

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2024

N° : 14

THÈSE

PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

HUDER Chloé

Née le 20 février 1995 à Équemauville (14)

Représentations et abord du surpoids et de l'obésité en consultation

par les internes de médecine générale d'Alsace

Étude qualitative par focus groups

Président de thèse : Professeur Gilles BERTSCHY

Directrice de thèse : Docteur Chloé DELACOUR

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **professeur émérite (ancienneté 10 ans)**
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite de 10 ans)
- **professeur émérite (ancienneté 20 ans et 30 ans 2020)**
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
- **professeur émérite (ancienneté 10 ans et 20 ans 2020)**
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
- **professeur émérite (ancienneté 20 ans et 30 ans 2020)**
(ancienneté en poste de professeur émérite)
- **professeur émérite (ancienneté 20 ans et 30 ans 2020)**
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)
(ancienneté en poste de professeur émérite)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. BACCHINI M. BACCHINI M. BACCHINI

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Prof. M. BACCHINI 42 000
 Prof. M. BACCHINI 42 000
 Prof. M. BACCHINI 42 000
 Prof. M. BACCHINI 42 000
 Prof. M. BACCHINI 42 000
 Prof. M. BACCHINI 42 000
 Prof. M. BACCHINI 42 000

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être 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 Monsieur le Professeur Gilles Bertschy, merci pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Madame le Docteur Léa Charton, merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. J'espère que cet écrit apportera des informations nouvelles et complémentaires aux travaux auxquels vous avez participé sur la thématique du surpoids et de l'obésité.

A Madame le Docteur Chloé Delacour, merci d'avoir accepté de superviser cette thèse. Merci pour votre accompagnement et vos conseils tout au long de ce processus. Merci pour vos remarques pertinentes qui m'ont permis de me remettre en question et d'approfondir au mieux ce sujet passionnant.

Remerciements

A mes parents, merci de m'avoir nourri, logé mais surtout supporté durant ces longues années de médecine. Merci pour votre soutien sans failles dans tous les projets que j'entreprends. Merci pour votre écoute, votre disponibilité et votre amour au quotidien. Je n'en serai incontestablement pas là aujourd'hui sans vous.

A mes grands-parents, pour ceux présents et ceux qui nous ont quittés, j'espère que vous êtes fière de moi. A mon papy, dire qu'à un an près tu aurais pu voir ça, je suis sûre que tu aurais adoré.

A Loïc et Caro, merci pour vos accueils chaleureux post-cession de ski, pour les journées jeux de société et pour les randonnées. Merci pour la relecture de ce travail et les conseils prodigués pour m'aider à devenir le deuxième docteur de cette fratrie.

A ma famille et ma belle-famille, merci pour tous ces moments partagés.

A Dono, merci pour ton soutien même si tu n'as pas toujours compris ce que je faisais. Merci de toujours faire de moi une de tes priorités. Merci pour ton écoute, parfois aléatoire, mais dont naissent toujours de bons conseils. Je pense que tout le monde sera d'accord pour te remercier de me supporter au quotidien. Merci pour ton amour.

A Gaby, un paragraphe rien que pour toi car tu m'as supplié, merci pour ton implication dans cette thèse. Merci pour toutes ces sorties running où on parlait plus qu'on ne courrait. Merci pour ton écoute dans mes moments de doute. Et enfin merci pour ta joie de vivre à toute épreuve, même lorsque tu cumules toutes les poisses du monde.

A Marion et Pauline, Marie et Axel, merci pour tous ces instants partagés depuis ce premier stage d'internat aux urgences. Merci pour ces repas, ces verres, ces discussions et ces rires. Merci d'être toujours disponible pour que l'on se voit malgré nos emplois du temps pas toujours compatibles.

Aux nouveaux strasbourgeois, qui ne sont plus si nouveaux que ça, merci pour toutes les bières et tartes flambées partagées. Merci pour toutes ces soirées et activités diverses et variées durant ces quatre dernières années. Vous serez toujours dans mon cœur même quand je ne serai plus strasbourgeoise.

A Amina, Laura, Romane, Florian, Maxime, Samy, Mickael et Ryan, ou l'équipe de Neuves-Maisons, qui aurait pensé qu'on en serait tous là aujourd'hui ? Difficile de résumer en quelques phrases autant d'années partagées depuis la maternelle, primaire, collège. Vous avez tous plus ou moins participé à votre échelle à ce que je suis devenue aujourd'hui. Merci pour tous les bons souvenirs que nous avons en commun et pour tous ceux à venir.

A Chloé, Ophélie et Romane, tout d'abord merci (ou non) pour toutes ces journées, soirées, week-ends de révisions. Merci pour tous les moments de fête également. Merci pour votre soutien et votre écoute dans les moments difficiles. Merci d'être les amies que vous êtes.

Et enfin à tous les internes qui ont participé, merci pour votre temps et votre implication. Merci d'avoir accepté de partager vos expériences dans la bienveillance. Merci de m'avoir fait progresser dans mon travail.

Table des matières

I.	Introduction	21
II.	Matériel et méthode.....	23
1.	Type d'étude	23
2.	Population	23
3.	Recueil des données.....	23
4.	Analyse des données.....	24
5.	Aspects éthiques et réglementaires.....	25
III.	Résultats.....	26
1.	Caractéristiques de la population étudiée	26
2.	Surpoids et obésité dans la société.....	27
2.1.	Prévalence	27
2.2.	Norme.....	27
2.3.	Scolarité.....	28
2.4.	Intra-familiale	29
2.5.	Média.....	29
3.	Prévention	30
3.1.	Le surpoids chez l'enfant.....	30
3.2.	Parallèle avec l'alcool et le tabac	31
3.3.	Rôle du médecin généraliste.....	32
4.	Causes du surpoids et de l'obésité.....	32
4.1.	Médicales	32
4.2.	Événements de vie	33
5.	Conséquences attribuées à l'excès de poids.....	34
5.1.	Facteurs de risques.....	34
5.2.	Complications somatiques	34
5.3.	Anomalies biologiques	35
5.4.	Répercussions psychiques.....	35
6.	Différence de représentations	36
6.1.	D'un patient à l'autre	36
6.2.	Patient versus corps médical	37
6.3.	Interne versus médecin généraliste.....	38
6.4.	Questionnements sur la pratique	39

7.	Abord du poids	40
7.1.	Motif de consultation	40
7.2.	Décider ou non d'en parler	41
7.3.	L'initiative du patient	44
8.	Des mots pour le dire	45
8.1.	Apparence	45
8.2.	Vocabulaire de l'interne	46
8.3.	Vocabulaire du patient	48
9.	La pesée	49
9.1.	Pesée systématique	49
9.2.	Pesée en fonction des pathologies	50
9.3.	Pesée à l'initiative du patient	51
9.4.	Refus de pesée	51
9.5.	Critiques de l'IMC	52
10.	La relation entre l'interne et le patient	53
10.1.	Le statut d'interne	53
10.2.	Suivi du patient	56
10.3.	La communication	56
10.4.	Jugements péjoratifs	58
11.	La balance entrées-sorties : entre acceptation et rejet	61
11.1.	Alimentation	61
11.2.	Activité physique	63
12.	Pluriprofessionnalité	64
IV.	Discussion	67
1.	Résultats principaux et comparaison à la littérature	67
1.1.	L'abord du poids	67
1.2.	Les perceptions et représentations des internes	70
1.3.	La relation entre l'interne et le patient	72
1.4.	Le poids des mots	75
1.5.	Pesée et critiques de l'IMC	78
1.6.	Normes, jugements et société	80
1.7.	Prévention	82
1.8.	Surpoids chez l'enfant	82
1.9.	Causes et conséquences	83

1.10.	Prise en charge	85
2.	Forces et limites	88
2.1.	Forces	88
2.2.	Limites	89
3.	Perspectives	90
V.	Conclusion	92
VI.	Bibliographie	94
VII.	Annexes	99
1.	Annexe 1 : Guide d'entretien premier focus group	99
2.	Annexe 2 : Guide d'entretien deuxième et troisième focus group	99

Glossaire

- CD : Chloé Delacour
- CH : Chloé Huder
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- F : Féminin
- FG : Focus Group(s)
- GROS : Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- M : Masculin
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- P : Participant(e)
- Prat' : Praticien
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- Stat' : Statistiques
- SFE : Société Française d'Endocrinologie

I. Introduction

Le surpoids est défini par un indice de masse corporelle (IMC) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ et l'obésité par un IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (IMC = poids/taille²). Depuis 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère l'obésité comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui nuit à la santé* » (1).

On observe une augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité ces dernières années en France comme dans le monde. Selon l'étude Obépi-Roche réalisée en 2020, 17% des Français sont obèses et 30,3% sont en surpoids. Il existe une disparité en fonction des régions, le Nord et l'Est de la France sont les plus touchées : 20,2% des personnes de la région Grand-Est sont obèses (2).

La grossophobie est définie comme l'ensemble des attitudes de discrimination envers les personnes en surpoids ou obèses (3). Les discriminations peuvent toucher différents domaines de la vie quotidienne : le travail, l'éducation, les relations sociales mais également la santé. De nombreux témoignages de patients relatent que les professionnels de santé peuvent être stigmatisants (4). Dans le livre « Gros n'est pas un gros mot » écrit par Daria Marx et Eva Perez-Bello, une patiente témoigne « *Je suis venue pour une angine, je suis repartie avec une ordonnance pour un by-pass. J'avais toujours mal à la gorge* ». On peut donc se questionner sur les échanges qui se déroulent lors du huis-clos des consultations médicales.

Plusieurs études se sont intéressées aux représentations des médecins généralistes à propos des patients en surpoids ou obèses. Le médecin généraliste, en connaissant le patient et son environnement, est considéré comme étant au cœur de la prise en charge de l'obésité. Néanmoins, les médecins généralistes éprouvent des difficultés de communication, d'organisation ou de création d'une relation de soins. Certains se sentent mal à l'aise et

trouvent le sujet délicat. Beaucoup trouvent qu'il s'agit d'une situation chronophage et sont insatisfaits de leur prise en charge. Ils expriment aussi quelques fois des jugements péjoratifs à l'égard des patients, estimant que ces derniers sont responsables de leur condition et que leur manque de motivation est le frein principal à leur perte de poids (5–7).

Les patients, quant à eux, accordent une grande importance à la relation de confiance avec leur médecin traitant. Ils veulent pouvoir communiquer avec lui, exprimer leur vécu et sont en attente d'un accompagnement au long cours. Certains patients se plaignent d'un manque d'empathie, de propos pouvant être blessants et de conseils se limitant aux règles hygiéno-diététiques qu'ils connaissent déjà (8,9). Malgré cela, d'après la thèse de Clara Pons (10), l'abord du poids en consultation était bien vécu par la majorité des patients interrogés.

Les internes de médecine générale réalisent plusieurs stages d'une durée de six mois chacun en milieu hospitalier mais également en cabinet de ville. L'interne intervient donc de manière ponctuelle dans l'histoire médicale du patient. C'est une personne extérieure à la relation de soins préalablement établie entre le médecin traitant et son patient. On peut donc se demander si les internes ont les mêmes ressentis que leurs aînés sur le sujet et comment se déroule cette rencontre.

L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations des internes de médecine générale d'Alsace à propos des personnes en surpoids et obèses et la façon dont ils abordent le sujet avec les patients en consultation.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

L'exploration des représentations et l'abord du surpoids et de l'obésité en consultation par les internes de médecine générale d'Alsace a été réalisée grâce à une étude qualitative.

2. Population

La population étudiée concernait les internes de médecine générale d'Alsace.

Le recrutement s'est fait par le biais des réseaux sociaux (Facebook) et par connaissance directe (amis, anciens co-internes rencontrés en stage, membres du groupe de tutorat).

Les critères d'inclusion étaient d'être interne en médecine générale, en Alsace, titulaire d'une thèse ou non.

3. Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-dirigés collectifs appelés aussi focus groups (FG).

Un guide d'entretien a préalablement été élaboré. Il comportait un nombre limité de questions ouvertes, le but étant de structurer l'échange tout en permettant une liberté d'expression aux participants. Ce guide a été modifié partiellement entre le premier et le deuxième entretien. Une question a été ajoutée pour connaître les motivations des internes quant à leur participation aux FG. Cela permettait de se renseigner de l'intérêt porté par les internes à la thématique (Annexe 1 et 2).

Les FG ont été réalisés durant la période d'août à octobre 2022. Il y a eu trois sessions : la première a réuni sept personnes, la seconde six et la troisième cinq. Elles se sont déroulées au domicile de l'investigatrice principale (CH) et en début de soirée. La durée des échanges

était en moyenne de 1h15min. Lors de la première session, les échanges ont été animés par l'une des investigatrices (CD). Les deux suivants l'ont été par une interne de médecine générale ayant elle-même participé au premier FG. L'investigatrice principale a été observatrice de l'intégralité des échanges dans le but de renseigner le non verbal et le contexte.

L'introduction des FG consistait en une explication brève du thème. Le déroulement de l'entretien était ensuite énoncé. Chaque participant était prévenu que son anonymat serait respecté dans le travail final et donc qu'il pouvait s'exprimer librement. Il était demandé aux intervenants de se présenter puis d'annoncer oralement leur consentement à participer à cette étude.

Les FG ont été enregistrés avec un smartphone et un dictaphone pour éviter la perte de données.

4. Analyse des données

La retranscription des FG a été réalisée sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word) en intégralité à partir des enregistrements audios. Les réactions et les informations non verbales ont été ajoutées à la retranscription entre parenthèses. Les intervenants ont été numérotés de « Participant 1 » (P1) à « Participant 18 » (P18) et ont été reliés à leur FG d'origine (FG1 à FG3).

Le verbatim a ensuite été analysé selon une approche phénoménologique (11). Les grandes idées qui se sont dégagées ont été classées dans un tableau en catégories et sous-catégories.

Le codage initial obtenu a été confronté à l'analyse d'une personne expérimentée en méthodologie qualitative (CD) pour permettre une triangulation des données. Les catégories ont pu ainsi être ajustées dans un second temps.

Le recueil de données a été interrompu après le troisième FG car aucune nouvelle idée n'a émergé à l'analyse du verbatim. Nous avons considéré avoir atteint une quantité suffisante de données pour l'exploration de notre sujet.

5. Aspects éthiques et réglementaires

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée en amont de l'étude.

III. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

	Sexe	Semestre d'internat de médecine générale	Externat	Formation/stage
Participant 1	F	6 ^{ème} semestre	Strasbourg	Non
Participant 2	F	6 ^{ème} semestre	Nancy	Non
Participant 3	F	6 ^{ème} semestre	Tours	Non
Participant 4	F	6 ^{ème} semestre	Strasbourg	Non
Participant 5	M	6 ^{ème} semestre	Nancy	Non
Participant 6	M	6 ^{ème} semestre	Strasbourg	Non
Participant 7	F	6 ^{ème} semestre	Strasbourg	Non
Participant 8	M	6 ^{ème} semestre	Strasbourg	Non
Participant 9	M	6 ^{ème} semestre	Strasbourg	Non
Participant 10	F	6 ^{ème} semestre	Tours	Oui
Participant 11	F	6 ^{ème} semestre	Nancy	Non
Participant 12	F	6 ^{ème} semestre	Nancy	Non
Participant 13	F	6 ^{ème} semestre	Strasbourg	Oui
Participant 14	M	6 ^{ème} semestre	Rennes	Non
Participant 15	M	6 ^{ème} semestre	Strasbourg	Non
Participant 16	F	6 ^{ème} semestre	Strasbourg	Non
Participant 17	M	6 ^{ème} semestre	Nancy	Non
Participant 18	F	6 ^{ème} semestre	Nancy	Non

Dix-huit internes ont participé à cette étude.

La notion d'expérience antérieure dans le domaine du surpoids et de l'obésité a été recherchée en demandant aux participants s'ils avaient déjà réalisé un diplôme universitaire notamment en nutrition ou un stage en endocrinologie ou diabétologie. Deux participantes avaient effectué un stage en médecine polyvalente et diabétologie.

2. Surpoids et obésité dans la société

2.1. Prévalence

L'obésité était une situation fréquemment rencontrée en médecine générale par les internes interrogés. Une personne mentionnait la situation particulière de l'Alsace.

- *« Et puis, l'obésité elle explose. Moi j'ai jamais vu autant de... De gamins obèses hein... J'en ai jamais vu autant. Il y en a partout. » (P8, FG2)*
- *« C'est quelque chose qu'on voit fréquemment et d'autant plus en Alsace où c'est vrai que... On a beaucoup de surpoids (rires). Donc c'est bien de savoir l'aborder, d'en discuter. » (P16, FG3)*
- *« Alors moi, c'est parce que l'obésité, on en rencontre tous les jours. Enfin la question du poids en tout cas. On en rencontre tous les jours en médecine générale. Et c'est intéressant. » (P14, FG3)*

2.2. Norme

La personne obèse est considérée comme « hors norme » dans notre société occidentale. L'image véhiculée de la personne en surpoids ou obèse est péjorative. Elle est celle d'une personne de faible niveau social, sédentaire et s'alimentant mal. Du fait de ces représentations sociétales, le sujet du poids était considéré comme sensible et délicat à aborder par les internes.

