut être prête. »</p> <p>E8 « C'est là que c'est souvent voué à l'échec parce que quand ça ne vient pas de son initiative, le patient n'est pas forcément très motivé. Forcément les accidents cardiovasculaires ça n'arrive qu'aux autres ! »</p> <p>« Il n'y a pas de solution idéale, il faut toujours qu'on s'adapte en fonction des patients, en fonction de ce qu'ils veulent et ce qu'ils ne veulent pas faire – ce n'est pas toujours facile. »</p> <p>E9 « Dans la mesure où la personne ne veut pas changer ses habitudes et se prendre en charge, moi je ne peux rien faire. »</p> <p>« Si vous voulez, le gros du problème actuellement c'est que les gens mangent des produits de mauvaise qualité, avec des graisses cachées, et encore les graisses ce n'est pas ce qu'il y a de plus mauvais. »</p> <p>« Après vous entrez dans un cercle vicieux où les gens mangent mal et ce n'est pas de leur faute. C'est parce qu'ils n'ont pas eu la bonne éducation, les bonnes informations, et quand ils vont dans un magasin, ils se disent « tout ce qui est là, est bon ». »</p> <p>E10 « L'alimentation grasse et sucrée est moins chère que le reste. »</p> <p>E12 « Souvent, il y a des personnes qui se mentent à elles-mêmes, qui ne voient pas vraiment la réalité en face. On essaie tant que possible de les remettre en question vis-à-vis, de ce qu'elles font, ce qu'elles ont réellement mis en place, parce qu'elles ont tendance à pointer les conseils donnés ou moi-même. »</p>
	Liées à la société	<p>E2 « Et que la question de l'obésité ce n'est peut-être pas une question de médecin généraliste, mais une question de société et voilà. »</p> <p>« Et ce gamin tout d'un coup il se met à pleurer, parce que je lui demande s'il est préoccupé parce que son père est très malade, il a une petite sœur handicapée, enfin voilà, une histoire un peu familiale, il se met à pleurer et son père sort un bonbon de sa poche et il lui met dans la bouche, comme il met la tétine pour qu'il arrête de pleurer, parce que c'est insupportable. »</p> <p>E9 « Aujourd'hui les gens sont dans la consommation, il faut que ça fonctionne vite, que ce soit simple et il ne faut surtout pas faire d'effort. Là où ça pêche, c'est quand les gens ne se prennent pas en main tout simplement. »</p>

