

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'intégration en médecine générale de l'émergence de la
stéatopathie métabolique dans le Nord-Pas-de-Calais : étude
qualitative auprès de 17 médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le 9 mars 2023 à 18h00
au Pôle Formation
par **Paul DELPORTE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Sébastien DHARANCY

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Damien MEURISSE

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Thérèse DUMINIL

Travail de l'Institut Catholique de Lille

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

SIGLE 1	Signification
SIGLE 2	Signification
ASAT, ALAT	Aspartate aminotransférase, Alanine aminotransférase
ALD	Affection longue durée
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
CPP	Comité de protection des personnes
CRD2M	Commission de recherche des départements de médecine et maïeutique
EASL	European Association for the Study of the Liver
HTA	Hypertension artérielle
IRM	Imagerie par résonance magnétique
kPa	Kilopascal
MG	Médecin généraliste
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NAFLD	Non-Alcoholic Fatty Liver Disease
NASH	Non-Alcoholic SteatoHepatitis

Table des matières

RESUME	7
PREAMBULE	8
INTRODUCTION	9
I. La stéatopathie métabolique.....	9
A. Définition.....	9
B. Physiopathologie.....	10
C. Epidémiologie	12
D. Diagnostic	13
1. Imagerie	13
2. Histologie	14
3. Test non-invasifs	14
E. Prise en Charge	16
F. Impact sur la santé publique	18
II. Le Nord-Pas-de-Calais	19
A. Caractéristiques Démographiques	19
B. Situation Médicale.....	20
1. Dotation médicale.....	20
2. Santé publique du territoire.....	21
III. Objectifs de l'étude	22
MATERIELS ET METHODES	23
I. Type d'étude.....	23
II. Population.....	25
III. Recueil des données	26
IV. Analyse des données	28
V. Aspects éthiques et règlementaires.....	29
RESULTATS	30
I. Description de l'échantillon	30
II. Entrer dans la problématique :.....	32
A. Le motif initial de consultation	32
B. Les modalités de dépistage.....	32
C. La découverte fortuite	34
III. La stratégie mise en place.....	35

A.	Le recours aux examens complémentaires	35
B.	La prise en charge par le médecin généraliste	35
1.	Une prise en charge globale	35
2.	Une prise en charge en coopération avec le patient	38
3.	Une prise en charge paramédicale	38
4.	Une prise en charge sur le long terme	40
C.	Le recours à la prévention.....	40
D.	Le recours aux spécialistes	41
1.	Les orientations aux spécialistes	41
2.	Les attentes du médecin généraliste vis-à-vis du spécialiste	43
E.	Les ressources disponibles	44
F.	Les bénéfices attendus de la prise en charge	45
IV.	Une pathologie source de questionnements pour le médecin	46
A.	Les connaissances du médecin généraliste	46
B.	Les questionnements du médecin généraliste.....	47
1.	Sur la pathologie.....	47
2.	Sur le diagnostic.....	48
3.	Sur la prise en charge	48
4.	Sur le dépistage	49
C.	Le ressenti du médecin généraliste.....	50
1.	Epidémiologie selon le médecin généraliste	50
2.	Les comparaisons	50
3.	Conscient des enjeux de santé publique	52
4.	Une pathologie concrète.....	53
5.	Une pathologie réversible	54
V.	La stéatopathie métabolique recentre le médecin sur le patient.....	55
A.	Comment le médecin perçoit le ressenti de son patient	55
B.	La relation médecin-patient	56
C.	La prise de conscience du patient.....	57
1.	Un patient dans l'ignorance	57
2.	Un patient dans le déni.....	58
3.	Un patient à motiver	58
VI.	Une pathologie qui suscite de nombreux freins	59
A.	Freiné par la symptomatologie discrète.....	59
B.	Freiné par le patient	60
C.	Freiné par l'accessibilité au spécialiste.....	61
D.	Freiné par la société.....	62
E.	Freiné par les inégalités sociales	63