- *« Dans la société, on sait un peu... Il y a un peu la norme comme on a dit, c'est assez normé. Donc je pense que la plupart des gens se rendent compte quand même quand ils sortent entre guillemets de cette norme. » (P4, FG1)*
- *« C'est un sujet qui est tabou, mais même pas que sur le plan médical mais vraiment sociétal. » (P11, FG2)*
- *« Moi je pense que c'est mal vu par exemple plus que le cancer, parce qu'ok le cancer c'est triste, mais enfin c'est pas mal vu par la société. Alors que l'obésité c'est un petit peu synonyme de... Enfin c'est un sujet de moquerie, c'est... je pense un peu dans la tête des gens, bah c'est un peu plus synonyme de bas milieu social, je sais pas de fainéantise... » (P18, FG3)*
- *« De manque d'intelligence, enfin de gens un peu plus idiots. Enfin j'ai l'impression qu'il y a un peu ouais ce parallèle qui est fait. C'est pour ça que c'est autant difficile à aborder. » (P18, FG3)*

2.3. Scolarité

Les enfants en surpoids ou obèses sont confrontés assez tôt à des épisodes de discrimination ou de moqueries notamment dans les cours de récréation. Il peut être intéressant de poser la question en consultation.

- *« J'ai demandé « Mais à l'école tout va bien ? ». Je me suis dit est-ce qu'il y a... Des moqueries, des choses comme ça. » (P8, FG2)*
- *« Au niveau de sa scolarité, il y avait un impact ? Parce qu'ils sont quand même cruels des fois entre eux. » (P8, FG2)*

2.4. Intra-familiale

La discrimination peut également être présente dans le cercle familial. On retrouve aussi cette notion de norme intra-familiale avec une personne qui peut être moquée ou rejetée car considérée comme hors norme par rapport aux autres membres de sa famille. Elle peut donc être aussi victime de brimades de la part de ses proches.

- *« Et je pense que c'est d'autant plus dur à l'adolescence. Avec les ados qui sont fragiles. D'abord ça en plus. Parce que potentiellement, il y a déjà de la famille qui leur a dit. » (P10, FG2)*
- *« Les oncles, les grands-parents qui sont pas très délicats. Et plus ou moins les copains de classe. » (P10, FG2)*
- *« C'est très « touchy » comme terrain en fait. Tout ce que tu peux dire, ça peut blesser le patient d'une force parce qu'il a déjà entendu toute sa famille le dire, ses frères et sœurs. » (P14, FG3)*

2.5. Média

Le poids est un sujet d'actualité que ce soit à la télévision, dans les magazines ou sur les réseaux sociaux. Le fait de comparer son propre corps avec les images diffusées par les médias peut entraîner des sentiments négatifs et dévalorisants. Cependant, on voit émerger de nouveaux courants de pensée comme le « Body positive » qui prône l'acceptation de tous les types de corps.

- *« Et puis faut pas oublier que c'est la génération Instagram hein. Il y a le culte de l'image à mort. » (P8, FG2)*
- *« Enfin même si maintenant, on commence un peu plus à se dire « Attendez, on n'a pas besoin forcément d'être un fil de fer pour avoir le droit de poser en photo ». Bah tu*

restes quand même sur une représentation sociale du poids qui est omniprésente. »

(P9, FG2)

- *« De temps en temps, on peut avoir des réactions assez brutales. Et vu qu'il y a beaucoup de « Body shaming » en ce moment, moi je suis plus pour le « Body positive ». » (P16, FG3)*

Les médias permettent également de diffuser des campagnes de prévention à destination de la population générale qui prônent une alimentation plus saine et une augmentation de l'activité physique dans le but de lutter contre l'obésité.

- *« Mais après, ça c'est le domaine de la santé publique avec les pubs à la télé... » (P10, FG2)*
- *« C'est écrit à la télé, c'est écrit dans toutes les revues. » (P4, FG1)*

3. Prévention

3.1. Le surpoids chez l'enfant

Les internes abordaient spontanément la question des enfants lorsqu'on les interrogeait sur le surpoids et l'obésité. Le fait de pouvoir s'appuyer sur les courbes de croissance semblait être une aide pour eux.

À travers le nombre d'expériences partagées, on constate que c'est une situation fréquente en consultation. Les autorités de santé sont également préoccupées par le surpoids et l'obésité chez l'enfant d'où l'existence d'une cotation spécifique en médecine générale pour favoriser la prise en charge dès l'enfance.

- *« Mais j'ai plus de facilité à l'aborder avec les enfants. En pédiatrie, quand les parents sont présents. Ça je trouve que c'est plus facile parce que c'est moins direct. » (P2, FG1)*

- *« Mais surtout pour les enfants, je pense qu'on a aussi un grand rôle de prévention par rapport aux enfants... Qui s'orientent sur une courbe... Qui sont en surpoids dès le plus jeune âge. » (P1, FG1)*
- *« Déjà, c'est pas pour rien qu'on a une cotation pour les enfants obèses. Donc c'est qu'ils s'attendent à ce que l'on en parle déjà dès l'enfance. » (P8, FG2)*

3.2. Parallèle avec l'alcool et le tabac

Le fait d'être en surpoids ou obèse est considéré comme une situation à risque. Les habitudes de ces patients sont jugées néfastes pour leur santé. Un parallèle est fait avec l'alcool et le tabac dans l'abord du sujet et dans la nécessité d'obtenir la motivation du patient pour entreprendre un changement.

On peut observer qu'il y a, comme pour le tabac, une notion de conseil minimal. Le sujet était abordé et le patient pouvait décider s'il voulait poursuivre la conversation ou non.

- *« Enfin quand sa tension était réglée, on a reparlé de tout ça, de tous les facteurs de risque, l'alcool, le diabète, le poids, enfin tout ça. Et du coup, là c'était pas compliqué de parler du poids parce que ça rentrait vraiment dans la prise en charge de tout, de tout ce qui n'allait pas. » (P10, FG2)*
- *« Enfin je trouve que c'est un peu la même chose que la cigarette au final pour moi en consultation. C'est quand vous serez prêt pour en parler, on peut en parler. J'ai de quoi vous aider. » (P12, FG2)*
- *« Alors, contrairement à vous, le poids c'est un truc que j'aborde jamais frontalement. Parce que je considère que c'est comme le tabac, ils le savent que c'est mauvais pour la santé, on leur a déjà rabâché quinze fois. De toute façon, les taper ça sert à rien et c'est rarement... » (P16, FG3)*

3.3. Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est considéré comme l'acteur de premier recours en ambulatoire. Les internes estimaient qu'il fallait aborder le sujet du poids avec les patients en consultation dans un but préventif.

- *« Le premier recours. On a un rôle de prévention... Donc le poids, faudrait peut-être qu'on l'aborde. Donc ouais, on a une place centrale là-dedans. » (P3, FG1)*
- *« Mais faut aussi laisser le temps au temps. Et savoir inversement agir en amont notamment chez les enfants effectivement. » (P5, FG1)*
- *« C'est pas uniquement effectivement une problématique de... Seulement d'alimentation, d'activité physique, c'est beaucoup plus que ça. Et s'il y a bien une personne qui est au carrefour de tous ces domaines-là, c'est le généraliste. Et je pense pas que ce soit un autre médecin. » (P15, FG3)*

4. Causes du surpoids et de l'obésité

4.1. Médicales

Le déséquilibre de la balance entrées-sorties correspond à un nombre de calories consommées supérieures à celles dépensées. Ce concept reste une représentation très présente et est considéré comme étant la cause principale du surpoids et de l'obésité. Cependant, les internes abordaient d'autres étiologies comme la génétique ou l'intrication psychologique, reconnaissant l'origine multifactorielle du surpoids et de l'obésité.

- *« C'est vrai que des fois la cause de l'obésité, elle peut être par exemple psychologique. Et tant qu'on n'a pas abordé ce facteur de cause à effet finalement, il n'y aura pas de déclic ou il y aura pas de solution. » (P5, FG1)*
- *« Mais je pense qu'elle avait une obésité qui était liée un peu à de la génétique. Parce que ça se voyait qu'elle avait des formes mais pas spécialement... » (P12, FG2)*

- *« C'est aussi notre rôle d'abord d'éliminer tout ce qui est somatique avant de se dire bon c'est que la conséquence de problème... » (P16, FG3)*
- *« C'est totalement plurifactoriel le surpoids et l'obésité. » (P16, FG3)*

4.2. Événements de vie

Les témoignages de patients relatés par les internes montraient qu'ils pouvaient vivre divers événements déclencheurs d'une prise de poids comme un deuil, une séparation ou encore un conflit au travail. Le mode de vie propre à l'individu et ses habitudes quotidiennes peuvent également expliquer la surcharge pondérale. On peut citer la sédentarité, le travail posté, l'isolement social etc.

- *« Enfin c'est une dame qui avait divorcé il y a pas trop longtemps. Elle me disait qu'elle sortait plus de chez elle et je pense qu'elle avait plus trop d'activités en dehors. » (P7, FG1)*
- *« Je pense que c'est plus une conséquence d'un mal-être au boulot. Parce que comme dis, quand il a commencé son boulot, il était pas en surpoids... » (P9, FG2)*
- *« Je veux dire, c'est clair que s'il a pris 30 kilos après le décès de sa mère, le mec tu peux lui dire ce que tu veux, il faut un peu le comprendre. » (P8, FG2)*
- *« Mais généralement, c'est alimenté par plein d'autres facteurs. Et entre autres, le personnel, les choses comme ça, les éléments de vie... Et justement, on a beaucoup parlé là-dessus. Et pas que de l'alimentation aussi, mais aussi du sommeil, du moral, de comment va le travail, de voir si elle prenait des toxiques aussi. » (P16, FG3)*
- *« Parfois ils ont pas trop réfléchi parce qu'ils travaillent, qu'ils ont des enfants... Ils ont moins le temps. Mais des habitudes comme ça qui sont plus trop questionnées finalement et qui... En fait parfois en changeant juste quelque chose petit à petit... C'est moins considéré comme des efforts du coup. » (P4, FG1)*

5. Conséquences attribuées à l'excès de poids

5.1. Facteurs de risques

Le surpoids et l'obésité étaient peu différenciés par les internes interrogés et régulièrement mis au même niveau. Ils considéraient que ces deux situations étaient à l'origine de nombreuses pathologies.

- *« Mais il y a tellement de pathologies qui sont liées au surpoids. » (P8, FG2)*
- *« Moi je le note quand je fais un courrier pour l'adresser au cardio généralement. Je mets les facteurs de risque. Et du coup, bah je fais apparaître l'obésité dedans. » (P1, FG1)*
- *« Et de leur demander s'ils sont au courant des... Un peu des effets indésirables du surpoids ou de l'obésité. » (P14, FG3)*

5.2. Complications somatiques

Les complications les plus fréquemment citées étaient l'hypertension, le diabète et l'hypercholestérolémie. Les troubles ostéoarticulaires dont les gonalgies et les lombalgies étaient également mentionnés. Les internes abordaient aussi le fait que l'obésité entraîne, outre ces pathologies, des difficultés à se déplacer.

Un interne parlait même d'une diminution de l'espérance de vie.

- *« Et ouais, il avait des douleurs aux genoux le gamin, c'était ça le truc, il avait des douleurs aux genoux. » (P2, FG1)*
- *« Bah au début, j'étais gênée parce que j'osais pas... Enfin, lui demander pourquoi. Et c'est juste ce moment où... Je voyais bien qu'elle avait des difficultés à se mouvoir, à se mettre sur la table de consultation... » (P12, FG2)*

- « *Parce que normalement du coup, pour pouvoir ensuite classer de s'il doit être réformé ou pas, tu es censé regarder si l'obésité est compliquée ou pas. Donc hypertension, diabète, cholestérol, tout ça.* » (P9, FG2)
- « *Et même quand j'ai abordé des thématiques un peu... Un peu plus grave. Je lui ai dit « Mais vous avez pas peur qu'il meurt plus jeune ? ». »* » (P8, FG2)

5.3. Anomalies biologiques

Les internes s'appuyaient souvent sur les résultats biologiques pour parler du surpoids et de l'obésité avec les patients. Le fait d'avoir accès à des données chiffrées semblaient leur apporter une aide pour aborder le sujet. Ils s'attendaient même à trouver des anomalies sur les bilans sanguins.

- « *Et qui venait du coup pour la lecture de sa prise de sang qui datait d'il y a quand même plusieurs mois auparavant. Et il y avait une franche dyslipidémie.* » (P11, FG2)
- « *Et l'hyperglycémie du coup à la prise de sang, forcément.* » (P10, FG2)
- « *Quand il a vu sa prise de sang... Il a bien vu qu'il y avait plein de choses qui n'allaient pas et qu'il fallait que ça change tout de suite quoi. En plus, il avait un bilan hépatique très perturbé du coup avec une grosse cytolyse et cholestase.* » (P10, FG2)

5.4. Répercussions psychiques

Le vécu rapporté par les internes pouvait être extrêmement différent selon les patients. Certains patients étaient ou paraissaient à l'aise avec leur poids sans ressentir de perturbations dans leur vie quotidienne.

- « *Non. Il était plutôt bien dans ses baskets.* » (P2, FG1)
- « *Bah lui ça le dérange pas plus que ça.* » (P9, FG2)
- « *Parce qu'il y en a qui sont bien dans leurs peaux.* » (P16, FG3)

- *« Mais après, est-ce que quelqu'un en surpoids qui est super bien dans sa tête, qui va super bien, qui effectivement fait à priori tout ce qui faut, est-ce qu'on n'aurait pas tendance à lui dire « Bon bah ok ». » (P16, FG3)*

Certains patients, au contraire, éprouvaient un profond mal-être. Un des internes interrogés était en situation de surpoids et exprimait que lui non plus n'aimait pas parler de son poids.

- *« Après je sais que c'est un sujet qui peut être un peu... un peu sensible. Moi clairement, je sais que je suis aussi obèse. Donc voilà, c'est pas le truc... Le genre de truc où j'aime trop parler aussi... Parler de mon poids. » (P6, FG1)*
- *« J'ai vu que c'était un vécu compliqué. Que montrer son corps avec son poids, c'était compliqué par exemple. Voilà. » (P12, FG2)*
- *« Que ça pesait sur elle. » (P12, FG2)*
- *« Et en grande détresse par rapport à ça quoi. Parce que dès qu'elle a évoqué le sujet, il s'est fermé comme une huître. Et il était vraiment, quand je dis en pleurs, c'était vraiment en pleurs quoi. » (P11, FG2)*
- *« Enfin vu comment elle était touchée par ça, je voyais que ça la peinait et qu'elle avait pas décidé d'être comme ça. Et qu'elle n'était pas dans l'acceptation d'être comme ça. Je pense qu'elle en souffre quoi. » (P12, FG2)*

6. Différence de représentations

6.1. D'un patient à l'autre

Les internes interrogés étaient conscients du fait que le surpoids et l'obésité n'étaient pas vécus de façon identique selon les patients.

- *« Peut-être après qu'il avait... Le fait de voir ses parents qui étaient aussi costauds... Peut-être ses frères et sœurs qui étaient aussi costauds... Je sais pas je les ai pas vu. C'était peut-être sa norme aussi hein. » (P8, FG2)*
- *« Et puis généraliser, on peut dire « Voilà. Vous êtes très bien ». Des fois ils sont pas... Ils ont un tout petit surpoids et ils en sont hyper gênés alors qu'il y a des personnes hyper obèses qui n'ont aucun problème avec ça. » (P12, FG2)*
- *« J'ai vu d'après les antécédents voilà, qu'elle avait sûrement un biais de perception de son image hein. Parce qu'elle, elle pensait... Elle était toujours focalisée sur des détails... Sur son ventre, alors qu'il était classique. Elle comparait ça à un ventre de femme enceinte etc. » (P17, FG3)*

6.2. Patient versus corps médical

La consultation met en opposition deux points de vue, celui du patient et celui du médecin. Les membres du corps médical réfléchissent aux complications potentielles lorsqu'ils reçoivent en consultation une personne en surpoids ou obèse. Les patients ont, quant à eux, un point de vue plus intime de leur poids, avec notamment l'image qu'ils renvoient.

- *« Et du coup, quand tu commences à parler poids avec des patients, bah t'as aussi une confrontation de leur représentation de leur corps, de la société, de toi avec ton schéma médical et du coup... » (P9, FG2)*
- *« T'as pas envie qu'on te dise qu'en fait le truc qui est pour toi purement corporel en fait, ça peut devenir pathologique. Parce qu'en fait, c'est pas comme une hypertension qui pour le coup est pathologique. Ton surpoids en fait, c'est ton poids, c'est ton corps tu vois, c'est ta personne. Et tu veux pas forcément que ça rentre dans la sphère de la maladie. » (P9, FG2)*

- *« C'est pas une question de regard de société sur le poids ou de l'image corporelle, de l'estime de soi, ça n'a rien à voir pour moi. C'est une question médicale. Parce que ça peut amener à différentes conséquences et parfois certaines causes pour lesquelles... Voilà, ça c'est dans le second temps. » (P15, FG3)*
- *« « Touchy » en fait. C'est qu'à la fois on a envie que les gens soient bien dans leur corps et qu'ils s'acceptent tels qu'ils soient. Et en même temps on aimerait quand même qu'ils soient en meilleure santé et le plus longtemps possible. » (P16, FG3)*
- *« Enfin t'as beaucoup moins ce ressenti des complications possibles du surpoids par rapport à d'autres choses. Dans le sens où bah... T'as régulièrement des patients qui viennent et qui disent « Ouais j'ai peur d'avoir du diabète parce que j'arrête pas de boire des boissons sucrées » chez des personnes qui sont en surpoids. Et tu te dis... Mais en fait, ils pensent pas que leur surpoids peut être une cause aussi du diabète. Pour eux c'est forcément parce qu'ils boivent du sucré, ils mangent des trucs sucrés et tout. Et on se représente pas forcément dans le... Dans le cercle pas médical, on se représente pas forcément le fait que le surpoids peut avoir des complications autres qu'avoir mal aux genoux quoi. C'est aussi ça le problème. » (P9, FG2)*

6.3. Interne versus médecin généraliste

Les différences de perceptions ne touchaient pas seulement les patients entre eux. Il existait aussi des divergences générationnelles au sein du corps médical, les médecins généralistes et les internes n'étant pas toujours d'accord sur le sujet. Ces différences d'opinions étaient confrontées au cours des stages ambulatoires lors du cursus de l'interne.