		<p>« Nos maladies de société c'est le surpoids – on a plus d'obèses dans le monde que de gens qui meurent de faim, donc on a vraiment une grosse problématique de santé publique en France. »</p> <p>« ...il ne faut pas oublier qu'au jour d'aujourd'hui, quand vous prenez par exemple une farine blanche, c'est du sucre en barres, c'est tout ce que c'est. Il n'y a plus rien dedans. Ce n'est quasiment plus rempli de sélénium, quasiment plus de micronutriments. Or ces micronutriments sont excessivement importants pour vivre. »</p> <p>E11 « Aujourd'hui il y a aussi de la pub partout : l'offre alimentaire est excédentaire et c'est culpabilisant. A la télévision, on vous montre plein de publicités sur la « bouffe » et après on dit qu'il ne faut pas manger trop gras ni trop sucré. »</p> <p>« Faire les courses aujourd'hui en supermarché c'est de la science-fiction. Je comprends que les personnes soient un peu perdues et comme elles ne savent pas qu'est-ce qui est bien à manger – autant nous, on s'y intéresse et on le sait, mais tout le monde ne le sait pas. »</p>
	<p>Liées aux origines culturelles des patients</p>	<p>E2 « Le problème c'est que je vois bien que les gens ils ont tellement peur que leur enfant ne soit pas assez gros, et on a des belles-mères qui sont des peaux de vache et qui disent « Tu ne sais pas l'alimenter. Regarde, il n'est pas assez gros etc. » et que ça, ça a un impact sur ces jeunes femmes qui sont souvent là en France toutes seules, qui n'ont pas leur mère, et que c'est compliqué... »</p> <p>« Quand j'entends ces mamans africaines qui disent que tout ce qu'elles font à manger à leur enfant – ce n'est pas bon, et qu'il vaut mieux qu'ils mangent des steaks et de haricots verts et que c'est ça qui les empêchera de grossir, j'ai les bras qui m'en tombent... En fait ils ont intégré complètement que leur alimentation elle n'est pas bonne, elle est trop riche, elle est trop grasse. »</p> <p>« Et cette dévalorisation de leur propre culture, je pense que ça a aussi un impact sur leur enfant et que ça a aussi un impact sur son poids, sa manière de manger etc. »</p> <p>« Et évidemment ce qu'ils aiment manger, c'est les pâtes, c'est le pain, c'est les glaces, c'est les chips, c'est tout ce qui n'est pas bon. Comme elles-mêmes ne mangent pas de légumes, c'est compliqué. C'est probablement des histoires générationnelles, ça fait longtemps que c'est comme ça. »</p> <p>« ...je n'arrêtais pas de leur dire : « Mais arrêtez de donner des boissons sucrées à vos enfants ! ». Et en fait ce n'est pas possible, c'est une boisson conviviale. »</p> <p>E5 « Il y a un problème du concept même du poids normal chez l'enfant qui n'existe pas dans certains quartiers, mais est-ce que c'est ethnique ? culturel ? est-ce que c'est la précarité ? »</p> <p>« Pour eux, un enfant obèse est un enfant normal. Et un enfant normal est un enfant malade. »</p> <p>« Les patients me disent : « je vais perdre du poids avec le Ramadan ! » Personne n'a perdu du poids avec le Ramadan ! Tout le monde en prend. »</p> <p>« Et puis en Alsace c'est normal d'avoir 120 kg. On en est là. »</p> <p>E6 « Alors les femmes noires, elles ont souvent une morphologie différente, alors si elles me disent qu'elles veulent perdre des hanches et des fesses, alors je leur demande comment est leur mère, leur grand-mère, et je leur dis « vous êtes issues de ça, de cette lignée-là ». »</p> <p>« Par exemple, les maghrébines elles ont des hanches un petit peu proéminentes, je leur explique qu'il faut accepter leur hérédité aussi. On est issu de quelqu'un et qu'il faut accepter son héritage. »</p> <p>E10 « Moi... je ne crois pas que j'aborde ça. »</p> <p>E11 « L'alimentation c'est intime, c'est personnel. Si on ne prend pas en compte les habitudes culturelles, ça ne va pas du tout. »</p>