F. Freiné par la priorité des autres comorbidités.....	64
G. Freiné par un manque de formation	64
VII. Les pistes d'amélioration	65
A. Améliorer la prise en charge	65
B. Améliorer le dépistage	66
C. Améliorer la prévention	67
DISCUSSION	69
I. Forces et limites de l'étude	69
A. Forces de l'étude	69
B. Limites de l'étude	70
II. Une pathologie sous-diagnostiquée	71
III. Une prise en charge centrée sur le patient.....	72
IV. Le médecin généraliste en première ligne.....	74
V. De l'importance de la prévention	75
CONCLUSION	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
ANNEXES	83

Résumé

Contexte : En France, quasiment la moitié de la population adulte est en surpoids ou obèse. La stéatopathie métabolique présente une prévalence mondiale qui ne cesse de progresser, elle est en passe de devenir la première indication de transplantation hépatique. Les médecins généralistes seront en première ligne pour permettre un diagnostic puis une prise en charge précoce, afin de limiter les complications et les coûts de santé publique de cette pathologie. Ce travail s'est intéressé à l'intégration par les médecins généralistes, de l'émergence de la stéatopathie métabolique dans le suivi de leurs patients obèses.

Méthode : Cette étude était qualitative, descriptive, inspirée de la théorisation ancrée. Il s'agissait d'un échantillonnage raisonné théorique. L'étude a été menée auprès de 17 médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais, sur la base de 11 entretiens semi-dirigés puis d'un focus group de 5 participants.

Résultats : Le médecin généraliste se sentait concerné, mais peu à l'aise avec la prise en charge de cette pathologie. Il faisait le diagnostic de stéatopathie métabolique sur la base d'une biologie sanguine ou par une découverte fortuite à l'imagerie. Sa prise en charge reposait sur le suivi des enzymes hépatiques ainsi que sur l'optimisation des règles hygiéno-diététiques. Les tests sanguins de fibrose et le fibroscan étaient cités mais n'étaient pas maîtrisés. Le praticien proposait le remboursement de la consultation de diététique. Il estimait indispensable la prise de conscience du patient, afin de modifier son mode de vie.

Conclusion : La prise en charge en médecine générale peut être améliorée. Le médecin généraliste doit être sensibilisé à l'utilisation des tests non invasifs de fibrose. Cela permettra un dépistage de cette pathologie en soins primaires dans le but d'en limiter la progression, ainsi que d'améliorer le syndrome métabolique sous-jacent et ses comorbidités associées. Cette prise en charge n'aura de sens que si elle s'inscrit dans une politique globale de santé publique.

Préambule

En France, quasiment la moitié de la population adulte est en surpoids ou obèse (1). Associée à l'obésité et l'insulino-résistance, la stéatose hépatique présente une prévalence mondiale estimée à un adulte sur quatre. Sa forme évolutive, la stéatohépatite (NASH : en anglais Non-Alcoholic SteatoHepatitis) concernerait entre 2 et 6 % de la population mondiale. De part l'épidémie actuelle d'obésité, la prévalence de la NASH devrait augmenter de 63 % d'ici à 2030, devenant ainsi la première indication de transplantation hépatique mondiale (2).

Si les thérapeutiques médicamenteuses n'ont pas encore démontré leur efficacité, l'optimisation pondérale par l'application des règles hygiéno-diététiques permet la régression de la stéatose hépatique. De même, la chirurgie bariatrique semble efficace sur la stéatohépatite (3). Les médecins généralistes seront donc en première ligne pour permettre un diagnostic puis une prise en charge précoce et pluridisciplinaire afin de limiter les complications de cette pathologie.

L'objectif de cette thèse est de décrire les pratiques actuelles des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais concernant l'intégration dans le suivi de leurs patients de l'émergence de la stéatopathie métabolique. Nous analyserons une consultation standard avec un patient obèse, afin d'observer si les complications hépatiques sont recherchées, à quelle occasion et dans quelle mesure. Ensuite, nous décrirons les méthodes de dépistage et de prise en charge. Enfin, nous analyserons les connaissances et les pistes d'amélioration concernant la stéatopathie métabolique.