Les avis divergeaient également entre les médecins généralistes. Certains étaient pro-actifs au point de risquer d'être blessant avec les patients, d'autres considéraient qu'il n'était pas nécessaire de confronter le patient à son poids.

- *« C'est un peu le vieux médecin très paternaliste. Donc du coup, il dit les choses il a raison. Et du coup, ses patients, ils disaient pas grand chose du coup au final. » (P6, FG1)*
- *« Bah moi j'avais un prat' en tant que SASPAS, il était vachement focalisé là-dessus. Et du coup j'avais... La première fois que je l'ai vu, on a fait une demi-journée ensemble le temps de connaître le fonctionnement du cabinet et tout. Et on a eu un ou deux patients en surpoids et il rentrait quand même... Il était vachement brut par rapport à ça. » (P6, FG1)*
- *« Et il disait « Ah mais oui. Cet enfant, il est sédentaire, ça se voit ! ». Il lui a pincé les... (en pinçant le ventre de sa voisine) les bourrelets en disant « Bah oui hein, ça se voit. Il est sédentaire ». Moi j'étais « Oh là là c'est pas possible ! » (rires). » (P3, FG1)*
- *« Et quand j'ai fait le debrief du coup le soir avec mon prat', il m'a dit « Mais écoute de toute façon, c'est comme ça. Il y a des gens qui sont gros et qui aiment être gros. Donc qui voudront pas faire d'efforts, ils vivent très bien comme ça ». » (P11, FG2)*
- *« On en a parlé avec mon prat' qui lui l'aborde complètement différemment. Il se dit que les gens qui sont en surpoids, ils savent qu'ils sont en surpoids et ça sert à rien de mettre les pieds dedans parce qu'ils sont au courant. » (P14, FG3)*

6.4. Questionnements sur la pratique

Toutes ces représentations et avis divergents sur la question du poids, que cela soit entre les patients ou avec les médecins généralistes, poussaient les internes à se remettre en question. Ils s'interrogeaient souvent sur le bien-fondé de leurs interventions et de leur pratique. Les internes, qui sont au début de leurs vies professionnelles, pouvaient ressentir plus de doutes que leurs aînés au cours de ces consultations.

- *« Pareil je pense que c'est pas quelque chose que je note spontanément dans les antécédents. Parce que ça ne me vient pas à l'esprit en fait. Alors qu'on pourrait le considérer comme un antécédent. » (P7, FG1)*
- *« Alors c'est pas vraiment que je me questionne sur la légitimité de l'interne de prendre un poids ou de parler de ça, mais c'est plus dans le... Dans l'insistance. Et du moment qu'on voit que ça braque. Est-ce qu'il faut insister vraiment pour creuser et aller au-delà des choses même si on sent que ça braque un peu ? Ou est-ce qu'il faut passer le relais au médecin en fait traitant qui le suit plus souvent ? » (P11, FG2)*
- *« Est-ce que c'est grave ? Le poids ? » (P12, FG2)*
- *« Mais c'est vrai que du coup, pendant la séance de tutorat à ce moment-là, quand ma prat' et ma tutrice qui ont dit « Je trouve que ça se fait pas de peser les patients tout le temps ». Bah je me suis dit « Est-ce que c'est bien ce que je fais ? ». » (P11, FG2)*
- *« Moi j'ai un gros ressenti sur ça. J'ai peur d'être grossophobe des fois quand je parle alors que les gens ils sont au courant et c'est pas si grave. » (P14, FG3)*

7. Abord du poids

7.1. Motif de consultation

Le poids était rarement le motif initial motivant la consultation. Il apparaissait au décours de l'échange, que cela soit à l'initiative du patient ou de l'interne, spontanément ou en lien avec le motif premier de consultation.

- *« Là elle venait pour le renouvellement de son traitement. » (P7, FG1)*
- *« Mais là on parle de consulter mais... Sachant que c'est déjà très rare qu'ils consultent pour leur poids en fait. Ils consultent toujours pour autre chose. » (P11, FG2)*

- *« Et donc ouais, la question du poids qui était absolument pas la thématique de base hein. A la base, il venait encore une fois pour récupérer ses traitements. Elle est devenue au final peut-être la conclusion de cette consultation. » (P15, FG3)*
- *« Je regarde il y avait une otite moyenne aigue. Donc ça, c'était pas trop dur. Et après on a abordé... Enfin moi j'ai abordé la question de son poids. » (P14, FG3)*

7.2. Décider ou non d'en parler

Le fait de considérer le surpoids et l'obésité comme un sujet sensible pouvait entraîner une absence totale d'initiation de la conversation autour du poids. L'interne pouvait se sentir mal à l'aise durant la consultation, ou alors ne pas se sentir concerné, et donc choisir de ne pas en parler.

- *« Euh, moi en fait le poids, je l'aborde pas trop avec... Déjà pas trop en consultation de manière générale. Pas trop avec les adultes parce que souvent en fait, ils savent. » (P2, FG1)*
- *« Et ça les met mal à l'aise ou ils ont pas forcément envie d'en parler. Alors s'ils abordent pas le sujet d'eux même, je le branche pas forcément. » (P2, FG1)*
- *« Donc soit il faut vraiment un motif de consultation où je me dis qu'une perte de poids pourrait vraiment l'aider... Je me permets un peu de l'aborder ou si la personne l'aborde mais sinon je dis rien » (P4, FG1)*

Au contraire, certains internes évoquaient le fait qu'ils abordaient le sujet et laissaient le patient décider s'il voulait poursuivre ou non la discussion. Les questions ouvertes étaient utilisées comme une technique de communication dans ces situations.

- *« Bah je pense que l'aborder une fois de temps en temps c'est bien pour parfois donner conscience. Parce que des fois les gens... Enfin si, ils le savent mais ça fait partie d'eux-*

mêmes et ils savent plus forcément les risques par rapport à la santé aussi. Et ça laisse surtout la porte ouverte pour en discuter s'il en a envie... » (P1, FG1)

- *« Et puis je dis « Oh bah vous avez pris un peu de poids ! » ou « Oh votre poids, il est un peu élevé mais vous, vous avez envie d'en perdre ? Ou pas ? » ou je pose la question plutôt « Vous faites de l'activité physique ? ». Et là il parle un petit peu. Soit ils ont envie soit je vois qu'ils sont braqués, je me dis « Bon je vais pas insister ». C'est quand ils ont envie d'en parler, ils en parlent. S'ils ont pas envie, ils en parlent pas puis c'est pas grave... » (P12, FG2)*
- *« J'avoue que je l'aborde quasi systématiquement à chaque consultation. Donc après... On rentre dans les détails ou pas. Mais le poids ça fait partie d'un élément essentiel pour moi dans la majorité des consultations. » (P15, FG3)*
- *« Mais après parfois l'aborder aussi comme une sorte d'entretien motivationnel aussi de façon très ouverte. Et comme ce que tu disais en fait « Comment vous percevez votre poids ? Comment vous vous sentez aussi tout simplement ? ». » (P16, FG3)*
- *« Non, il faut l'évoquer. Et alors s'il y en a qui se voilent la face, il faut pas les confronter et les fermer mais il faut en parler. » (P8, FG2)*

Il existait également des freins qui compliquaient l'abord du surpoids et de l'obésité. Les internes pouvaient éprouver de la gêne mais craignaient surtout de blesser ou de braquer le patient.

- *« Et puis, j'avais envie de lui dire pour son surpoids mais je savais pas comment lui dire sans la blesser. » (P12, FG2)*
- *« Et j'essaye même de faire en sorte que ça vienne de la part du patient, en fait. Que moi... Parce que j'ai peur justement du contre-coup. Moi j'ai pas envie qu'on me le retoque à la face en me disant « Je sais. N'en rajoutez pas ». » (P16, FG3)*

- *« Le sentiment que j'ai c'est la plupart du temps quand je l'aborde, bah les gens oui ils sont déjà au courant qu'ils sont en surpoids ou obèse. Donc j'ai pas l'impression que je fasse vraiment avancer les choses. » (P18, FG3)*

Le fait de pouvoir s'appuyer sur un élément annexe ou rebondir sur une situation semblait plus facile pour aborder la question du poids plutôt que de rentrer directement dans le vif du sujet.

- *« Alors souvent ce que je fais en même temps, c'est quand je les examine, je leur demande toujours s'ils ont une activité physique. Et du coup, par eux-mêmes ils vont dire « Bah c'est vrai que je pourrais en avoir un peu plus parce que j'ai pris du poids récemment ». Et du coup là, ça permet de commencer la... La consultation. Enfin la consultation, d'aborder le poids quoi. » (P10, FG2)*
- *« Enfin soit je l'amène à partir de pathologies qui en découlent. » (P16, FG3)*
- *« Mais arriver à que ce soit sur un fait médical, le motif de consultation, sur des questions de prévention, la revue des antécédents, la discussion autour de situations de vie... Il y a mille et une manières d'aborder ça. » (P15, FG3)*
- *« Puis même, t'as d'autres leviers pour parler du poids que le poids en lui-même. » (P12, FG2)*

Les internes, au fur et à mesure des consultations vécues, éprouaient la sensation que le sujet avait souvent été abordé dans le parcours médical de ces patients. Cette impression de sujet répétitif venait également compliquer l'évocation du poids.

- *« Comme si on lui avait souvent répété les mêmes choses. Enfin ça c'est mon interprétation. Mais dans le ton qu'il avait, sur le « Oui je sais ! ». Ça voulait sûrement dire qu'on lui avait répété ces choses... » (P3, FG1)*

- *« On sait pas si ça a déjà été abordé ou pas. Et que ça peut être justement pris de manière... Enfin mal pris... Et que le patient peut se fermer derrière parce que ça a déjà été abordé, que c'est abordé à chaque fois. Et qu'on est pas légitime pour ça. » (P1, FG1)*
- *« Souvent c'est des gens... Après ils vont te répondre « Oui bah je sais, le docteur il me le dit tout le temps » et puis... » (P17, FG3)*
- *« Comme si c'est quelque chose qu'ils apprenaient hein. Moi j'ai l'impression qu'en tout cas, je suis encore un énième entre guillemets « relou » qui va rappuyer dessus. » (P17, FG3)*

7.3. L'initiative du patient

Le patient pouvait aborder spontanément le sujet dans le but d'anticiper ou de court-circuiter le moment où l'interne allait en parler. Les internes trouvaient ce cas de figure plus simple. Ils estimaient que si la demande provenait du patient, un échange plus constructif pouvait alors se mettre en place et que découlerait par la suite une meilleure prise en charge.

- *« Il m'avait dit « Oui oui je sais, le poids » ou « Je suis en train de faire attention » ou « J'ai compris mais est-ce que on peut trouver autre chose ? » sans que moi en fait j'ai même pas encore abordé... Abordé ça. » (P4, FG1)*
- *« Et je crois que y'a déjà des patients qui m'ont vu regarder et dire « Oui oui je sais » alors que je regardais les vaccins, pas leur poids. Un peu pour anticiper la remarque. » (P4, FG1)*
- *« Je trouve que quand ça vient de leur part, c'est largement plus facile. Et au moins il y a un échange, il y a quelque chose qui se crée. Parce que sinon c'est le médecin qui dit ses trucs et le patient en face... » (P6, FG1)*

- *« Pour le coup, elle l'a abordé et moi j'ai rebondi dessus. Et voilà. Et aussi percevoir sa vision par rapport à la rééducation voir peut-être éventuellement aussi pour le conseiller, l'orienter pour d'autres patients. Donc c'était vraiment aussi pour avoir son expertise à elle. » (P16, FG3)*
- *« Bah après s'ils posent directement la question, je trouve que c'est plus facile de rentrer dans le sujet. Et du coup, là on peut vite aborder bah ce qu'ils mangent, l'activité physique... Et du coup, c'est plus facile de leur donner des conseils que... Juste le poids sur la balance et leur dire « Bah ça va pas. Faudrait faire ça ça ça ». » (P6, FG1)*

8. Des mots pour le dire

8.1. Apparence

Le surpoids ou l'obésité étaient parfois appréciés visuellement lors de la consultation même sans connaître le poids exact ou l'IMC de la personne. Les internes utilisaient divers adjectifs pour décrire le physique des patients rencontrés.

- *« « Normal plus » (rires). C'est horrible de dire comme ça. Mais non, elle n'était pas obèse. Elle était plutôt normale. Un peu enrobée, normale. » (P2, FG1)*
- *« Je me rappelle plus son poids ni son IMC mais l'obésité était quand même bien présente » (P6, FG1)*
- *« Maman qui était déjà aussi bien bien costaud donc voilà... » (P8, FG2)*
- *« Et donc là, elle était effectivement aussi clairement en obésité. Voilà pour le coup, c'était clair et net même sans prendre de mesures. » (P11, FG2)*
- *« 40 ans, à peu près. Il avait le faciès tout rouge. Il était pas obèse je pense. Il était en surpoids, pas loin de l'obésité. Un bon ventre à bière quoi. » (P10, FG2)*
- *« Et il est très clairement en surpoids manifeste. » (P15, FG3)*

8.2. Vocabulaire de l'interne

Le fait d'avoir conscience de son poids revenait fréquemment au cours des échanges avec les internes.

- « *Il sait je pense, il en a conscience.* » (P12, FG2)
- « *Les gens qui sont en surpoids important, ils le savent eux-mêmes.* » (P8, FG2)
- « *Je pense qu'il le savait* » (P15, FG3)

Les internes, le plus souvent, étaient attentifs aux termes qu'ils utilisaient. Le terme « obésité », mais surtout « obésité morbide », était teinté d'une connotation négative et stigmatisante selon eux. Ils avaient tendance à utiliser plutôt le terme de « surpoids » pour englober dans une même catégorie le surpoids et l'obésité, sans faire de distinction entre les deux.

- « *C'est vrai que des fois quand je note « obésité morbide » et que je sais que le patient va le voir, par exemple pour les courriers. Si le patient lit et je me dis voir « obésité morbide », en vrai c'est quand même dur comme terme. Enfin « morbide ». »* (P7, FG1)
- « *Surpoids. Je dis « surpoids », « Vous êtes en surpoids ». Parce que j'ai l'impression que dire « obèse », « Vous êtes obèse madame », c'est stigmatisant. Et j'ai peur qu'ils se braquent.* » (P10, FG2)
- « *Mais je suis d'accord, moi, « obèse », enfin dire « obèse » à un patient, je trouve que c'est un gros mot. J'ai pas envie de lui dire parce que j'ai l'impression que je l'insulte en face de lui. Mais c'est quand même un diagnostic.* » (P14, FG3)
- « *Mais c'est fou parce ce qu'on est... Moi, je me sens moins à l'aise de dire « obèse » que de dire que « Vous avez un cancer », tu vois.* » (P14, FG3)

Au contraire, une minorité d'internes n'avait aucun mal à employer ces termes et pensait même qu'il était important de les utiliser pour confronter les patients à ces mots.

- *« Mais je dis le mot. Je leur dis « Vous êtes en obésité, en obésité morbide ». » (P8, FG2)*
- *« Il y en a qui disent tout de suite « Je sais... Que j'ai du poids en trop. Je sais que je suis en surpoids ». Je leur dis « Non vous êtes plus qu'en surpoids, vous êtes en obésité ». » (P8, FG2)*

L'expression « faire attention » était fréquemment utilisée en consultation. Cela faisait partie des conseils standards donnés au patient et certaines fois cette formule n'était pas plus développée que ça. Les internes se rendaient compte que cela n'était pas suffisant.

- *« C'est peut-être de dire « Un peu attention », dans le sens prendre conscience de certaines choses qu'ils peuvent manger qui sont parfois automatique. » (P4, FG1)*
- *« Pour qu'il fasse un effort. » (P10, FG2)*
- *« Je l'aborde pas en mode « Bah vous êtes en surpoids, il faut perdre du poids. Faites attention à ce que vous mangez. » (P16, FG3)*
- *« Des fois on dit « Faut faire attention » et puis... Et voilà c'est une parole. On a fait notre job... » (P5, FG1)*

Utiliser des termes plus neutres semblait plus facile pour les internes. Le mot « poids » a été décrit dans plusieurs focus groups. L'obésité pouvait également être minimisée dans le but d'être moins moralisateur.

- *« Le numéro un quand j'aborde le sujet, à part dans une consultation dédiée qui est là pour ça, je vais parler du poids. Pas de surpoids, d'obésité ou de quoi que ce soit. « Le poids », « la pesée », « le pèse-personne ». » (P15, FG3)*
- *« Moi j'utilise toujours le mot « poids ». » (P14, FG3)*

- *« Moi pour parler du surpoids, enfin je dis jamais des trucs trop frontal. Mais souvent j'utilise des formules comme « On a un petit surpoids là » ou « On a quelques kilos en trop » de façon un peu... » (P17, FG3)*

8.3. Vocabulaire du patient

On constatait que la notion de savoir et d'avoir conscience de son surpoids se retrouvait également dans les dires des patients. L'expression « je sais » pouvait être utilisée comme une technique de défense de la part des patients pour ne pas approfondir le sujet.