		<p>« J'essayer de les aiguiller en fonction et d'avoir des recettes qui sont adéquates à leur culture. »</p> <p>E13a « C'est à nous de nous adapter. Il faut les mêmes recommandations, mais tout en s'adaptant aux habitudes alimentaires de ces patients de ces pays-là. »</p> <p>E13b « Je pense là aux femmes africaines, elles n'ont souvent pas envie de perdre du poids. Elles le font à cause des problèmes articulaires etc, on leur a dit qu'il faut absolument perdre du poids parce que sinon ça ne va pas aller, et là ce sont des personnes qui ne sont pas mal dans leur peau. »</p>
	Place de la relation médecin-patient	<p>E2 « Et du coup elle est partie en privé et du coup 2 mois après elle avait l'autorisation du psychiatre et elle a été opérée. Et j'ai été très... elle a bien senti que je n'étais pas contente, moi j'étais très énervée contre moi parce que je n'étais pas contente, mais je lui ai manifesté et j'étais vraiment dans ce que Balint appelle « la fonction apostolique du médecin » à essayer de la convertir à ce que je pense et en fait ça s'est passé comme on n'était pas du tout en phase... »</p> <p>« Si juste on pouvait penser que les gens pensent, qu'ils ont des choses à dire, et que c'est plus important ce qu'ils ont à nous dire que ce qu'on a nous à leur dire. »</p> <p>« J'ai besoin d'écouter les gens, leur univers, leurs difficultés, comment ces mères elles racontent que la seule chose qui leur fait plaisir, c'est que leurs enfants aiment manger ce qu'elles préparent. »</p> <p>« Mais vous ne vous rendez pas compte ! Moi depuis que je suis toute petite, chaque fois que je rencontre un docteur, la seule chose dont il me parle, c'est mon poids. A 15 ans j'ai décidé que je n'irai plus jamais voir de docteur. »</p> <p>« Mais c'est terrible pour les gens... On va pointer ce qui ne va pas. C'est comme avec vous, si on pointe tout le temps ce qui ne va pas et qu'on ne vous dit pas ce qui va, ça vous donne l'impression que vous êtes un mauvais interne, et eux ça leur donne l'impression qu'ils sont de mauvais patients. »</p> <p>E7 « Lors de la première consultation je leur dis « on commence une cohabitation à 2 qui va durer 1 mois, 6 mois, 1 an, donc c'est comme chez un psychiatre il faut aussi me dire ce qui va et ce qui ne va pas. Si vous avez ras-le-bol de ce que je vous fais manger vous me le dites... » »</p> <p>« Vous voyez il faut vraiment faire confiance, qu'il y ait un transfert. »</p> <p>E8 « Je pense qu'à partir du moment où vous avez établi une relation de confiance avec les patients, et qu'ils sentent qu'ils sont pris en charge, ils sont prêts à faire pas mal de choses. »</p> <p>« Par contre moi je privilégie toujours l'esprit d'équipe en disant : je suis là pour vous aider, donc on fait ça ensemble et on joue cartes sur table : si vous mangez quoique ce soit, que vous faites un écart, vous me le dites. »</p> <p>E9 « Moi je ne suis pas là pour apporter une solution, pour appuyer sur un bouton – ça ne sert à rien. Si vous leur dites : « prenez ces petites pilules, vous allez perdre du poids » : ils vont les prendre puis ils vont reprendre tout aussi sec du poids. La performance vient surtout dans l'échange que vous allez avoir. »</p>
Place de la chirurgie	Intérêt	<p>E4 « Moi je les adresse que s'il me le demande éventuellement chez le chirurgien, parce que c'est tellement à la mode... »</p> <p>E5 « ...on pose la question dès qu'il y a des indications, c'est-à-dire IMC 40 sans comorbidités ou 35 avec comorbidités. »</p> <p>« On essaye d'abord pendant un an pour voir si on peut arranger les choses. Si on arrive, tant mieux. Si on n'y arrive pas, de toute façon à la sortie, on dit : on en est là, maintenant qu'est-ce que vous en pensez ? »</p>

		<p>E6 « Alors, il y a des gens qui viennent parce qu'ils sont envoyés par le chirurgien. Donc quand ça va dans ce sens-là, les gens viennent et donc il leur faut un suivi nutritionnel, il faut qu'ils aient eu 3 consultations de nutrition. » « Et ensuite, il y a avec moi. Quand ça vient de moi c'est rarissime. C'est quand vraiment j'ai tout essayé et que le patient n'y arrive pas et que ça ne va pas. »</p> <p>E8 « Dans les cas désespérés, oui – il n'y a pas d'autre solution, ça marche bien, il n'y a pas de souci. »</p> <p>E11 « Peut-être que dans les cas vraiment très précis, avec des personnes où on ne trouve vraiment pas d'autre solution et quand la personne est active, qu'elle est bien suivie et qu'elle le fait bien, ok. »</p> <p>E13a « Il y a des patients qu'on va orienter vers la chirurgie bariatrique, car ils ont des comorbidités associées et un échec de la prise en charge. »</p>
	<p>Limites</p>	<p>E2 « Ce n'est pas du tout ça la question, mais franchement arriver à démontrer que c'est mutilant, que ça ne marche pas, que ça a des effets catastrophiques sur les gens au long terme etc. ça m'intéresserait, mais visiblement ce n'est pas du tout dans l'air du temps. »</p> <p>E3 « Sinon il y a des demandes qui ne passent pas forcément par moi de chirurgie bariatrique de façon exponentielle. Dans tous ceux qui ont été opérés ces derniers temps, il n'y en a aucun qui a essayé de perdre du poids avec moi. » « Par contre ça se dégrade assez rapidement dans le temps. » « Il y a un problème de cohérence, soit on dit ok la prise en charge intensive n'a pas marché et on pense à l'opération, soit on dit Ba non ça a marché elle a perdu au moins 10% de son poids ba faut peut-être continuer. Mais bon dans tous les cas ils sont opérés à la fin. »</p> <p>E5 « La chirurgie c'est super efficace, mais c'est un système où on peut reprendre tout ce qu'on a perdu. Si après il n'y a pas un suivi, ça ne marche pas. »</p> <p>E6 « C'est vrai qu'au début je n'avais pas envie de le faire, parce que je pense que c'est une mutilation du corps. Mais ensuite je me suis dit « est-ce que tu vas priver ces gens de peut-être une solution ? », donc je me suis un petit peu ouvert mais en restant quand même très prudente et en expliquant bien les contre-indications, et puis qu'après c'est plus pareil. »</p> <p>E8 « Le côté définitif me gêne. »</p> <p>E9 « Je ne suis pas tout à fait contre, mais je trouve que ça ne règle pas le problème. Maintenant c'est un peu la mode de la facilité. »</p> <p>E10 « J'ai des patients où ça a bien marché, ils sont contents. D'autres ont eu des soucis... Je ne le propose jamais. »</p> <p>E11 « ...je ne sais pas si les gens se rendent compte que c'est une mutilation, qu'on va leur couper un morceau d'estomac. » « Sauf que pour moi ça ne règle pas du tout le problème de base, car les gens ne sont pas du tout éduqués sur comment bien manger et malheureusement après la fameuse lune de miel où effectivement ils perdent beaucoup de poids parce que rien ne passe, ils vont reprendre. » « Pour moi, ce n'est pas quelque chose de naturel, on ne règle pas le problème de fond et aujourd'hui j'ai l'impression qu'il y a un business et on fait ça comme on va acheter un croissant à la boulangerie. »</p>