Ces axes seront étudiés dans le but de répondre à la question de recherche suivante : Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais intègrent-ils l'émergence de la stéatopathie métabolique dans le suivi de leurs patients obèses ?

Introduction

I. La stéatopathie métabolique

A. Définition

La stéatopathie métabolique est décrite pour la première fois en 1980, Ludwig et al (4), publient une description de 20 patients : leur histologie hépatique semble relativement similaire à celle des consommateurs excessifs d'alcool, sans pour autant que ces patients n'aient d'intoxication éthylique. Ils mettent en évidence chez ces 20 patients les caractéristiques communes suivantes : dyslipidémie, obésité, diabète.

La stéatose hépatique correspond à des lésions hépatiques dues à l'accumulation de triglycérides dans le cytoplasme hépatocytaire, ces lésions peuvent être associées à une inflammation hépatique. Le diagnostic histologique repose sur la présence de stéatose d'au moins 5% des hépatocytes et ce, en l'absence de contexte tel qu'une consommation d'alcool excessive, un traitement stéatogène (Amiodarone, Tamoxifène...), ou une autre hépatopathie chronique (5).

Dans un second temps, la fibrose s'accumule dans le parenchyme hépatique. La stéatose hépatique s'associe à une inflammation lobulaire et une ballonnisation hépatocytaire : C'est la stéatohépatite (NASH : Non-Alcoholic SteatoHepatitis).

Selon l'EASL (European Association for the Study of the Liver), ces deux formes clinicopathologiques définissent une entité nosologique : la stéatopathie métabolique (NAFLD : Non-Alcoholic Fatty Liver Disease) (6).

B. Physiopathologie

Cette pathogenèse est multi factorielle et encore mal comprise. Néanmoins, les études humaines et animales semblent montrer un rôle important des macrophages dans un contexte de dysfonction des interactions entre tissu adipeux et hépatocytes : normalement l'inhibition de la lipolyse constitue l'action principale de l'insuline dans le tissu adipeux. Mais la croissance du tissu adipeux associée à une insulino-résistance entraîne une diminution de l'effet anti-lipolytique de l'insuline, ce qui augmente la libération d'acides gras libres à l'origine des dysfonctions mitochondriales ainsi qu'une lipotoxicité (7). L'association entre adipocytes et cellules inflammatoires participe à l'inflammation systémique de bas grade (8).

Dans le foie, les cellules de Kupffer sont activées par de multiples stimuli tels que le cholestérol et ses métabolites, les acides gras saturés, les lipides peroxydés, les endotoxines. Ces cellules de Kupffer initient alors une réponse inflammatoire en recrutant des monocytes et en déclenchant la production de cytokines pro-inflammatoires (notamment TNF α et IL-1 β). Ce phénomène contribue à la NAFLD et à sa progression vers la fibrose (9).

Le rôle du microbiote est suggéré : des études réalisées sur les souris et les humains introduisent le principe de « caloric gatekeeper », joué par le microbiote qui influence le métabolisme de l'hôte en produisant des calories à partir de substrats nutritifs initialement inaccessibles. La composition de cette flore serait favorisée par une alimentation riche en graisses et aliments à indice glycémique élevé (10).

Le modèle du « two-hit » décrivait les changements métaboliques et moléculaires qui conduisent à la transformation de la stéatose en stéatohépatite. Il a été abandonné car considéré comme insuffisant et a laissé place au modèle théorique du « multiple hits ». En considérant l'insulino-résistance comme principal

mécanisme physio-pathologique, il prend en compte la composante multifactorielle en intégrant entre autres les prédispositions génétiques, l'épigénétique, les facteurs nutritionnels, les sécrétions d'hormones par le tissu adipeux, le microbiote intestinal (11). Ces modèles sont représentés dans la figure ci-dessous.