- *« Effectivement, s'ils voient un interne différent tous les 6 mois, ils doivent en avoir marre qu'on rabâche les mêmes choses et c'est peut-être pour ça qu'ils arrivent en disant « Je sais ! ». » (P3, FG1)*
- *« Et je crois que y'a déjà des patients qui m'ont vu regarder et dire « Oui oui je sais » alors que je regardais les vaccins, pas leur poids. Un peu pour anticiper la remarque. » (P4, FG1)*
- *« Et il m'en a parlé en me disant « Oui je le sais, j'essaie de faire un effort, j'ai déjà vu... ». Il a abordé un peu le sujet en se braquant au début, en disant « Oui je le sais, je sais que je dois faire un effort, l'alimentation ça va pas, j'ai déjà vu une nutritionniste et tout... » (P3, FG1)*

Les internes, comme nous l'avons vu précédemment, éprouvaient quelques difficultés dans l'emploi des adjectifs associés au poids. Les patients, au contraire, semblaient moins précautionneux dans l'usage des mots qu'ils utilisaient pour décrire leurs propres physiques.

- *« Et je me suis dit « Comment je vais pouvoir lui dire aussi que c'est... ». Et quand j'ai lâché le mot, elle m'a dit « Bah oui vous pouvez le dire, je suis grosse ». » (P12, FG2)*

- *« Il y en a qui le dise même d'emblée. « Oui je suis en obésité grade 3 ». Je fais « Oh bah oui bon bah ok » (rires). » (P16, FG3)*

9. La pesée

9.1. Pesée systématique

De nombreux internes préconisaient une pesée systématique dans un but de prévention.

- *« Mais moi je pèse tout le temps. Même pour un petit truc. Bon sauf s'il est venu la semaine dernière... Pour un certificat et qu'il revient pour une angine quoi mais... » (P12, FG2)*
- *« Je l'ai fait passer sur la balance parce que de manière systématique, je prends tout le temps un poids aussi en consultation. » (P14, FG3)*
- *« Soit les patients, ils aimaient bien aller spontanément vers la balance ou soit je leur proposais. Mais même, quel que soit leur IMC en fait... Qu'ils soient minces ou pas. C'est toujours bien de contrôler le poids pour avoir une valeur de référence en cas de complications à l'avenir. » (P5, FG1)*

Au contraire, d'autres internes exprimaient qu'ils ne pesaient pas les patients à chaque consultation de peur de stigmatiser les individus en surpoids.

- *« Concernant le suivi, ça dépend. Je regarde généralement depuis quand était le dernier poids en fait. Et je fais en fonction. Je les fais pas monter systématiquement. » (P16, FG3)*

Une interne parlait d'un retour d'expérience qu'elle avait eu en discutant avec des médecins généralistes qui étaient contre la pesée systématique. Ils percevaient cela comme une injonction à monter sur la balance sans laisser le choix au patient.

- *« C'était stigmatisant. Et qu'en fait on se posait pas la question de si la personne avait un problème avec son poids ou pas. Qu'en gros on lui imposait « Bah maintenant c'est le moment de monter sur la balance ». Et qu'on se posait pas la question de comment elle allait le percevoir, est-ce qu'elle allait mal le vivre et que ça pouvait la braquer, et que du coup elle avait peut-être plus envie de consulter... » (P11, FG2)*

9.2. Pesée en fonction des pathologies

A l'opposé de la pesée systématique, certains préconisaient plutôt une pesée orientée selon le contexte. Le poids était une constante mesurée plus fréquemment lors du suivi des pathologies chroniques. Il existait une vigilance plus accrue avec certaines thérapeutiques comme les diurétiques par exemple. Certaines catégories de patients étaient aussi plus surveillées d'un point de vue pondéral comme les enfants et les personnes âgées.

- *« Si le patient est insuffisant cardiaque, souvent on aime bien le faire monter sur la balance par rapport à une prise d'eau ou pas... » (P5, FG1)*
- *« Alors je lui explique que là sur le coup, elle a un problème de thyroïde, qu'en plus elle est sous Lasilix et que moi du point de vue médical, moi j'aimerais bien l'avoir. » (P7, FG1)*
- *« Par contre les enfants à chaque fois. » (P13, FG2)*
- *« Moi les adultes qui n'ont pas de problème de santé en particulier, un poids tous les 6 mois ça me va. Mais les personnes âgées je les pèse beaucoup plus facilement aussi. » (P8, FG2)*

9.3. Pesée à l'initiative du patient

En consultation, les patients pouvaient spontanément demander à se peser ou montaient d'eux-mêmes sur la balance sans intervention préalable de l'interne. La discussion débutait alors lorsque le patient annonçait le résultat de sa pesée et qu'il réagissait à cette donnée.

- *« Par exemple là où je suis, il y en a beaucoup qui demandent à se peser. Je pense que beaucoup n'ont pas de balance pour le coup. » (P4, FG1)*
- *« Ça dépend si la balance, elle est visible ou non dans la pièce je trouve. Enfin dans le cabinet où je suis, il y a le bureau et il y a la balance qui est juste là. On la voit directement. Du coup, les gens la voient en premier et ils y vont. Alors que si elle est planquée, ils y vont pas. » (P2, FG1)*
- *« Moi j'ai des patientes, souvent c'est des jeunes femmes, que je veux pas peser forcément, elles me disent « Est-ce que je peux me peser ? ». Je fais « Bah oui, allez-y ». » (P13, FG2)*

9.4. Refus de pesée

La demande formulée par le médecin de monter sur la balance pouvait entraîner des réactions différentes selon les patients. Certains patients acceptaient volontiers, d'autres avaient une réaction inattendue pour l'interne et refusaient catégoriquement. Ce refus de pesée pouvait créer un moment d'embarras et compliquer l'échange ultérieur.

- *« Et là du coup, j'ai dit « Ah bon, bah ok, c'était quoi le dernier poids ? Est-ce que tu veux bien te peser ? ». Et là, l'enfant fond en larmes. Vraiment il regarde sa maman, il veut partir de la consultation. Il fond en larmes. Il refuse catégoriquement de se peser... » (P11, FG2)*

- *« Je l'examine, tout va bien. Et en fait, avant de se rasseoir, je dis « Ah bah monter sur la balance d'ailleurs, ça fait longtemps que j'ai pas eu de poids ». Et je la vois d'un coup qui s'arrête et qui me dit « Ah non je ne fais pas ça ». » (P7, FG1)*
- *« Elle s'était vraiment braquée au moment où je lui montrais la balance. Et j'ai vraiment senti que lui imposer de monter... Enfin si je lui avais dit de monter sur la balance et de regarder le chiffre là, ça aurait été vraiment quelque chose qui lui aurait fait du mal. » (P7, FG1)*
- *« Et à l'époque, au mois de mai, bah au moment de l'examiner, de prendre la tension et tout ça, je lui ai proposé de se peser et il a pas voulu. Bon. J'ai pas insisté. Et honnêtement, je sais même pas si la balance elle aurait suffi. » (P13, FG2)*
- *« Il a dit que non. Que pour lui le poids... Il m'a dit que depuis son enfance, on l'avait traumatisé avec les balances. Et que du coup, pour lui, la balance c'était un non-sujet. » (P13, FG2)*

9.5. Critiques de l'IMC

La pesée était réalisée en consultation dans le but d'obtenir une constante, le poids. Le poids et la taille du patient permettent de calculer son IMC. Cependant, l'utilisation de l'IMC était souvent critiquée par les internes car il ne reflétait pas de manière satisfaisante la condition du patient selon eux. Le surpoids et l'obésité étaient souvent appréciés visuellement sans faire de calcul.

- *« En fait je mets le poids mais c'est vrai que je mets pas forcément la taille. Alors que finalement, du coup, on a pas le calcul de l'IMC mais après ça se voit aussi visuellement si il y a une obésité ou pas. » (P1, FG1)*

- *« Après l'IMC, oui je suis d'accord avec mes collègues. Je pense il faut faire la part des choses... Voilà quand on voit un patient... L'IMC c'est un indicateur. Arnold Schwarzenegger, il doit avoir un IMC à 50, il est tout musclé (rires). » (P5, FG1)*
- *« Et du coup, on nous demande de regarder l'IMC mais de temps en temps l'IMC ne correspond pas... Enfin c'est un chiffre et qui ne correspond pas du tout à la personne que j'ai en face de moi. » (P3, FG1)*
- *« Franchement les étiquettes, elles sont... Moi je trouve qu'elles sont vaches. IMC 24 parfait. IMC 25 surpoids. C'est vachement étiqueté. Enfin une fois qu'on a l'étiquette « surpoids, obésité » alors là c'est bon c'est étiqueté ensuite « obésité morbide, sévère ». Je trouve pas que ce soient des choses très positives. Mais bon après faut bien qu'on fasse des stat'. » (P2, FG1)*
- *« C'est des grands sportifs. Peu importe s'il a un IMC à 27, je pense que de tout manière il est, comme disait la participante 3, en meilleur santé qu'une personne qui ne pratique aucune activité physique. Donc c'est à prendre avec des pincettes au vu d'un contexte. » (P3, FG1)*

10. La relation entre l'interne et le patient

10.1. Le statut d'interne

Lors de son cursus, l'interne, qui est un médecin en formation, réalise différents stages de plusieurs mois en ambulatoire ou à l'hôpital. Il ne reste pas de manière pérenne au même endroit et intervient donc ponctuellement auprès des patients.

En ambulatoire, il reçoit en consultation des patients qui sont suivis par un autre médecin parfois depuis plusieurs années. Les patients ont l'habitude de voir leur médecin traitant qui a sa façon de pratiquer et sa vision médicale. L'interne prend donc en charge une patientèle qui n'est pas la sienne.

- *« En tant qu'interne, sur certains trucs, je me sens un peu moins légitime. Je réponds à la question, je prends en charge. Mais c'est vrai que je vais pas venir d'emblée dire « Bon aujourd'hui, on va prendre en charge le poids. On va faire ça, ça et ça ». Je vais peut-être pas le faire comme ça, non. Pas aussi librement que si c'étaient mes patients. » (P16, FG3)*
- *« Alors c'est pas vraiment que je me questionne sur la légitimité de l'interne de prendre un poids ou de parler de ça, mais c'est plus dans le... Dans l'insistance. Et du moment qu'on voit que ça braque. Est-ce qu'il faut insister vraiment pour creuser et aller au-delà des choses même si on sent que ça braque un peu ? Ou est-ce qu'il faut passer le relais au médecin traitant qui le suit plus souvent ? » (P11, FG2)*
- *« Qu'ils sont un peu trop gros. Et puis ils se disent « C'est qui ce petit jeune là, je le connais pas et puis il commence déjà à un peu me parler de ça. A être focus dessus ». » (P17, FG3)*
- *« Mais je sais que j'ai une approche avec une idée là-dessus et je me dis... Je le ferai quand je serai installée avec mes patients que je connais, que je suis au long cours, que voilà. Après de toute façon, on voit les cabinets où les patients en termes de suivi... C'est un peu compliqué donc... » (P16, FG3)*

Les internes interrogés étaient conscients du frein que représentait leur manque de connaissance des patients rencontrés et de leur environnement.

- *« On connaît pas assez les patients... On a pas assez de recul... C'est pas notre rôle. » (P2, FG1)*
- *« On se sent un peu illégitime en fait. On connaît pas vraiment le cadre de vie, les antécédents etc. Enfin il nous manque plein de données. Et on sait qu'on va être juste une personne qu'ils vont voir une fois dans leur vie quoi. Donc je trouve que déjà en*

plus, on est un petit peu illégitime pour vraiment insister sur ce sujet à fond. Alors que si ça se trouve, leur médecin traitant ne le fait peut-être pas de façon quotidienne... Enfin de façon générale. » (P11, FG2)

- *« Et voilà, ça se voyait qu'elle voulait pas... Après c'était la première fois que je la voyais aussi. Donc en tant que SASPAS, c'est vrai que je pense qu'elle voulait peut-être pas non plus se confier à moi. Ce que je peux comprendre en soi, sur une question comme ça. » (P6, FG1)*

Dans certains cas, le statut d'interne était considéré comme bénéfique. L'interne pouvait apporter un regard différent sur une situation donnée et être à l'initiative de nouvelles propositions. Le patient pouvait se sentir plus libre pour s'exprimer dans cette situation s'il n'avait pas l'occasion de le faire habituellement avec son médecin traitant.

- *« Peut-être qu'effectivement avoir un regard nouveau dans ce cas-là, ça peut apporter quelque chose... » (P17, FG3)*
- *« Donc c'est pas forcément compliqué à mon sens de l'aborder. Il y a des fois, c'est la première fois qu'on voit des patients et ça peut venir sur le sujet... Enfin dans la discussion pour une raison ou pour une autre. Qu'on soit médecin installé, qu'on soit remplaçant, qu'on soit interne... » (P15, FG3)*
- *« Je suis assez d'accord avec toi mais d'un autre côté, souvent quand t'es suivi depuis 15 ans par le même médecin traitant, tu ne prêtes pas forcément attention à ce problème-là qui perdure, qui perdure, qui perdure... Et donc un œil nouveau permet aussi de mettre le doigt sur certains problèmes. » (P10, FG2)*

10.2. Suivi du patient

L'obésité était considérée par les internes comme une pathologie chronique nécessitant un suivi à long terme. Certains se sentaient moins légitimes à commencer une prise en charge étant donné qu'ils ne pouvaient pas assurer eux-mêmes le suivi ultérieur auprès du patient. Au contraire, d'autres pensaient qu'il était tout à fait possible de reprogrammer des rendez-vous à plus courte échéance pour démarrer une prise en charge.

- *« Mais le gros problème, c'est que c'est une question de suivi et qu'en tant qu'internes, on assure pas ce suivi. » (P15, FG3)*
- *« En revanche, le problème de la légitimité, c'est quand tu commences à discuter, c'est ce qu'on va faire pour ça. Et vu que c'est pas toi qui va le faire, même pas suivre, même pas faire le boulot de médecin généraliste en fait. Là, pour le coup, j'ai plus de problèmes. » (P15, FG3)*
- *« Au bout de quelques consultations, si on sent que ça passe bien. Donc sur un SASPAS, ça peut se faire. Ça dépend encore une fois de la personne. » (P4, FG1)*
- *« Je pense que du coup ils ont besoin d'avoir une personne de confiance. Que la confiance ça se gagne avec le temps. Et que du coup je pense qu'il faut plusieurs consultations avec la même personne pour pouvoir gagner cette confiance. » (P11, FG2)*

10.3. La communication

La conversation pouvait être calme et décontractée entre l'interne et le patient. L'abord du poids était alors tout à fait accepté par le patient.

- *« Il était content que je lui dise que j'avais... Enfin, ça lui avait fait plaisir que je lui fasse la remarque qu'il avait minci. » (P13, FG2)*

- *« Non vraiment, il a été très correct. Je n'ai eu ni reproches comme on peut en avoir, ni sourire pincé parce qu'on commence à parler de la balance. Absolument pas. Il l'a parfaitement entendu. » (P15, FG3)*
- *« Après la mère était hyper ouverte. Elle nous disait en fait qu'elle savait. » (P2, FG1)*
- *« Enfin un patient avec qui j'ai eu aucun problème pour établir un contact. Et je l'ai revu plusieurs fois après et ça s'est très bien passé. » (P15, FG3)*

Au contraire, la relation pouvait être conflictuelle et se compliquer lors de la consultation avec l'émergence de sentiments négatifs de la part des deux intervenants. Les échanges devenaient dans ce cas précautionneux et pouvaient devenir périlleux. Les réactions des patients étaient quelques fois inattendues.

- *« C'était une consultation absolument horrible parce que j'avais face à moi un mec complètement fermé qui voulait de toute façon pas être là au départ, qui voulait de toute façon pas parler de son poids, à qui je proposais bah en fait le bilan qui était obligatoire dans le cadre de son suivi du boulot et du surpoids en général. En fait en médecine générale. » (P9, FG2)*
- *« Mais là vraiment, il était hyper agressif dans toutes ses phrases, toutes ses remarques, toutes ses explications. Et en fait pour le coup, j'étais vraiment acculé. J'étais au fond de ma chaise. J'étais là, je prenais coups sur coups. Dès que je posais une question, hop, il renvoyait. » (P9, FG2)*
- *« Et c'est vrai que du coup, c'est ça qui a été compliqué au niveau de l'échange, du relationnel. Être avec quelqu'un qui est tout le temps... Enfin qui accepte pas la réalité quoi. » (P17, FG3)*
- *« Elle s'est jamais jamais remise en question. Elle s'est vraiment braquée... Et donc j'ai senti qu'on était dans une consultation complètement conflictuelle. » (P11, FG2)*

- *« Mais sa réaction m'avait marqué. Donc là sur le coup c'était vraiment « Le poids je veux pas en entendre parler et même ça me fait du mal ». » (P7, FG1)*
- *« Et à un moment donné, je lui dis « La macération, du fait de votre poids. Voilà c'est ça ». Et là elle a fondu en larmes. » (P12, FG2)*

Du fait de ces situations variées, les internes étaient amenés à utiliser diverses techniques de communication. Ils essayaient de poursuivre la discussion autour du poids avec le patient et d'approfondir les causes de leurs réactions. Au contraire, dans certains cas, ils décidaient de mettre fin à l'échange et de changer de sujet pour ne pas blesser la personne.