		E13a « Il y a des gens qui en auraient vraiment besoin, et d'autres qui se font opérer plus facilement et qui ne remplissent pas forcément les conditions idéales pour l'opération, que ce soit psychique ou autre. »
--	--	---

Bibliographie

1. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 7 nov 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.html
2. Qu'est-ce que le PNNS ? | Manger Bouger [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Qu-est-ce-que-le-PNNS>
3. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
4. Burger M. Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux: apports d'une revue de littérature systématique et descriptive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-...). Faculté de médecine; 2017.
5. Morin B, Jésus P, Fayemendy P, Desport J-C. Intérêt d'outils d'autoformation portant sur l'excès de poids en médecine générale. Cah Nutr Diététique. 1 sept 2017;52(4):175-80.
6. Santé Connect' 2018 : quelles sont les sources d'informations majeures des professionnels de santé ? [Internet]. Ipsos. [cité 26 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-connect-2018-queelles-sont-les-sources-dinformations-majeures-des-professionnels-de-sante>
7. Poisson Y. L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation. Rev Sci Léducation. 1983;9(3):369.
8. Jeanmougin P. ANTIBIOCLIC : outil en ligne d'aide à la prescription antibiotique pour une antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. 2011 [cité 28 nov 2018]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3649_Jeanmougin_these.pdf
9. La démographie des professionnels de santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/article/la-demographie-des-professionnels-de-sante>
10. Lang T. L'interaction entre médecins et malades est-elle productrice d'inégalité de santé ? Le cas de l'obésité [Internet]. Internet; [cité 5 déc 2018]. Disponible sur: http://www.iferiss.org/images/IFERISS/2008_interaction_entre_medecins_et_malades.pdf
11. Julia C, Hercberg S. Pratique des régimes : acceptabilité et perception. Résultats issus de l'étude NutriNet-Santé en 2012. /data/revues/19572557/00070002/101/ [Internet]. 7