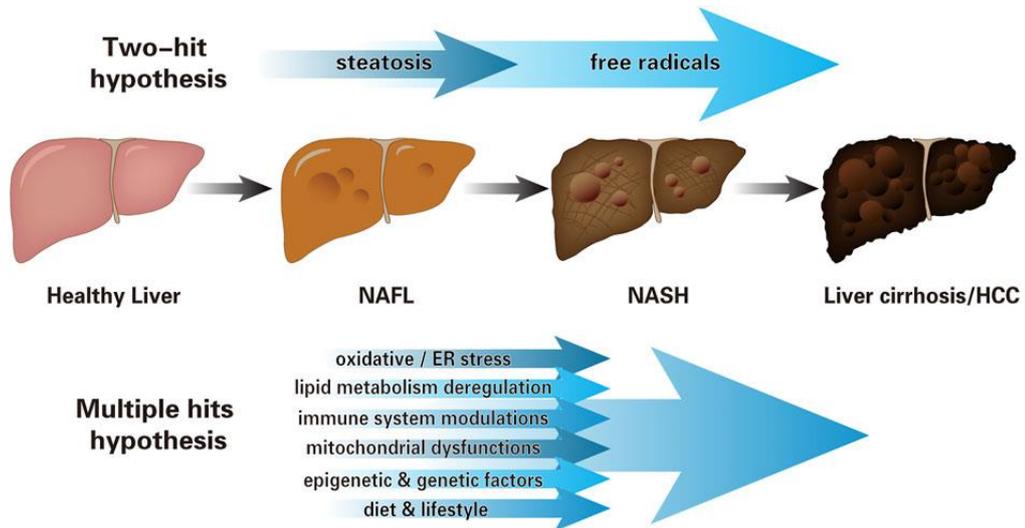


Figure : Modèle théorique du « Multiple hits ». (Extrait de Xu H et al, Front Mol Biosci. 2021)(12)

Pour certains auteurs, la NAFLD pourrait être reconnue comme la composante hépatique du syndrome métabolique. Une étude sur 6 ans a montré, en cas de stéatose une majoration du risque d'hypertension artérielle, de diabète et réciproquement. Mais le lien de cause à effet n'est pas clairement démontré (13).

C. Epidémiologie

Les estimations de prévalence de stéatose hépatique et de stéatohépatite sont alarmantes : Dans une méta-analyse (2) menée sur des études de 1989 à 2015, la prévalence dans la population adulte mondiale serait pour la stéatose hépatique de 25.24% et pour la NASH de 3.5%. Cette même étude estime le taux de progression de la fibrose à 40.76% par an.

Aux États-Unis, la prévalence de la stéatose hépatique atteindrait 34 % de la population adulte totale, représentant au minimum 43 millions de personnes (14).

En France, une analyse réalisée sur la cohorte CONSTANCES (15), (grande cohorte épidémiologique représentative sur les versants socio-économiques et démographiques de la population française), rapporte une prévalence de la stéatose hépatique estimée à 18.2%, ce qui correspondrait à près de 8,5 millions de Français. La prévalence serait un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes (25.8% vs 11.4%). Sans surprise, chez les groupes à risque, cette prévalence augmente puisque la NAFLD approche les 80% chez les sujets obèses, et 60% chez les sujets diabétiques de type 2. Enfin, Il existerait un gradient décroissant Nord-Sud.

Néanmoins, il existe des NAFLD chez des patients avec un IMC < 30 kg/m², (voire < 25 kg/m²), mais présentant une accumulation de graisse viscérale (parfois nommées « Lean NAFLD ») (16).

En 8 ans, 12% des cas évoluent vers la cirrhose et ses complications : insuffisance hépato-cellulaire, hypertension portale ainsi que carcinome-hépato-cellulaire (17).

D. Diagnostic

1. Imagerie

L'imagerie est un bon moyen de diagnostic non invasif (18) :