- *« Et du coup voilà, j'ai pas... Je sentais que cela allait être trop blessant pour elle si on allait commencer un peu à creuser. » (P6, FG1)*
- *« Ses premières réponses, c'était « Oui je sais ! » avec un air un petit peu, voilà, blasé. Et quand on a un peu discuté de ça et que je lui ai suggéré une autre idée qu'il a trouvé intéressante. Bah oui, il a changé un peu un peu de faciès et le ton était plus détendu en disant « Ah oui c'est vrai, merci, c'est une bonne idée. Je l'avais pas vu comme ça. ». » (P3, FG1)*
- *« Bah pour éviter qu'il reste braqué. Pour essayer de reprendre un peu un dialogue et pas se fermer. » (P3, FG1)*
- *« Elle était mal à l'aise de ça et je me suis dit la consultation s'est tellement bien passée, faut pas rester non plus sur quelque chose comme ça. » (P7, FG1)*

10.4. Jugements péjoratifs

Le patient était décrit comme l'acteur central et le responsable de sa prise en charge. Le médecin était considéré comme une aide, un accompagnateur dans ce processus.

- *« C'est vrai que le médecin généraliste est au cœur du système mais en collaboration... D'ailleurs avec le patient qui est le premier artisan de sa réussite. » (P5, FG1)*
- *« Le médecin généraliste c'est une aide, c'est une béquille mais c'est pas lui qui va guérir l'obésité. C'est le patient qui s'occupe... qui est le pied de la prise en charge. Le médecin est là pour l'aider, pour le guider mais c'est pas... C'est pas lui l'élément principal. » (P7, FG1)*
- *« Tu vois une hypertension, tu proposes un traitement. Là tu vois quelqu'un qui est en surpoids ou en obésité. En fait le traitement c'est lui-même. C'est lui qui doit se... Qui doit fournir les efforts. » (P11, FG2)*
- *« Si t'as pas un remède immédiat à leurs soucis. Et surtout où c'est eux qui prennent la responsabilité, ça marche pas. » (P8, FG2)*

Pour certains internes, le patient était le seul responsable de son mode de vie et donc de son surpoids. Son alimentation et son manque d'activité physique étaient souvent critiqués.

- *« Oui mais le problème c'est qu'après ils viennent ils disent « Oh mais je comprends pas... Mon sucre il est plus élevé... » ou « Je comprends pas comment j'ai pu avoir ce diabète ». Alors que je fais 130 kilos et que je prends deux litres de Coca par jour tu vois. » (P8, FG2)*
- *« C'est quand même affligeant où on est obligé maintenant de prescrire du sport ou de la kiné pour amener au sport. Tu vois les gens ne sont plus capables de se dire « Bon maintenant, je me sors les doigts du cul et je vais à la salle de sport. Je vais commencer un jogging ». Tu vois, moi c'est ça qui me tue aussi. » (P8, FG2)*
- *« C'est vrai que c'est intéressant parce que dans nos têtes de médecin, alimentation équilibrée c'est clair. Mais c'est vrai que dans la tête de beaucoup de patients, je pense qu'on a pas la même perception des fois... D'équilibré. » (P5, FG1)*

- *« Tu faisais le parallèle un petit peu avec le tabac, les gens en soi bah ils savent que pour perdre du poids, oui il faut faire plus d'activités physiques, manger moins, éviter les excès de matière grasse, de sucre... Les gens quand même, ils le savent ça. Globalement, hein. Enfin, je pense la majorité. Donc moi, j'ai pas vraiment de clé à leur apporter en plus finalement. » (P18, FG3)*

Le patient était également perçu comme quelqu'un de non-observant et qui n'adhérait pas totalement à la prise en charge proposée par le médecin. Cette non-observance était source de frustration pour les internes.

- *« Mais que ce qu'on lui disait c'était trop restrictif, il arrivait pas... En gros, ça ne lui convenait pas la façon dont c'était abordé... C'était dans le jugement de ce qu'il me disait. Et donc, ça c'était pas hyper bien passé. Il arrivait pas à être très observant, je dirais. » (P3, FG1)*
- *« Elle a pris le papier mais à mon avis elle fera pas grand-chose » (P8, FG2)*
- *« Rien qui a été fait quoi. Et ça passe dans son oreille... » (P8, FG2)*
- *« Bah... Je l'ai ressenti un peu comme... Je sais pas comment dire... C'est pas une perte de temps, c'est pas un échec. Je pense pas que ça a servi à rien mais je sais que enfin... Il y aura aucune compliance à ce que je lui dis puisque de toute façon elle était complètement hermétique et qu'elle avait pas du tout l'impression de... De mal faire quoi que ce soit en fait. » (P11, FG2)*

11. La balance entrées-sorties : entre acceptation et rejet

11.1. Alimentation

En termes d'alimentation, les internes interrogés émettaient certaines critiques concernant les messages de santé publique et les conseils alimentaires standards. Les régimes restrictifs étaient également évoqués et considérés comme inadaptés pour la prise en charge des personnes en surpoids ou obèses.

Une interne abordait la notion culturelle de l'alimentation qu'il faut prendre en compte lorsqu'on prodigue des conseils nutritionnels aux patients.

- *« Manger des légumes, boire de l'eau... C'est très normatif je trouve. » (P4, FG1)*
- *« Et ça c'est le problème de la formation aussi actuellement, c'est qu'on dit « Le poids ? Ah bah oui, faut manger moins gras, moins sucré, éviter le grignotage et augmenter l'activité physique ». C'est bien, c'est sur le papier, c'est joli mais maintenant dans la vraie vie, c'est beaucoup plus compliqué que ça. Faut savoir l'adapter à la personne, faut savoir l'aborder de façon totalement différente... » (P16, FG3)*
- *« Et en fait, avoir une vision un peu peut-être plus globale du poids et pas l'attaquer que par le versant alimentation parce que généralement ils le savent. Et l'alimentation souvent c'est... C'est quelque chose de culturel, par les parents. Donc souvent la malnutrition, c'est compliqué. » (P16, FG3)*
- *« Donc le poids, je l'aborde. Quand les patients ils me disent « Je vais faire un énième régime », je dis « Oula. Stop. On va s'arrêter là », dans le sens où le régime, ça n'a pas de sens. C'est de la contrainte, ça fonctionne pas. On va parler plutôt rééquilibration alimentaire et là, on aborde l'alimentation, on parle du sport, on parle de plein de choses. » (P16, FG3)*

- *« C'est plus efficace que faire des gros régimes WeightWatchers ou ce genre de choses. Quand les patients vont aborder le sujet... Ça serait plus constructif. Des fois on dit « Faut faire attention » et puis... Et voilà c'est une parole. On a fait notre job... » (P5, FG1)*

L'alimentation était décrite comme une habitude, parfois automatique, qui n'était plus remise en question par les patients. On évoquait également la notion de plaisir alimentaire. L'alimentation et les émotions sont particulièrement liées. Cela peut expliquer qu'il est parfois compliqué pour le patient d'initier une modification alimentaire.

- *« De prêter attention en fait à ce qu'on mange et aux calories que ça peut apporter. De ne pas faire des excès tout le temps par rapport à la nourriture, par rapport aux boissons... Ouais en fait c'est faire attention pour essayer de ne pas faire d'excès et de rester dans une courbe... Finalement de normalité. » (P1, FG1)*
- *« Re-réfléchir en fait à une alimentation qui est parfois automatique. » (P4, FG1)*
- *« Qu'ils aimaient beaucoup manger avec sa compagne. Que c'était quelque chose d'important dans leurs vies. Et que voilà, il sait qu'il faudrait qu'il y ait des changements mais voilà, ça s'est un peu limité à ça la première consultation avec lui. » (P15, FG3)*
- *« Et ça prend du temps aussi de décortiquer les mauvaises habitudes. » (P16, FG3)*

L'alimentation des patients était cependant critiquée par les internes. Les grignotages étaient évoqués comme étant une des causes de prise de poids. Certains produits étaient diabolisés comme le fait de consommer trop de sodas ou de féculents.

- *« Et le gamin avait vraiment une grosse grosse appétence pour tout ce qui était grignotage de biscuits salés le soir. Ou des fois il allait chiper dans les placards en douce et ils avaient du mal à le freiner. » (P2, FG1)*

- *« Pendant l'hospitalisation, ils sont équilibrés parce qu'on sait ce qu'ils mangent. Et puis quand ils rentrent chez eux... Ou même des fois, ils ont des pics glycémiques, et en fait ils sont allés bouffer un KitKat dans la machine à l'entrée de l'hôpital donc... » (P10, FG2)*
- *« Alors j'ai eu comme réponse « Oui mais je lui fais quand même des légumes. Vous savez il est difficile. Il mange pas tout. Et puis, des fois quand il demande d'aller au McDo, bon bah j'accepte hein. Il faut pas non plus le priver le pauvre. » (P8, FG2)*
- *« Mais ouais c'était beaucoup de féculents, il y avait quand même pas mal de féculents. Des légumes... Je sais pas hein. Des légumes... Est-ce que c'était... Ce qu'ils appellent légumes c'étaient des pommes de terre... J'en sais rien. Et ouais, il y avait quand même pas mal aussi de soda visiblement. » (P8, FG2)*
- *« Mais il ne s'est pas dit dans sa tête boire deux litres de sodas par jour, c'est un peu beaucoup ? » (P8, FG2)*

11.2. Activité physique

Il existe un cercle vicieux du surpoids qui entrave la mobilité et qui gêne la réalisation d'activités physiques. Les patients décrivaient aussi aux internes qu'ils ne se sentaient pas à l'aise avec le regard des autres lorsqu'ils faisaient de l'exercice.

Le patient en surpoids qui pratiquait une activité physique était considéré par les internes interrogés comme étant moins à risque de complications ultérieures que les personnes sédentaires.

- *« Que d'aller faire du vélo avec les copains plutôt que regarder la télé... » (P1, FG1)*
- *« Mais après comme le gosse il faisait aussi plein d'activités physiques, vraiment beaucoup, donc j'étais pas trop inquiète. » (P2, FG1)*

- *« La sédentarité. Forcément je vais être plus inquiet avec une patiente de 80 ans, sédentaire, qui a pris 40 kilos en 2 ans, qui sort pas de son fauteuil, qui a des escarres... Là je vais être inquiet avec le poids. Après quelqu'un de grand costaud qui a 40 ans, qui fait du sport, et qui a 5 kilos de trop d'après les critères... » (P5, FG1)*
- *« Elle m'a dit qu'elle savait qu'elle était en surpoids, qu'elle avait envie de faire du sport mais qu'elle y arrive pas trop. » (P14, FG3)*
- *« Après ça m'est déjà arrivée de proposer des choses comme sport santé, ou des choses comme ça. Souvent les gens me disent « Je ne veux pas faire de sport en groupe parce que justement je suis pas à l'aise avec mon corps. Je veux pas que les gens me voient faire du sport ». Donc bon, j'ai pas vraiment non plus de réponses à ça. » (P18, FG3)*
- *« Et pas que du sport, juste de l'activité physique sans forcément que ça soit aller prendre une paire de baskets et faire du running, ça personne... Très peu de personnes ne l'aiment. Donc juste apporter l'activité physique par juste le plaisir de faire quelque chose en fait, que ce soit du tir à l'arc ou des conneries dans le genre. Mais où vraiment la notion de plaisir est au centre et même dans l'alimentation, la contrainte ça ne fonctionne pas et c'est le plaisir. » (P16, FG3)*

12. Pluriprofessionnalité

Le médecin généraliste, par son rôle central dans le parcours de soins du patient, joue un rôle d'orientation. S'il n'assure pas le suivi par lui-même, il doit pouvoir conseiller son patient en lui indiquant quel professionnel de santé consulter pour obtenir une prise en charge optimale et adaptée.

- *« Moi c'est le premier maillon. Pivot. Après tu orientes : diététicienne, chirurgie bariatrique, centre de soins pour l'obésité, la nutrition, savoir comment cuisiner... Mais pour moi le médecin généraliste, il est le pivot là-dedans. » (P8, FG2)*

- *« Et après, on peut orienter. Parce que comme vous dites, on n'est pas tout le temps formé à la diététique ou nutrition, on n'est pas au courant de tout et c'est pas notre faute hein. On peut pas tout connaître. Mais on peut orienter... » (P14, FG3)*

Une interne évoquait l'organisation en médecine générale avec un temps souvent limité qui ne permet pas de pouvoir tout aborder lors d'une même consultation. Ce manque de temps pourrait être une justification supplémentaire pour orienter le patient vers un autre professionnel.

- *« Enfin souvent on a des consultations que d'un quart d'heure, vingt minutes. Les patients, on les connaît pas. Donc déjà faire juste le tour du dossier, voir que tous les suivis sont bien faits, que les dépistages ils soient bien à jour, que les vaccins soient bien à jour, déjà généralement ça prend déjà toute la consultation. Donc déjà après rajouter... » (P16, FG3)*

Les diététiciens et nutritionnistes étaient souvent évoqués. Le fait que cette prise en charge ne soit pas remboursée était critiqué. Le coût financier de ce suivi peut représenter un frein pour les patients. Le recours aux psychologues ou aux centres de l'obésité était également mentionné.

- *« Le mal-être ? Non. Non, je crois qu'elle était même pas suivie par un... Quand on avait fait le débrief... Par un psychologue ou un psychiatre. Même si lui, voilà le prat', avait quand même insisté pour qu'il y ait un suivi à ce niveau-là. » (P17, FG3)*
- *« Je sais pas dans les autres régions, mais au niveau de Strasbourg, il y a plein d'associations type REDOM, des choses comme ça qui... Où en fait c'est du sport un peu sur ordonnance mais vraiment bien fait et on les oriente vers là et après eux, ils gèrent tout. Ils vont faire des bilans, ils vont faire des... » (P14, FG3)*

- *« Alors je propose jamais de diététicien parce que souvent c'est pas spécialement accepté. Je suis un peu dans des quartiers où les gens ils ont pas spécialement les moyens. Donc comme c'est pas remboursé, ça m'est jamais arrivée de proposer. » (P18, FG3)*

- *« Moi je sais que la première chose que me disent les gens c'est « Oui mais la diététicienne, elle est pas remboursée ». « Oui c'est pour ça que je vous propose d'aller dans des centres ». Il y a des centres de l'obésité qui existent où ils t'apprennent comment mieux cuisiner, lire les étiquettes, voir le sucre caché... » (P8, FG2)*

IV. Discussion

L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations des internes de médecine générale d'Alsace à propos des patients en surpoids et obèses et la façon dont ils abordaient cette thématique en consultation.

1. Résultats principaux et comparaison à la littérature

Les internes interrogés dans notre étude considéraient que le sujet du poids était délicat à aborder avec les patients en consultation. Cependant, ils estimaient qu'il était nécessaire d'en parler dans un but préventif car cela permettrait de limiter le risque de potentielles complications ultérieures. Les internes ne différenciaient pas le surpoids de l'obésité lorsqu'ils échangeaient sur les causes, les conséquences mais également la prise en charge proposée. Ils se sentaient quelques fois limités par leur statut, leurs interventions ponctuelles auprès des patients ne leur permettant pas d'assurer le suivi chronique qu'ils estimaient nécessaire.

1.1. L'abord du poids

Dans notre étude, le poids était rarement le motif de consultation initial annoncé par le patient. C'est une notion que l'on retrouve largement dans la littérature (12–17). Cependant, il s'agit d'un sujet fréquemment abordé en médecine générale (9,18). Les consultations de suivi de pathologies chroniques et le renouvellement des traitements semblaient être un moment propice pour en parler selon les internes interrogés. Ceci est conforme au travail « Montez sur la balance » (9) qui rapportait que sur l'ensemble des consultations observées, le poids avait été abordé dans environ un tiers des consultations et plus fréquemment en cas de consultations de suivi.

L'abord du poids en cas de pathologie aiguë, comme un rhume, semblait être moins accepté par les patients (8). Clara Pons dans son travail (10) retrouvait que « *La plupart des patients*

avaient bien vécu l'abord du poids en consultation. Certains patients exprimaient qu'ils voulaient en parler mais plus tard, jugeant qu'il ne s'agissait pas du bon moment pour en parler, que ce n'était pas la priorité du jour ». Les patients venaient en consultation pour une demande précise et pouvaient vivre l'abord du poids comme malvenu.

Le poids était parfois abordé spontanément par les patients. Ils pouvaient faire une remarque avant toute initiative de l'interne. Le but pouvait être pour le patient d'anticiper la discussion avant que l'interne ne l'initie. Les internes se sentaient alors plus à l'aise pour discuter avec le patient si c'était lui qui avait pris les devants pour aborder le sujet. Les internes trouvaient la discussion plus fluide et les patients plus attentifs aux conseils prodigués dans ce contexte. Cette notion était également retrouvée dans la thèse de Zoé Kerhoas intitulée « Obésité de l'adulte : opinions, attitudes et propositions des médecins généralistes » (13) où certains médecins attendaient que le patient en parle de lui-même ou alors posaient des questions ouvertes dans le but que le patient s'exprime. Elle affirmait que « *La discussion est alors démarrée par le patient lui-même, ce qui permet de rebondir plus facilement* ».

Les internes estimaient que le rôle du médecin généraliste était de parler du surpoids et de l'obésité avec leurs patients dans un objectif préventif. Cependant, la majorité des participants considérait le poids comme un sujet délicat et complexe à aborder en consultation. La fréquence de cet abord était dépendant des internes et de leurs perceptions du surpoids et de l'obésité.