- mars 2013 [cité 23 nov 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/792510>
12. van der Aa MP, Elst M a. J, van de Garde EMW, van Mil EG a. H, Knibbe C a. J, van der Vorst MMJ. Long-term treatment with metformin in obese, insulin-resistant adolescents: results of a randomized double-blinded placebo-controlled trial. *Nutr Diabetes*. 29 2016;6(8):e228.
 13. Site | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/search/site/micronutrition?iso1=fr&iso2=en>
 14. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>
 15. Durrer D, Schutz Y. Obésité Les outils pour le praticien. *Médecine et hygiène*; 2008. 101 p.
 16. Yuka - L'application mobile qui scanne votre alimentation [Internet]. Yuka. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://yuka.io/>
 17. Monnier L, Colette C, Piperno M. L'échec des régimes amaigrissants. Une fatalité prévisible ? Pourquoi ? *Médecine Mal Métaboliques*. mars 2013;7(2):132-8.
 18. Colette C, Monnier L. Saveurs et arômes dans les régimes du diabétique de type 2. *Médecine Mal Métaboliques*. sept 2007;1(3):41-5.
 19. Monnier L, Colette C, El Azrak A, Essekkat N, Rochd D, Raji F. Rendre les contraintes des régimes moins astreignantes : est-ce possible ? *Médecine Mal Métaboliques*. 1 mai 2017;11(3):228-36.
 20. Orlistat (Alli®, Xenical®) : balance bénéfique/risque positive confirmée par l'agence européenne - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Orlistat-Alli-R-Xenical-R-balance-benefice-risque-positive-confirmee-par-l-agence-europeenne-Point-d-information>
 21. Faure S. Médicaments de l'obésité. *Actual Pharm*. janv 2014;53(532):53-5.
 22. Bilan 2018 des médicaments à écarter : diabétologie - nutrition. *Rev Prescrire* 2018. :139-40.
 23. Collège des Enseignants de Nutrition des Facultés de Médecine [Internet]. [cité 14 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.lewebducen.fr/>
 24. Schlienger J-L. Revue critique des régimes amaigrissants populaires. *Médecine Mal Métaboliques*. juill 2015;9(5):514-20.

25. Haute Autorité de Santé - Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte
26. Haute Autorité de Santé - Certification des sites internet santé [Internet]. [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602302/fr/certification-des-sites-internet-sante
27. Haute Autorité de santé S qualité de l'information médicale. Évaluation de la qualité des sites e-santé et de la qualité de l'information de santé diffusée sur Internet. Revue de la littérature des outils d'évaluation. [Internet]. 2007 [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/evaluation_qualite_site_sante_internet.pdf
28. Lemale J. Microbiote et obésité. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 1 juill 2017;20(3):181-7.
29. Clément K. Le microbiote intestinal : un nouvel acteur de la nutrition ? Cah Nutr Diététique. 1 déc 2015;50(6, Supplement 1):6S22-9.
30. Recommandations relatives à l'alimentation, à l'activité physique et à la sédentarité pour les adultes / 2019 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 11 févr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Recommandations-relatives-a-l-alimentation-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite-pour-les-adultes>

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR**Nom : MariéchaudPrénom : Natalie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

A Mutzig, le 27.02.2019

Résumé :

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs influençant négativement la santé de manière directe et indirecte dans sa dimension physique, psychologique et sociale. Les médecins généralistes jouent un rôle pivot dans la prise en charge de cette pathologie. Néanmoins ils déplorent souvent un manque de temps et de connaissances pour le faire.

Morphosanté a été créé pour répondre à cette demande. C'est le premier outil informatique gratuit, disponible sur internet et destiné aux médecins généralistes pour la prise en charge du surpoids.

D'une part Morphosanté regroupe et synthétise les recommandations de la Haute Autorité de Santé et du Programme national nutrition santé. D'autre part il est étoffé de méthodes et d'astuces pratiques qui découlent d'entretiens réalisés avec des médecins généralistes et des paramédicaux bas-rhinois spécialisés dans ce domaine.

Un grand nombre d'aspects sont abordés sur le site www.morphosante.fr : le bilan initial, la prise en charge nutritionnelle, l'activité physique, la prise en charge psychologique, le suivi, la demande d'avis de confrères et la chirurgie bariatrique. De plus, l'outil propose différents supports écrits et des fiches pratiques. Une attention particulière est accordée à certaines notions comme le sens que prend la pesée dans ce contexte, le plaisir et la créativité en cuisine, la sédentarité, l'estime de soi et le bien-être.

Morphosanté va ainsi au-delà de ce qu'affiche la balance. Notre outil aide le praticien à comprendre les difficultés du patient, afin de l'accompagner dans un changement durable de ses habitudes de vie.

Rubrique de classement : médecine générale

Mots-clés : surpoids, bien-être, site internet, outil, médecine générale, système d'aide à la décision médicale

Président : Professeur Gilles Bertschy**Assesseurs :** Docteur Anabel Sanselme (directrice)

Professeur Emmanuel Andres

Professeur Nicolas Meyer

Docteur Cécile Deharvengt

Adresse de l'auteur :

Natalia MARECHAUD 4 rue Katia Krafft 67190 Mutzig