- L'échographie hépatique est une technique facile à mettre en œuvre et de coût limité. C'est un bon moyen de dépistage dans les populations à risque, ses performances sont raisonnables pour la détection des stéatoses modérées à sévères : la sensibilité est de 80% et la spécificité de 86%. Cependant, ses performances sont opérateur-dépendants et diminuées dans le dépistage des stéatoses légères.
- Le scanner, comme l'échographie dépiste les stéatoses modérées à sévères (avec une sensibilité de 82 % et une spécificité de presque 100%). Son manque de performance en cas de légère stéatose, son irradiation et son coût plus élevé le rendent inapproprié au dépistage et au suivi. Il reste pertinent dans les transplantations hépatiques pour l'évaluation des donneurs.
- Contrairement aux deux examens précédents qui évaluent la stéatose hépatique par des paramètres indirects (atténuation du foie par rapport à la rate pour le scanner, échogénicité pour l'échographie), l'IRM est capable de mesurer directement la quantité de graisse intra-hépatique. Cet examen est facilement reproductible, fiable (sensibilité de 90 % et spécificité de 90%). Cependant, son coût élevé et sa moins bonne disponibilité en font plutôt un outil de suivi des patients inclus en protocoles.
- L'élastographie par ultrasons et l'élastographie par résonance magnétique sont performantes (sensibilité 94% et spécificité 73%) pour différencier NAFLD de NASH.

2. Histologie

À ce jour, le seul moyen de diagnostiquer ainsi que d'évaluer les différentes présentations clinico-pathologiques entre stéatose hépatique (simple et non inflammatoire) et stéatohépatite (inflammatoire et fibrosée) est l'analyse histologique (19). Ce diagnostic histologique repose sur l'identification de l'association de trois lésions : stéatose, ballonnisation hépatocytaire et inflammation lobulaire. La ballonnisation hépatocytaire est le signe le plus spécifique (20). D'autres lésions sont possibles mais pas indispensables au diagnostic (il s'agit notamment de l'inflammation portale, des infiltrats polymorphes à prédominance de polynucléaires, des vacuoles cytoplasmiques claires, des corps de Mallory-Denk, des corps apoptotiques, des mégamitochondries, des lipogranulomes et noyaux glycogéniques)(21).

3. Test non-invasifs

Sur un bilan biologique simple, l'augmentation des transaminases est un argument en faveur de NASH (22). C'est un dosage facile mais la normalité des transaminases ne permet pas d'exclure la stéatohépatite. La sensibilité est de 42% et la spécificité de 80% (23).

Les tests sanguins de fibrose les plus utilisés dans la stéatose hépatique sont le NAFLD Fibrosis Score (NFS, variables : âge, index de masse corporelle, hyperglycémie, diabète, ASAT, ALAT, plaquettes, albumine) et le FIB 4 (âge, ASAT, ALAT, plaquettes) (24). Ces deux tests s'interprètent par deux seuils diagnostics. Le seuil inférieur de ces tests (NFS < 1.455 et FIB 4 < 1.30) exclut la fibrose hépatique avec une valeur prédictive négative de 90%. Mais à l'inverse, le seuil supérieur (NFS > 0,676 et FIB4 > 2,67) ne présente qu'une valeur prédictive positive de 67%.

Le FibroScan est un appareil d'élastométrie hépatique par ultrasons. Le seuil diagnostique pour exclure la fibrose hépatique avancée est inférieur à 7.9 kPa, le seuil pour l'affirmer est supérieur à 9,6 kPa (25).

Les tests sanguins de fibrose et le Fibroscan sont des examens qui permettent d'identifier les patients à faible risque de fibrose avancée et de cirrhose. Mais individuellement, ils présentent des performances insuffisantes (26). L'EASL suggère donc que « l'amélioration du diagnostic non-invasif par l'association d'un test sanguin avec le Fibroscan devrait permettre de réduire le nombre de biopsies hépatiques. »(27)

E. Prise en Charge

Actuellement, l'optimisation pondérale ainsi que la diminution de l'insulinorésistance sont les seules prises en charge ayant montré une efficacité sur la NASH (28).

Le régime, à lui seul, permet l'amélioration du bilan sanguin via les transaminases et permet de réduire l'insulinorésistance. Son association à l'exercice physique permet la réduction de la stéatose. L'importance de la réduction pondérale semble refléter la réduction de la stéatose hépatique histologique (29).