Une interne interrogée proposait d'aborder le poids comme un entretien motivationnel en posant des questions ouvertes au patient sur sa perception du poids et son ressenti. Les patients semblaient en accord avec cette idée de « laisser une porte ouverte » pour en parler ultérieurement (8). Le patient était donc libre de refuser de parler de son poids. Le fait d'aborder la question de manière ponctuelle en laissant le patient décider s'il voulait

approfondir ou non cette discussion semblait être une technique souvent utilisée et potentiellement mieux vécue par les deux parties.

L'abord du poids pouvait aussi se faire de manière indirecte en discutant des pathologies associées ou en explorant le retentissement psychologique des patients en surpoids ou obèses. L'appui sur des résultats biologiques permettait également d'introduire une discussion autour du poids. C'est une notion que l'on retrouvait dans l'étude « La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? » publiée en 2010 dans la revue « Exercer » (14) où un médecin interrogé affirmait « *quand il vient avec un bilan d'hypercholestérolémie, ça passe tout seul* ». Cet abord indirect par l'analyse du bilan sanguin pourrait être plus accepté par les patients car ils considèrent qu'il s'agit du terrain d'expertise du médecin (15).

A contrario, les internes pouvaient décider de ne pas aborder le sujet du poids avec les patients. Ils décrivaient certains freins qui les poussaient à ne pas initier cette conversation. Ils pouvaient estimer que le patient était au courant de son surpoids et ne rien avoir à lui proposer de plus. Le fait de se sentir mal à l'aise avec la thématique ou la crainte de blesser le patient entraînaient également un non-abord du poids.

De nombreux patients utilisaient les mots « Je sais ! » en consultation lorsque la conversation autour du poids débutait. Ces réactions exprimées par les patients ont fait prendre conscience aux internes que le poids était un sujet répétitif au cours de leurs parcours médicaux. L'intervention ponctuelle des internes auprès des patients ne leur permettait pas de savoir qu'il s'agissait ou non d'un sujet récurrent et s'il avait été abordé récemment. Il était donc difficile de juger s'il s'agissait du moment adéquat pour en parler.

En cas de non-abord, ils laissaient donc aux patients le soin de débiter la conversation s'ils en ressentaient le besoin. Cette attitude passive a déjà été mentionnée dans la littérature (13). Les freins cités précédemment pouvaient entraîner chez certains médecins ou internes une absence de prise de position sur le sujet. Ils pensaient dans ce cas préserver le bien-être de la personne, cependant l'évitement pouvait être jugé tout aussi blessant par le patient (13).

1.2. Les perceptions et représentations des internes

Le vécu du surpoids et l'obésité génèrent des sentiments extrêmement différents selon les individus. On pouvait constater à travers les témoignages relatés par les internes interrogés que pour un même IMC, certains patients étaient à l'aise avec leur poids et d'autres au contraire exprimaient une énorme souffrance. Cette différence de vécu d'un patient à l'autre pouvait aussi compliquer le choix d'aborder ou non le sujet. Certains internes jugeaient que si la personne ne ressentait pas de difficultés liées à son poids, il n'y avait pas forcément de nécessité d'aborder le sujet : « *Mais après, est-ce que quelqu'un en surpoids qui est super bien dans sa tête, qui va super bien, qui effectivement fait à priori tout ce qu'il faut, est-ce qu'on n'aurait pas tendance à lui dire « Bon bah ok » ?* » (P16, FG3). On peut se questionner sur la signification de l'expression « Faire tout ce qu'il faut » dans cette citation. La situation de la personne en surpoids semblait être acceptée par l'interne si elle mangeait de manière équilibrée, se dépensait mais malgré ça restait toujours en surpoids. Cependant, si le patient ne fournissait pas tous ces efforts, les internes estimaient qu'il était nécessaire d'intervenir.

Dans l'étude « Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations » (5), une des médecins généralistes interrogée déclarait : « *Ce n'est pas forcément nécessaire de prendre en charge des patients qui se sentent bien et qui n'ont pas de cholestérol, pas de glycémie...* ». L'évaluation de la souffrance en lien avec le poids semblait être important à apprécier dans le but d'entreprendre ou non une prise en charge.

Les représentations différaient aussi entre le corps médical et les patients. Les internes, avec leurs visions et leurs préoccupations médicales, étaient plus axés sur les pathologies possiblement en lien avec l'obésité. Les patients semblaient eux accorder plus d'importance à la dimension psychique et à l'image qu'ils renvoyaient aux autres. Cette idée est également retrouvée dans le travail de Philippe Fayemendy (19) dans lequel on pouvait lire « *Le patient souhaite seulement une perte de poids rapide, considérant son obésité comme un obstacle à l'insertion sociale, le praticien va s'intéresser en priorité aux complications médicales* ». Le médecin considérait l'excès de poids comme un problème de santé à régler alors que le patient était plus attentif à son image et à l'enjeu sociétal (15).

On observait aussi ces différences de perceptions à propos des causes attribuables au surpoids et à l'obésité. Dans le travail d'Aurélie Bocquier s'intitulant « *Prise en charge de l'obésité : Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA* » (20), les patients attribuaient d'avantage leurs problèmes de poids à des facteurs non contrôlables contrairement à leurs médecins qui eux l'attribuaient à des facteurs contrôlables comme l'alimentation et la sédentarité.

Ces représentations divergentes entre le patient et l'interne pouvaient entraîner un frein lors de l'abord du poids et de sa prise en charge. De plus, même au sein du corps médical, les médecins et les internes n'avaient pas toujours la même vision de l'obésité. Chaque médecin a une manière de procéder propre à sa personne. L'abord du poids et sa prise en charge ne suivent pas un algorithme précis contrairement à d'autres pathologies qui sont standardisées. Le fait qu'il n'existe pas de consensus formel dans cette situation, ni de conduite à tenir unanime, pouvait faire douter les internes que nous avons interrogé. Ils se remettaient certaines fois en question en se demandant s'ils œuvraient réellement pour le bien-être du patient.

1.3. La relation entre l'interne et le patient

La situation de l'interne en stage chez le praticien présente des particularités. Il s'agit d'un médecin en formation qui intervient ponctuellement auprès des patients. Le manque de connaissance du patient et de son environnement était pour les internes des freins à l'abord du poids. Certains préféraient dans ce cas passer le relai au médecin traitant qu'ils pensaient plus légitime dans cette situation : « *On connaît pas assez les patients... On a pas assez de recul... C'est pas notre rôle.* » (P2, FG1).

Certains internes étaient frustrés de débiter une prise en charge avec un patient et de ne pas pouvoir le suivre sur le long terme. Dans ce cas, ils renonçaient parfois à initier une intervention. Au contraire, d'autres estimaient qu'une prise en charge pouvait être débutée même en tant qu'interne puisque le relai serait fait naturellement par le médecin traitant habituel. Cette prise en charge ponctuelle gênait également les internes interrogés dans la thèse de Romain Gros Lambert et Tiffany Perez (21) et faisait ressortir un sentiment de manque de légitimité pour traiter le surpoids et l'obésité.

Dans le travail d'Aurélié Bocquier (20), 90,2% des médecins interrogés considéraient que l'obésité était une maladie nécessitant une prise en charge sur le long terme. L'interne, exerçant sur une période donnée de quelques mois, semblerait donc ne pas avoir sa place dans cette prise en charge.

Une relation de confiance est nécessaire pour que les patients puissent se confier sur ce sujet considéré comme délicat et intime. La littérature affirme unanimement que la qualité de la relation entre un médecin et son patient est importante pour permettre un bon abord du poids (8,10,12). On peut penser que cette relation de confiance nécessite plusieurs consultations pour qu'un lien puisse se créer entre le patient et le médecin. Cette confiance peut ainsi être compliquée à obtenir par l'interne. Les médecins généralistes interrogés par

Zoé Kerhoas dans son travail (13) s'exprimaient sur la nécessité de connaître l'entourage et le contexte des patients. Ils affirmaient que la relation de confiance, qu'ils qualifiaient comme ancienne, permettait d'aborder plus facilement la question du surpoids. Ils estimaient qu'un lien fort préexistant devait exister pour pouvoir explorer au mieux ce sujet tabou.

Pourtant, le statut d'interne peut également être considéré comme avantageux dans cette situation. Il peut exercer un regard nouveau et permettre au patient de s'exprimer sur certains sujets qu'il n'ose pas ou plus aborder avec son médecin de famille. La parole peut ainsi être libérée. Les internes interrogés disaient avoir l'impression que le fait d'être suivi depuis longtemps par le même médecin traitant pouvait mettre au second plan certaines problématiques de santé. Cette notion était abordée dans la thèse de Zoé Kerhoas où elle écrivait « *l'introduction d'un intervenant extérieur peut permettre de donner un nouvel élan. Que ce soit un interne en médecine, un remplaçant, ou même un nouveau médecin « traitant », l'impact de la nouveauté peut permettre un regain de motivation donnant lieu à une perte pondérale* » (13). La confiance n'est donc pas uniquement liée à un critère de temps partagé mais également à d'autres variables comme la qualité de l'écoute ou l'empathie envers le patient.

Au cours de la consultation, la conversation autour du poids pouvait être calme et apaisée ou au contraire totalement conflictuelle. Les réactions de certains patients étaient imprévisibles. Une consultation qui se déroulait de manière sereine jusque-là pouvait basculer au moment de l'abord du poids. Le patient pouvait se braquer et la consultation se compliquer. Les internes usaient donc de diverses techniques de communication en posant des questions ouvertes ou en essayant d'approfondir le vécu de ces patients. Le but était de poursuivre la discussion et d'apaiser les choses. Si cela n'était pas suffisant, les internes pouvaient alors décider de changer de sujet.

La relation entre l'interne et le patient pouvait souffrir des a priori antérieurs de l'interne envers les personnes en surpoids ou obèses. Les internes, comme les médecins généralistes, attribuaient aux patients une part de responsabilité à leurs excès de poids. Cette notion de responsabilité est retrouvée dans le travail de Philippe Fayemendy (19) où il affirmait que *« 50% des médecins généralistes estiment que l'obésité est une pathologie pour laquelle le patient est plus responsable que pour une autre pathologie chronique »*.

Les internes considéraient que c'était aux patients de fournir les efforts pour initier un changement. Leur alimentation et leur manque d'activité physique étaient deux paramètres critiqués par les internes interrogés. Leur manque d'observance était également décrié. Déborah Fontes regrettait dans son travail (15) que les médecins *« traquent les erreurs commises »*. *Comme si le surpoids ne pouvait qu'être le résultat d'un comportement fautif. On touche à la moralisation de l'obésité »*.

Les attitudes négatives des médecins envers les patients en surpoids ou obèses sont largement répandues dans la littérature (13,19). On constate que les professionnels de santé, même ceux encore en formation, n'échappent pas aux représentations sociétales du surpoids et de l'obésité. Les personnes obèses sont vues comme plus paresseuses et manquant de volonté par rapport aux personnes ayant un poids normal (20). Les mêmes termes sont utilisés également pour décrire les personnes en surpoids : *« Ils ne bougent pas et ils mangent mal »* (5). Les internes interrogés au cours de notre étude ne faisaient pas figure d'exception et exprimaient eux aussi certaines critiques : *« Oui mais le problème c'est qu'après ils viennent ils disent « Oh mais je comprends pas... Mon sucre il est plus élevé... » ou « Je comprends pas comment j'ai pu avoir ce diabète ». Alors que je fais 130 kilos et que je prends deux litres de Coca par jour tu vois. » (P8, FG2)*.

Récemment la parole s'est libérée et on retrouve de plus en plus de témoignages de patients sur la grossophobie dans le milieu médical (4,17,22). Dans le travail « Etude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins et les conséquences sur leur prise en charge médicale » (17), on pouvait lire que « 87% des répondants estimaient avoir déjà vécu de la grossophobie dans le milieu médical. Plus l'IMC était élevé, plus le ressenti de grossophobie augmentait ». Les professionnels de santé considérés comme les plus grossophobes étaient les médecins avec les spécialistes d'organes en première position, suivis des médecins généralistes. Le cumul de mauvaises expériences et de paroles culpabilisantes de la part de soignants pouvait à terme entraîner un évitement et un refus de soins de la part des patients en surpoids ou obèses.

Ces jugements de valeur sont contre-productifs lors de la prise en charge des patients. La Société Française d'Endocrinologie (SFE) « recommande au médecin d'éviter tout discours culpabilisant qui ferait de la personne en excès pondéral la seule responsable de son poids » (23). Le risque est de stigmatiser ces patients et de nuire à la relation de soins. Le collectif Gras Politique, collectif français luttant contre la grossophobie, est demandeur également de créer un environnement hospitalier et adapté pour que les patients puissent exprimer leurs opinions et recevoir des soins dans un cadre sans jugements (4).

1.4. Le poids des mots

La consultation débute en allant chercher le patient en salle d'attente. Lors des premières secondes, on évalue le physique de la personne qui se présente devant nous. Des qualificatifs variés étaient utilisés par les internes pour décrire l'apparence des patients. On retrouvait des termes comme « normal plus », « enrobée » ou encore « costaud ».

Le choix des mots était d'une grande importance au cours de la consultation. Les internes étaient attentifs aux termes employés. Les mots comme « obésité » ou « obésité morbide »

étaient considérés comme péjoratifs voire insultants. Uniquement un interne estimait qu'il était nécessaire d'utiliser ces termes dans le but d'entraîner une prise de conscience de la part des patients. Les autres préféraient l'utilisation de termes plus neutres comme « le poids ». D'ailleurs, lorsqu'on écoutait les participants, le mot « surpoids » semblait englober le surpoids et l'obésité sans distinction entre ces deux conditions.

Ce constat était similaire aux résultats de la thèse d'Héloïse Burles (24) dans laquelle elle interrogeait des patients obèses sur leurs préférences en matière de vocabulaire employé par les médecins généralistes en consultation. Sur un classement de dix expressions, « ressenti par rapport à son corps », « ressenti par rapport à son poids » et « poids » étaient classées respectivement en première, deuxième et troisième position. Le terme « obésité » occupait la dernière place du classement, derrière d'autres termes préférés par les patients comme « corpulence », « surpoids » ou encore « excès de poids ».

Dans notre travail, un des internes interrogés utilisait même des adjectifs qui minimisaient l'excès de poids dans le but de le rendre plus acceptable pour le patient : *« Moi pour parler du surpoids, enfin je dis jamais des trucs trop frontal. Mais souvent j'utilise des formules comme « On a un petit surpoids là » ou « On a quelques kilos en trop » de façon un peu... » (P17, FG3).* On peut retrouver cette minimisation dans le langage médical courant avec l'utilisation d'expressions comme « On va faire un petit check-up » ou « Je vais vous faire une petite piqûre ». Ces formulations parfois abusives peuvent donner un caractère infantilisant aux propos utilisés.

En ce qui concerne la prise en charge, l'expression « faire attention » était souvent utilisée. Cette formulation était cependant critiquée par les internes, même s'ils l'utilisaient, car considérée comme un conseil simpliste et peu approfondi donné au patient en consultation. Cette expression pouvait être jugée culpabilisante vu l'absence d'explications sur comment et

à quoi « faire attention » en estimant que le patient savait ce qu'il fallait faire pour perdre du poids.

Le fait de « savoir » et « d'avoir conscience » de son surpoids ou de son obésité étaient souvent relaté par les internes. On retrouvait cette idée dans la thèse de Zoé Kerhoas où elle affirmait que « *Le patient est placé en situation de « connaisseur », il détient lui-même les clés du savoir le concernant* » (13). Cette notion de savoir est à double tranchant. Le patient est considéré comme quelqu'un qui sait qu'il n'est pas dans la norme médicale. Il peut donc être jugé comme responsable et laissé seul à assumer les conséquences potentielles que cette situation peut entraîner.

Les patients, contrairement aux internes, semblaient utiliser un vocabulaire moins précautionneux pour parler de leurs poids. Comme ce témoignage d'une interne où la patiente répondait « *Bah oui vous pouvez le dire, je suis grosse* » (P12, FG2). Les patients pouvaient ressentir la gêne éprouvée par les internes durant la consultation avec l'hésitation sur les termes employés et donc ils décidaient dans ce cas de crever l'abcès. On retrouvait cette notion également dans la thèse de Déborah Fontes qui s'intéressait à l'analyse des consultations de médecine générale traitant du poids dans les quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg (15). Dans son travail, les patients utilisaient « *parfois des mots très durs pour parler de leurs poids, comme pour répondre au médecin qui a tendance à minimiser le poids avec son vocabulaire* ». L'utilisation de mots pouvant être perçus comme choquants peut être une forme de réappropriation du pouvoir par les personnes concernées.

Rappelons qu'en anglais le terme utilisé est « fat », que le français refuse la traduction littérale qui est « gras » préférant le terme « gros ». C'est d'ailleurs l'acronyme du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS), association regroupant des professionnels de santé

prenant en charge « *des personnes en difficulté avec leur poids et leur comportement alimentaire* » (25).

1.5. Pesée et critiques de l'IMC

Les internes étaient nombreux à procéder à une pesée systématique. Cette pratique faisait écho à la recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui préconise que « *le médecin généraliste doit peser régulièrement et au mieux à chaque consultation tous les patients* » (26).

En réalité, la fréquence de la surveillance pondérale était aléatoire en fonction des internes interrogés mais également chez les médecins généralistes (7,27).

Cette notion de pesée systématique ne fait pas consensus au sein du corps médical. En effet, elle est remise en question car le fait d'imposer au patient de se peser peut être mal vécu s'il éprouve de la souffrance liée à son poids. L'attitude ou les mots utilisés pour demander au patient de se peser pouvaient être considérés comme trop directifs. Ils ne laisseraient pas le choix au patient de refuser cette pesée (9,18). Il s'agissait probablement d'un acte banalisé de la part des internes mais aussi des médecins. En interrogeant les patients au cours d'autres études, on pouvait constater que l'abord du poids était semble-t-il davantage accepté via une discussion que via une pesée (9,10).

Au contraire, la pesée pouvait être considérée comme nécessaire par les internes en fonction des pathologies du patient. On constatait que les internes étaient plus attentifs à certaines catégories de patients comme les personnes âgées, les enfants ou les insuffisants cardiaques. Ils pouvaient aussi avoir besoin d'un poids récent pour adapter la posologie de certains traitements. Partager avec le patient le raisonnement clinique sous-jacent à l'acte de la pesée pourrait être une piste pour améliorer son acception.

Faire monter le patient sur la balance était un moment propice de la consultation pour débiter une conversation autour du poids (13,18,28). Les patients pouvaient réagir spontanément au chiffre affiché en appréciant eux même les variations de leurs poids. L'interne pouvait également de son côté comparer cette donnée à l'antériorité du poids présent dans le dossier médical. Le fait de pouvoir s'appuyer sur des données chiffrées et avoir un élément de comparaison était une aide pour les internes de notre étude.

La demande de pesée pouvait cependant entraîner des réactions violentes et inattendues de la part des patients. Le patient pouvait refuser catégoriquement de monter sur la balance comme dans le témoignage de cette interne : *« Je l'examine, tout va bien. Et en fait, avant de se rasseoir, je dis « Ah bah monter sur la balance d'ailleurs, ça fait longtemps que j'ai pas eu de poids ». Et je la vois d'un coup qui s'arrête et qui me dit « Ah non je ne fais pas ça ». » (P7, FG1)*. La consultation pouvait alors devenir conflictuelle et être mal vécue autant par le patient que par l'interne.

Au contraire, il existait des situations où le patient prenait l'initiative de monter spontanément sur la balance ou demande à se peser sans sollicitation préalable. Il pouvait s'agir de situation où l'interne n'aurait pas forcément proposé de pesée à ce patient. Il s'agissait vraisemblablement de patients ne possédant pas de balance à domicile et profitant du temps de la consultation pour se peser. La demande de pesée formulée par le patient était bien accueillie par l'interne.

Le poids, associé à la taille, permet de calculer l'IMC. Cependant, les internes interrogés critiquaient largement le concept d'IMC qui n'était pas toujours conforme à la situation du patient. C'est un indicateur qui présente des biais et qui nécessite d'être interprété avec prudence. Les internes appréciaient aussi le poids visuellement. Cette estimation visuelle du surpoids et de l'obésité était également retrouvée lorsqu'on interrogeait d'autres médecins

généralistes (14) mais également certains patients (10). Cependant, l'IMC n'est pas totalement abandonné par les médecins et continue même d'être considéré comme une donnée essentielle à recueillir en consultation (12,20). Ce chiffre guide toujours certaines recommandations comme le recours à la chirurgie bariatrique par exemple. La référence à l'IMC est également largement répandue dans la population générale et sert d'indicateur pour les personnes souhaitant perdre du poids. Les limites de l'IMC sont rappelées par la SFE qui précise « *qu'il ne prend pas en compte des facteurs influençant significativement la composition corporelle tels que le sexe, l'âge ou encore l'ethnie* » (23).

1.6. Normes, jugements et société

Du fait de leurs prévalences respectives, le surpoids et l'obésité sont des situations fréquemment rencontrées en médecine générale. Chaque interne interrogé avait une expérience à partager en lien avec cette thématique. Cela pouvait être d'autant plus le cas que ce travail interrogeait les internes de médecine générale d'Alsace, où la prévalence de l'obésité est plus importante que d'autres régions françaises. Plusieurs études observant des consultations en France retrouvaient un abord du poids dans au moins une consultation sur trois en médecine générale (9,18).

De nos jours, les représentations sociétales sur les personnes en surpoids ou obèses demeurent péjoratives. La société prône un idéal de la minceur qui serait synonyme de contrôle de soi et marqueur de réussite sociale. L'obésité continue donc d'être considérée comme une « maladie de la volonté ». Les internes que nous avons interrogé dans notre étude abordaient le fait que l'obésité était encore associée à un bas niveau social et à un manque d'intelligence au sein de la population générale.

Ils estimaient que cette représentation sociétale compliquait l'abord du poids avec les patients de peur d'entraîner une stigmatisation.

Ce rejet de la société des personnes en surpoids ou obèses peut entraîner des discriminations dans différents domaines de la vie quotidienne. Les brimades à l'école ou dans le cercle intra-familial subies par les patients ont été rapportées par les participants. Dans l'enquête « Être grosse » parue en 2019 dans la revue « Sociologie » (29) qui interrogeait des hommes et des femmes en surpoids et obèses, on retrouvait que « *Les femmes en surpoids relatent beaucoup moins d'expériences d'agressions, d'humiliations ou de remarques que les enquêtées obèses, que ce soit par le personnel médical, à l'école ou dans le monde professionnel. Les relations familiales sont cependant un des espaces où la stigmatisation peut être très présente pour les enquêtées en surpoids* ». Il est important de prendre le temps en consultation d'approfondir cette thématique avec les patients. C'est en tout cas ce que préconise la HAS qui recommande que les médecins mesurent l'impact des nombreuses discriminations dont sont victimes les personnes obèses (26).

Les médias, que ce soit la presse écrite ou les réseaux sociaux, participent à véhiculer l'image du corps parfait, mince et svelte, qui ne correspond pas à celui de la personne en surpoids ou obèse. On peut citer le rôle des publicités et magazines prônant de nombreuses méthodes miracles pour perdre du poids et incitant les personnes à rentrer dans cette « norme ». A contrario, les médias sont également vecteurs de campagnes de prévention qui prodiguent des conseils nutritionnels à destination de la population générale. Les internes estimaient que les patients étaient au courant de ces informations : « *C'est écrit à la télé, c'est écrit dans toutes les revues.* » (P4, FG1). Ces messages de santé de publique étaient décriés par les internes car jugés trop normatifs et peu adaptables à la vie réelle des patients.

Cependant, de nouveaux courants de pensée émergent dans la société actuelle comme le « Body positive ». Ce mouvement prône l'acceptation de tous les types de corps. Son but est de casser les standards de beauté imposés par la société. Dans notre étude, ce terme n'a été

employé que par une interne lors des focus groups : « *De temps en temps, on peut avoir des réactions assez brutales. Et vu qu'il y a beaucoup de « Body shaming » en ce moment, moi je suis plus pour le « Body positive ».* » (P16, FG3).

1.7. Prévention

Le médecin généraliste est consulté en premier recours en ambulatoire. Il possède un rôle de prévention avec pour objectif d'éviter l'apparition de maladies chroniques à ses patients. Il prodigue des conseils portant sur le mode de vie et la façon de modifier ses habitudes pour rester en bonne santé le plus longtemps possible.

Dans notre étude, l'abord du poids en consultation pouvait être justifié dans le but d'éviter de potentielles complications ultérieures aux patients en surpoids ou obèses. Le médecin généraliste est au carrefour d'informations qui peuvent avoir un lien avec la prise pondérale. La plupart des patients estiment « *que la gestion pondérale faisait partie des fonctions des médecins généralistes* » (28). Ceci est en accord avec notre travail où les internes estimaient également que le médecin généraliste possède un rôle important en matière de prévention dans ce contexte.

Le surpoids et l'obésité étaient mis en parallèle avec des consommations à risque comme le tabac ou l'alcool. Une interne exprimait le fait que l'excès de poids « *c'est mauvais pour la santé* » (P16, FG3). Le surpoids et l'obésité étaient considérés comme les conséquences de mauvaises habitudes prises par les patients. Cette comparaison aux addictions a déjà été citée dans d'autres travaux (12,13).

1.8. Surpoids chez l'enfant

Les participants de notre étude abordaient spontanément la question du surpoids chez l'enfant lorsqu'on les interrogeait. Contrairement aux adultes, l'abord du poids chez l'enfant

semblait être moins difficile pour les internes. L'utilisation des courbes de croissance du carnet de santé était une aide dans ce contexte. Dans le travail « La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? » (14), les médecins généralistes déclaraient également ressentir plus de facilités à en parler avec les enfants. Dans sa thèse s'intitulant « Surveillance pondérale en médecine générale » où il interrogeait des médecins généralistes du Cher (27), Stéphane Dubois expliquait que la particularité de la population pédiatrique était liée au fait que la surveillance pondérale chez les enfants est quasiment systématique. La présence du carnet de santé avec des examens obligatoires où le poids est une donnée essentielle à recueillir et la préoccupation des parents à propos du bon développement staturo-pondéral de leur progéniture facilitent sans doute l'abord du poids chez l'enfant.

1.9. Causes et conséquences

Les internes reconnaissaient que le surpoids et l'obésité ont une origine multifactorielle, mais restaient souvent centrés sur les notions d'équilibre alimentaire et de dépenses énergétiques. La plupart des travaux interrogeant des médecins généralistes montrait qu'ils considéraient souvent l'alimentation comme étant la principale cause de l'obésité et ils plaçaient le manque d'activité physique en seconde position (5,20). D'autres causes, comme le stress, étaient également évoquées mais en moindre fréquence par rapport à la diététique et à la sédentarité (15). Ce constat n'est pas étonnant car la SFE (23) nous apprend durant nos études de médecine que « *la constitution de l'obésité résulte d'un déséquilibre, sur une période donnée, de la balance énergétique entre les apports et les dépenses d'énergie* ». Le concept de « balance énergétique » affirme que la prise de poids est liée à un plus grand nombre de calories consommées par rapport aux calories dépensées. Cette idée est largement répandue dans la littérature et dans la société en général comme étant la principale cause de l'obésité. Cette notion a cependant déjà été remise en cause notamment par l'Académie Nationale de

Médecine dans son article traitant des nouveaux regards sur les déterminants de l'obésité (30) où elle estimait « *que l'approche classique qui fait du déséquilibre de la balance énergétique le primum movens de l'obésité, ne peut plus être la seule hypothèse physiopathologique* ». Il est donc important de rechercher d'autres facteurs associés.

Les internes interrogés abordaient à plusieurs reprises les événements de vie qui peuvent déclencher ou aggraver une prise de poids. On peut citer par exemple le deuil, le divorce ou le mal être au travail. Le médecin généraliste, en suivant au long cours ses patients, a accès à ces informations personnelles. Il connaît l'histoire de vie des patients et peut identifier d'autres causes que l'alimentation et la sédentarité.

Les troubles du comportement alimentaire n'ont pas été spontanément évoqués par les internes de notre étude lors des focus groups.

L'obésité, mais aussi le surpoids, étaient considérés par les internes comme des situations à risque pouvant entraîner des complications néfastes pour la santé. L'obésité, par exemple, était mentionnée comme un facteur de risque cardiovasculaire par une interne. L'hypertension artérielle, le diabète, la dyslipidémie et les pathologies ostéoarticulaires étaient cités comme des conséquences en lien avec l'excès de poids. Un interne parlait même d'une diminution de l'espérance de vie chez les patients obèses : « *Et même quand j'ai abordé des thématiques un peu... Un peu plus grave. Je lui ai dit « Mais vous avez pas peur qu'il meurt plus jeune ?* ». ». (P8, FG2)

Les internes prenaient souvent appui sur des données objectives et chiffrées comme les résultats de bilan biologique pour démontrer aux patients les conséquences de leur poids sur l'organisme. L'hypercholestérolémie ou l'hyperglycémie étaient même des conséquences attendues par les internes à la lecture de la prise de sang.

Les répercussions psychologiques étaient bien prises en compte par les internes. Le degré de souffrance lié au poids était très aléatoire selon les patients. Si une discussion autour du poids est débutée en consultation, il est important d'échanger avec le patient et d'évaluer les conséquences psychologiques que peuvent avoir le surpoids ou l'obésité sur son quotidien. Les patients peuvent être en souffrance sans forcément l'exprimer spontanément en consultation. Dans ce cas, il semble intéressant d'évaluer la perception qu'ont les patients de leurs propres corps. Cette idée était approuvée par les patients interrogés par Clara Pons dans son étude : « *En effet, évoquer la perception de son corps et les souffrances possibles liées au poids semblaient être important pour les patients lors des entretiens.* » (10).

1.10. Prise en charge

Les internes interrogés étaient d'accord sur la nécessité de proposer une prise en charge spécifique à ce qu'ils considéraient comme étant une problématique de santé à régler. Ils avaient tendance à assimiler le surpoids et l'obésité dans leurs propos, le risque étant d'aligner les conseils et les propositions de prise en charge à deux situations différentes et de pathologiser le surpoids.

Les deux grands axes d'intervention proposés par les internes restaient centrés sur l'alimentation et l'activité physique.

Les conseils alimentaires standards étaient critiqués par les internes. La plupart des patients connaissent les aliments à éviter et ceux à consommer selon ce qui est préconisé par les campagnes de santé publique (31). Les régimes restrictifs sont encore largement répandus au sein de la société mais étaient décriés par les internes. Une participante évoquait l'aspect culturel de l'alimentation qui est important à prendre en compte et qui peut influencer la prise en charge et les conseils nutritionnels prodigués. L'origine du surpoids et de l'obésité étant multifactorielle, la prise en charge nutritionnelle doit être adaptée et personnalisée à

l'individu. Cependant, certains patients trouvent que les conseils des médecins sont peu adaptés à leur mode de vie (5).

Faire entreprendre aux patients une modification des apports alimentaires était compliqué à obtenir selon les internes interrogés. La dimension émotionnelle de l'alimentation qui peut être un refuge pour les patients et la notion d'habitude sont des freins potentiels lors de la prise en charge.

Les grignotages et certains produits étaient diabolisés par les internes de notre étude, comme le fait de manger trop gras et trop sucré. Un interne estimait que les patients n'avaient pas conscience de leur mauvaise alimentation : « *Mais ouais c'était beaucoup de féculents, il y avait quand même pas mal de féculents. Des légumes... Je sais pas hein. Des légumes... Est-ce que c'était... Ce qu'ils appellent légumes c'était des pommes de terre... J'en sais rien. Et ouais, il y avait quand même pas mal aussi de soda visiblement.* » (P8, FG2).

La plupart des médecins généralistes interrogés dans la littérature prodiguait des recommandations nutritionnelles à leurs patients en premier lieu lorsqu'il s'agissait de prendre en charge l'obésité (7,18,20). La diététique continue donc d'occuper une place centrale lors de la prise en charge thérapeutique.

Les internes préconisaient également la pratique d'une activité physique. Ils estimaient que les patients en surpoids exerçant une activité physique étaient moins à risque de troubles métaboliques qu'une personne sédentaire : « *La sédentarité. Forcément je vais plus inquiet avec une patiente de 80 ans, sédentaire, qui a pris 40 kilos en 2 ans, qui sort pas de son fauteuil, qui a des escarres... Là je vais être inquiet avec le poids. Après quelqu'un de grand costaud qui a 40 ans, qui fait du sport, et qui a 5 kilos de trop d'après les critères...* » (P5, FG1). De plus, une

interne jugeait que l'exercice physique était bénéfique dès le moment où la personne était active indépendamment de la pratique d'un sport.

Il est primordial que l'activité physique, comme l'alimentation, ne soit pas considérée comme punitive par le patient. Ressentir un certain plaisir est nécessaire pour poursuivre cette prise en charge au long cours. Dans l'étude « Des femmes corpulentes sous contrainte » qui interrogeait des femmes en surpoids et obèses en France, en Allemagne et en Angleterre, la notion de plaisir alimentaire et gustatif était valorisée dans de nombreux témoignages (31).

Certains aspects comme la classe sociale ou la condition économique du patient, notamment la précarité qui peut être un frein pour s'alimenter correctement et pratiquer une activité physique, n'ont pas été abordés spontanément par les internes au cours de notre étude.

La place centrale du médecin généraliste dans le parcours de soins était affirmée par les internes. La prise en charge de la personne en surpoids ou obèse peut être réalisée par le médecin traitant. Cependant, Nicolas Deboevere dans son étude « Obésité morbide : enquête transversale, gestion des patients en pratique de médecine générale » mettait en évidence qu'un médecin sur cinq considérait qu'il n'était pas de son ressort de prendre en charge l'obésité de ses patients (6). Dans ce cas, il peut orienter vers d'autres professionnels de santé s'il ne se sent pas apte à répondre à la demande du patient. Son rôle de coordination des soins est indéniable. La HAS recommande « *un suivi médical que le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas. Si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints malgré la prise en charge, au bout de 6 mois à un an le médecin peut faire appel à d'autres professionnels en accord avec le patient, et tout en continuant à le suivre* » (26). Le médecin généraliste devrait donc assurer la prise en charge initiale du patient et l'adresser vers d'autres professionnels de santé uniquement en cas d'échec.

Les internes évoquaient le recours aux psychologues, aux centres de l'obésité mais aussi aux diététiciens. L'absence de remboursement des diététiciens a depuis longtemps été critiquée dans les travaux qui traitent de la prise en charge de l'obésité (6,7,12). L'approche psychologique est souvent reléguée au second plan derrière les règles hygiéno-diététiques (32).