Suivant cette logique, il semblerait que la chirurgie bariatrique (anneau, bypass, sleeve), soit efficace dans près de 80 % des cas. Histologiquement, elle permet « une disparition du processus inflammatoire, initie la diminution de la fibrose, apporte un effet bénéfique histologique hépatique (amélioration des lésions nécrotico-inflammatoires, de la ballonisation et de la fibrose au cours de la stéatopathie sévère), mais aussi un effet bénéfique sur leur bilan métabolique, avec moins de dyslipidémie et moins d'insulinorésistance. »(30) L'importance de la réponse histologique est de nouveau associée à la perte de poids et à l'amélioration de l'insulinorésistance.

Concernant les thérapeutiques médicamenteuses, à l'heure actuelle aucune molécule n'a fait preuve de son efficacité :

- Il n'existe pas de preuve suffisante pour soutenir ou réfuter l'utilisation de Statines chez les patients atteints de stéatose hépatique ou de NASH (31).
- En pratique clinique la Metformine est parfois prescrite pour son effet antitumoral démontré vis-à-vis du carcinome hépato-cellulaire chez les patients diabétiques (32).

- Les Glitazones et la Vitamine E malgré leur efficacité sur la NASH, ont été retirées du marché pour des raisons de sécurité sanitaire notamment néoplasiques (33,34).
- Un essai de phase 3 est en cours avec un agoniste du GLP-1 (Sémaglutide). La phase 2 a montré à 72 semaines, une amélioration histologique d'un patient sur deux (35).

Concernant les probiotiques, une méta-analyse (36) a étudié lactobacillus, bifidobacterium et streptococcus. Ils permettent une diminution des transaminases, du cholestérol total, du TNF- α , ainsi qu'une amélioration de l'insulino-résistance. Cela ouvre la porte à la modification du microbiote intestinal comme nouveau traitement de la stéatose hépatique.

Concernant la pluri-disciplinarité, l'EASL recommande un bilan cardio-vasculaire chez les patients atteints de stéatose hépatique. En effet, les complications cardiovasculaires sont étroitement liées au pronostic de la NAFLD :

- En cas de NASH, les complications hépatiques sont bien les causes de décès les plus fréquentes.
- En cas de NAFLD, il s'agit des complications cardio-vasculaires et des cancers extra-hépatiques (37).

F. Impact sur la santé publique

Avec l'explosion de l'incidence de l'obésité, la prévalence mondiale de la stéatohépatite devrait progresser de 63 % d'ici à 2030 (38), devenant la première indication de transplantation hépatique mondiale (2).

Par ailleurs, certaines études de cohortes américaines classent déjà la NAFLD comme première cause de cirrhose (39).

Certaines modélisations estiment que la prévalence de la NAFLD connaîtra aux USA une augmentation de plus de 20% du nombre de patients, touchant ainsi près d'un tiers de sa population adulte (38).

Plusieurs études rapportent la NAFLD comme facteur de risque carcinologique, de diabète de type 2, de pathologie cardio-vasculaire, d'insuffisance rénale chronique, ainsi que d'ostéoporose par carence en vitamine D (40–42).

D'ici à 2030, l'incidence des décompensations de cirrhose va augmenter de 168%, celle du carcinome hépato-cellulaire de 137%. Finalement celle des décès de cause hépatique de 178%, devenant ainsi la première cause de mortalité hépatique (38).

Le coût annuel total des soins des patients NASH est estimé à 103 milliards de dollars par an aux États-Unis. En Europe pour l'ensemble des 4 pays suivants : France, Royaume-Uni, Italie et Allemagne il est estimé à 35 milliards d'euros par an. Les modélisations estiment que cela pourrait représenter une charge économique de 302 milliards d'euros en dix ans dans ces 4 pays d'Europe (43).

Les médecins généralistes seront bien en première ligne pour permettre un diagnostic puis une prise en charge précoce et pluridisciplinaire afin de limiter les complications de cette pathologie.

II. Le Nord-Pas-de-Calais

A. Caractéristiques Démographiques

Selon l'INSEE, au 1er janvier 2022, le Nord-Pas-de-Calais compte 4 063 428 habitants (44). Cette population augmente légèrement de 0,1% par an. C'est un territoire densément peuplé puisque le Nord est le département le plus peuplé de France, le Pas de Calais est le 8^{ème} (45).