Seule une interne abordait les contraintes de temps et d'organisation en médecine générale. Une consultation durant habituellement entre quinze et vingt minutes, elle ne permet pas de traiter à la fois du motif de consultation principal énoncé par le patient, de la prévention, de son histoire de vie et de la prise en charge du poids. Le manque de temps semble être un frein conséquent de la prise en charge du surpoids et de l'obésité pour les médecins généralistes interrogés dans différentes études (6,19).

2. Forces et limites

2.1. Forces

De nombreuses études se sont intéressées aux ressentis des médecins généralistes face à leurs prises en charge de l'obésité. Cependant, peu de travaux se sont consacrés aux représentations des internes et à la manière dont ils abordent le surpoids et l'obésité en consultation. Nous avons remarqué deux thèses qui avaient pour population cible des internes et aucune n'avait été réalisée par le biais de focus groups. Mathilde Laurent dans sa thèse portant sur l'abord du surpoids par l'analyse de portfolios d'internes (16) regrettait le fait de ne pas pouvoir approfondir le non-abord du sujet. Ce point a pu être approfondi par notre étude.

La réalisation d'une étude qualitative par focus groups permet à la population étudiée de pouvoir s'exprimer le plus librement possible. La dynamique de groupe et la confrontation

d'avis divergents permettent de faire progresser le débat et d'explorer les différentes prises de position sur un sujet. Les internes ont pu donc relater leurs différentes expériences à propos du surpoids et de l'obésité et les confronter.

Le recueil d'informations des participants a été considéré comme satisfaisant. Au terme du troisième focus group, aucune idée nouvelle n'a émergé. Nous avons donc pu clôturer le recueil de données.

Les données obtenues ont été soumises à un double codage dans le but d'améliorer l'analyse du verbatim.

2.2. Limites

Les internes interrogés ont été recrutés par le biais des réseaux sociaux et par le bouche-à-oreille. Lors de la constitution de l'échantillon de la population, il est apparu que tous les semestres d'internat n'étaient pas représentés. En effet, il s'agissait exclusivement d'internes en dernier semestre d'internat de médecine générale. Cela peut représenter un biais dans les données obtenues du fait que ces internes sont plus expérimentés que ceux en début de cursus. Il s'agit d'étudiants en fin de formation qui ont une activité plus proche de celle d'un médecin généraliste.

Certaines personnes recrutées étaient des connaissances directes et pouvaient connaître l'intitulé de l'étude au préalable de la participation aux focus groups.

Le premier focus group a été animé par Chloé Delacour qui possède une expérience en recherche qualitative. Les deux autres l'ont été par une interne de médecine générale qui était moins expérimentée dans ce domaine et qui avait participé à la première session. Cette donnée peut avoir un retentissement sur la qualité des échanges. Cependant, le fait qu'elle

était interne tout comme les autres participants a pu également libérer la parole et favoriser les échanges sans sentiment de hiérarchie.

L'effet de groupe a pu restreindre les personnalités les moins extraverties dans leurs déclarations. Les focus groups permettent de confronter des opinions sur un sujet mais une certaine crainte de jugement peut exister. Les propos peuvent être plus modérés et nuancés lors de ces échanges notamment si le sujet est considéré comme sensible par les participants. Il est possible que certains internes auraient pu s'exprimer plus librement au cours d'entretiens individuels et donc que les réponses auraient pu être différentes sans la pression du groupe.

Le fait qu'il s'agisse de mon premier travail de méthodologie qualitative peut également être source de limites.

3. Perspectives

Notre étude suggère certaines pistes pour améliorer la qualité des soins en médecine générale des patients en surpoids et obèses. Il est important de prendre le temps de communiquer et d'échanger avec le patient pour explorer son ressenti lors des consultations où le poids est abordé. Le fait d'aborder la question de manière ponctuelle en laissant le patient décider s'il veut approfondir ou non cette discussion semble être une idée intéressante à mettre en pratique. En effet, on constate que les patients ne veulent pas toujours parler de leur poids et que certains motifs de consultation ne sont pas propices à l'exploration de cette thématique. Les médecins généralistes doivent donc trouver le moment adéquat et adapté pour entamer une discussion sur le poids pour ne pas nuire à la relation de confiance avec leur patient.

Les internes et les médecins généralistes partagent encore souvent les mêmes représentations négatives envers les personnes en surpoids et obèses que le reste de la

population générale. De nombreux préjugés restent à déconstruire que ce soit dans la société, au cours des études médicales ou lors de la formation continue des médecins. Le but étant de former des médecins généralistes moins stigmatisants et plus empathiques pour que les personnes en surpoids et obèses ne se sentent plus discriminées lors de l'accès aux soins primaires.

Il existe à la faculté de médecine de Strasbourg depuis plusieurs années un enseignement complémentaire à destination des étudiants de 2^{ème} année de médecine qui s'intitule « Introduction à l'alimentation, au rapport au corps et à l'activité physique ». Comme décrit sur la plaquette d'information à destination des étudiants (33), l'objectif de cet enseignement « est de former les étudiants en médecine à aborder le poids d'un point de vue centré patient, sans se limiter au « manger bouger » afin d'envisager une prise en charge globale et collaborative ». Organisée en association par des enseignants de médecine générale et de sciences humaines, cette unité d'enseignement permet de préparer avec des étudiants des interventions en rapport avec l'alimentation et l'activité physique réalisées dans le cadre du service sanitaire obligatoire en 3^{ème} année de médecine. Chaque année le nombre de candidats excèdent le nombre de places disponibles, traduisant l'intérêt que suscite cette formation. Il est prochainement envisagé une exploration de l'impact de la participation des étudiants à cet enseignement sur leur attitude en stage d'externat.

V. Conclusion

Ce travail explorait les représentations des internes de médecine générale d'Alsace concernant les patients en surpoids et obèses et la façon dont ils abordaient cette thématique en consultation. La réalisation de focus groups a permis aux participants de s'exprimer librement sur les expériences vécues au cours de leurs stages en médecine libérale.

L'abord du poids était considéré comme délicat et complexe. Les internes redoutaient de blesser et de stigmatiser les personnes en surpoids ou obèses. Néanmoins, cette thématique était fréquemment abordée en consultation même s'il s'agissait rarement du motif initial énoncé. Les internes estimaient qu'il était nécessaire d'évoquer le sujet du poids avec les patients dans un but préventif afin de leur éviter d'éventuelles complications ultérieures. L'appui sur les données chiffrées des bilans biologiques, de la pesée, des courbes de croissance étaient une aide pour initier une discussion. Les internes étaient également plus confiants pour discuter du surpoids chez l'enfant ou lorsque le patient était à l'initiative de l'abord du poids. Ils estimaient alors que l'échange était plus fluide et le patient plus réceptif à leurs conseils.

Certaines techniques de communication étaient utilisées par les internes comme le fait de poser des questions ouvertes, choisir un vocabulaire adapté, laisser la porte ouverte au patient de décider d'approfondir ou non la discussion autour du poids. Les consultations de suivi, contrairement à celles traitant de pathologies aiguës, semblaient plus propices à cet échange. Il était également important d'explorer le ressenti des patients à propos de leur poids et les discriminations qu'ils pouvaient subir au quotidien.

Les internes intervenaient ponctuellement dans le parcours de soins du patient. Il n'existait pas de relation de confiance préalable à leur rencontre. Ils étaient conscients que

leur manque de connaissance de la personne et de son environnement pouvait avoir un impact sur la relation de soins. Ils étaient parfois frustrés de ne pas pouvoir assurer le suivi au long cours de ces patients, ce qui pouvait entraîner un sentiment de moindre légitimité par rapport au médecin traitant.

L'origine multifactorielle du surpoids et de l'obésité était bien assimilée par les internes. Cependant, les axes thérapeutiques restaient centrés sur l'alimentation et l'activité physique. Les internes avaient tendance à faire un amalgame entre surpoids et obésité lorsqu'ils évoquaient les causes, les conséquences mais également la prise en charge proposée. Le risque était alors de pathologiser le surpoids.

L'interne, en tant qu'individu faisant partie de la société, n'était pas exempt des mêmes représentations péjoratives que la population générale. Ils formulaient certaines critiques sur le manque d'observance, la malnutrition ou encore la sédentarité des personnes en surpoids et obèses. La stigmatisation de la part des soignants peut compliquer l'accès aux soins primaires de ces patients. Il est donc nécessaire que la communauté médicale s'ouvre à la prévention contre la grossophobie dans les soins, et ce dès les premières années d'études médicales.



28/12/23
 Gilla BERTSCHEV
 [Signature]

VI. Bibliographie

1. Obésité [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>
2. Forte progression de l'obésité en France en 2020. [Internet]. [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://liguecontrelobesite.org/actualite/forte-progression-de-lobesite-en-france-en-2020/>
3. Grossophobie - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/grossophobie>
4. Gras Politique [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://graspolitique.fr/>
5. Guérin R, Lasserre É, Moreau A, Guïoux A, Goaziou MFL, Laville M, et al. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. *Exercer*. 2008;84:135-41.
6. Deboevere N. Obésité morbide : enquête transversale régionale : gestion des patients en pratique de médecine générale. Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2015.
7. Hernandez-Bridier M. Obésité de l'adulte : pratiques et attentes de médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge en Picardie en 2015. Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Verne Amiens; 2016.
8. Contiero-Yvars A. Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault. Thèse de médecine. Université de Montpellier; 2018.

9. Prod'homme L, Riglet C, Godart N, Huas C. Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale. *Sante Publique*. 23 mai 2019;31(1):7-17.
10. Pons C. Comment est vécu l'abord ou l'absence d'abord du poids en consultation de Médecine Générale pour les patients de plus de 18 ans ? Thèse de médecine. Université François-Rabelais Tours; 2013.
11. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Rech Soins Infirm*. 2005;81(2):21-7.
12. Ali L. Les ressentis et pratiques des médecins généralistes de la Somme dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en médecine générale. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine. Université de Picardie Amiens; 2015.
13. Kerhoas Z. Obésité de l'adulte : opinions, attitudes et propositions des médecins généralistes, une étude qualitative par focus groups. Thèse de médecine. Université de Rennes; 2018.
14. Lehr-Drylewicz AM, Renoux C, Savan L, Lebeau JP. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? *Exercer*. 2010;94:132-7.
15. Fontes D. Projet FETOMP : Analyse de consultation de médecine générale en QPV traitant du surpoids et de l'obésité. Thèse de médecine. Université de Strasbourg; 2020.
16. Laurent M. L'abord du surpoids par les étudiants de troisième cycle en consultation de médecine générale à travers les portfolios. Thèse de médecine. Université de la Réunion; 2021.

17. Le Merle A, Payeur R. Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale. Thèse de médecine. Université Grenoble Alpes; 2022.
18. Vuillot A. Abord du poids et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la Ville de Montpellier. Projet Formation et Éducation Thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux Précaires (FETOMP). Thèse de médecine. Université de Montpellier; 2020.
19. Fayemendy PJM. La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne : difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration. Thèse de médecine. Université de Limoges; 2012.
20. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux JC, Lussault PY, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité : attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. Presse Médicale. 2005;34(11):769-75.
21. Gros Lambert R, Perez T. Les particularités de la prise en charge globale des personnes obèses : le point de vue des internes de médecine générale de Grenoble, une étude qualitative. Thèse de médecine. Université de Grenoble Alpes; 2020.
22. Franceinfo [Internet]. 2018 [cité 28 sept 2023]. GRAND FORMAT. « Je ne me soigne plus à cause des médecins » : des patientes dénoncent la « grossophobie médicale ». Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/societe/grand-format-je-ne-me-soigne-plus-a-cause-des-medecins-des-patientes-denoncent-la-grossophobie-medicale_2551559.html

23. Item 251 – UE 8 - Obésité de l'enfant et de l'adulte [Internet]. Société Française d'Endocrinologie. 2020 [cité 14 avr 2022]. Disponible sur:
<https://www.s fendocrino.org/item-251-ue-8-obesite-de-lenfant-et-de-ladulte/>
24. Burles H. Abord de l'obésité en consultation : quels termes préfèrent les patients? Étude quantitative transversale par auto-questionnaire diffusé via le réseau social Facebook. Thèse de médecine. Université de Montpellier; 2022.
25. G.R.O.S. - Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids [Internet]. [cité 15 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.gros.org/>
26. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2021 [cité 23 nov 2021]. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-ladulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
27. Dubois S. La surveillance pondérale en consultation de médecine générale : étude des pratiques de 38 médecins généralistes maîtres de stage universitaire à la Faculté libre de médecine de Lille. Thèse de médecine. Université de Lille; 2012.
28. El Otmani B, Neveux P, Serge F, Cailliez E. Pratiques de contrôle du poids et place du médecin généraliste dans la gestion pondérale. À propos d'une enquête en Pays de la Loire. Cah Nutr Diététique. 2016;51:26-32.
29. Carof S. Être grosse. Du corps discréditable au corps discrédité. Sociologie. 2019;10(3):285-302.
30. Nouveaux regards sur les déterminants de l'obésité – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur:

<https://www.academie-medecine.fr/nouveaux-regards-sur-les-determinants-de-lobesite/>

31. Carof S. Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre. *Année Sociol.* 2017;67(1):107-130.
32. Bonnet C. Utilisation du réseau de soins dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte par les médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
33. EC 17- Introduction à l'alimentation, au rapport au corps et à l'activité physique (ACAP) - Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé - Université de Strasbourg [Internet]. [cité 11 déc 2023]. Disponible sur:
<https://med.unistra.fr/formations/formation-initiale/1er-cycle-dfgsm/rof/FH22/FRUAI0673021VCOEN46664?cHash=5a0acbd49a8ea384c1ae35de85b051c5>

VII. Annexes

1. Annexe 1 : Guide d'entretien premier focus group

Guide d'entretien

Présentation des participants :

- Sexe
- Semestre d'internat
- Région/ville d'origine (de l'externat)
- Formation particulière (DU ou stage)

- 1) Pourriez-vous me raconter la dernière fois où vous avez abordé avec un patient en consultation la question de son poids ? Quel était le motif de consultation initial ?
- 2) Pensez-vous qu'il s'agit du rôle du médecin généraliste de prendre en charge les personnes en surpoids ou obèses ?
- 3) Si vous parlez avec votre patient de son surpoids ou de son obésité, quel vocabulaire utilisez-vous ?
- 4) Quelles pourraient être vos réticences à aborder le sujet du surpoids/de l'obésité avec les patients ?
- 5) Vous sentez-vous légitime en tant qu'internaire pour parler de surpoids/obésité avec un patient qui vous ne connaissez pas ?

2. Annexe 2 : Guide d'entretien deuxième et troisième focus group

Guide d'entretien

Présentation des participants :

- Sexe
- Région/ville d'origine (de l'externat)
- Semestre d'internat
- Formation particulière (DU ou stage)

- 1) Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à ce focus group ?
- 2) Pourriez-vous me raconter la dernière fois où vous avez abordé avec un patient en consultation la question de son poids ? Quel était le motif de consultation initial ?
- 3) Pensez-vous qu'il s'agit du rôle du médecin généraliste de prendre en charge les personnes en surpoids ou obèses ?
- 4) Si vous parlez avec votre patient de son surpoids ou de son obésité, quel vocabulaire utilisez-vous ?
- 5) Quelles pourraient être vos réticences à aborder le sujet du surpoids/de l'obésité avec les patients ?
- 6) Vous sentez-vous légitime en tant qu'internaire pour parler de surpoids/obésité avec un patient qui vous ne connaissez pas ?

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : HUDER Prénom : Chloé

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.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encauserais en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

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

Signature originale :

A Strasbourg, le 12/12/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : Les personnes en surpoids et obèses peuvent être victimes de discrimination au quotidien mais également au sein du système de santé. Le médecin généraliste est en première ligne pour les accompagner dans leurs parcours de soins. Durant leurs études, les internes de médecine générale vont eux aussi être amenés à échanger avec ces patients. L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations des internes de médecine générale d'Alsace concernant les patients en surpoids et obèses et la façon dont ils abordent le sujet en consultation.

Méthode : Réalisation d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés en focus groups.

Résultats : Dix-huit internes de sixième semestre ont participé à cette étude. Le poids était fréquemment abordé même s'il s'agissait rarement du motif de consultation initial. Les internes considéraient le surpoids et l'obésité comme des thématiques complexes à aborder avec les patients car ils redoutaient de les blesser ou de les stigmatiser. Cependant, les internes émettaient, comme la société, certains jugements négatifs envers les personnes en surpoids ou obèses. L'origine multifactorielle de l'excès de poids et ses répercussions psychologiques étaient bien assimilées par les internes. Ils estimaient qu'une prise en charge était nécessaire mais les deux axes thérapeutiques privilégiés restaient centrés sur l'alimentation et l'activité physique. Un amalgame était fait entre le surpoids et l'obésité avec pour conséquence un risque de surmédicaliser le surpoids.

Conclusion : Les internes estimaient qu'il était nécessaire d'aborder le sujet du poids dans un but préventif afin d'éviter de potentielles complications ultérieures. Ils étaient conscients de la nécessité d'avoir une posture favorisant la communication et le lien avec le patient en consultation.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : Poids – Surpoids – Obésité – Interne – Médecine générale

Président : Professeur Gilles BERTSCHY

Assesseurs : Docteur Léa CHARTON, Docteur Chloé DELACOUR

Adresse de l'auteur : 24 rue du Fossé Riepberg, 67100 Strasbourg