Il s'agit d'un territoire fragile sur les plan social, économique et médical :

- Le taux de chômage est au dessus de la moyenne nationale (qui s'élève à 7,3%) puisque le Nord-Pas-de-Calais compte 8.9% de chômeurs, catégorie A, au 3^{ème} trimestre 2022 (46).
- Le taux de pauvreté est plus élevé que le taux national (18.8% de la population du Nord et 18.4% du Pas de Calais, contre 14,6% de la population française) (47).
- En 2021 le Nord-Pas-de-Calais est le territoire de France Métropolitaine où l'espérance de vie est la plus faible (77 ans pour les hommes et 83,6 ans pour les femmes) (48). La consommation de soins y est aussi plus élevée que la moyenne nationale, aussi bien pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers (49).

B. Situation Médicale

1. Dotation médicale

La France compte 84 133 médecins généralistes en 2022. Le pays manque de médecins généralistes et connaît une diminution du nombre total de médecins qui devrait se poursuivre au moins jusque 2025 (50).

La densité médicale du Nord est comparable à la moyenne nationale mais celle du Pas de Calais est en dessous. Par ailleurs, il existe de profondes disparités à travers le territoire avec une concentration des médecins généralistes au sein de la métropole Lilloise (51). Ces disparités sont illustrées dans la figure ci-dessous.

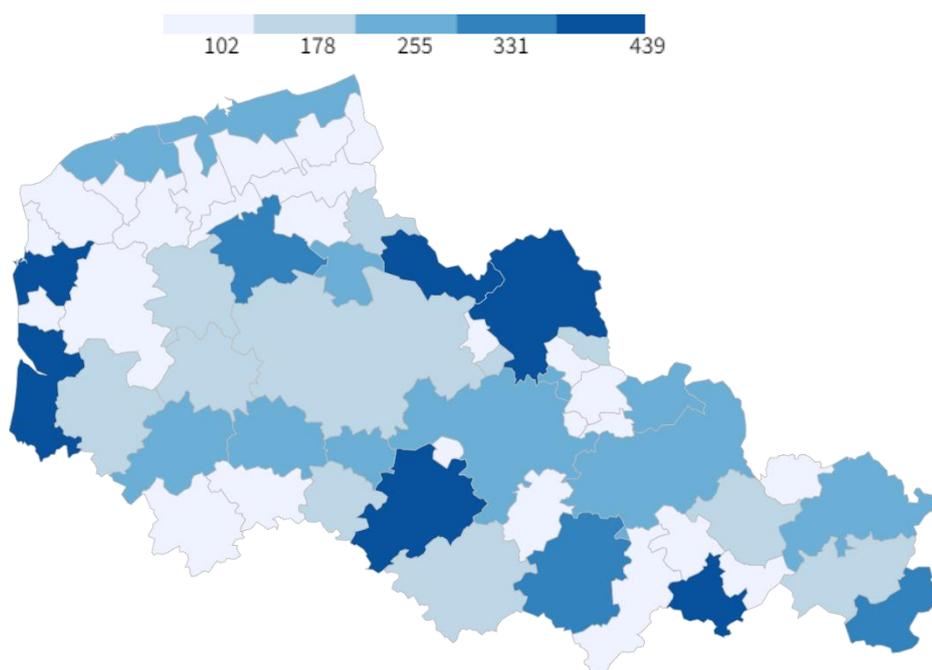


Figure : Nombre de médecins pour 100 000 habitants. (CNOM, 2018)(51)

2. Santé publique du territoire

La cohorte CONSTANCES indique qu'en France chez les adultes de 30 à 69 ans, un homme sur 2 et une femme sur 3 seraient en excès de poids. L'obésité (définie par un IMC > 30kg/m²) atteint 16%.

Cette même cohorte indique que le Nord présente la prévalence d'obésité la plus élevée parmi les départements étudiés, puisqu'elle atteint 25,6% des adultes (52). La figure ci-dessous illustre la prévalence de l'obésité dans les 16 départements couverts par l'étude.

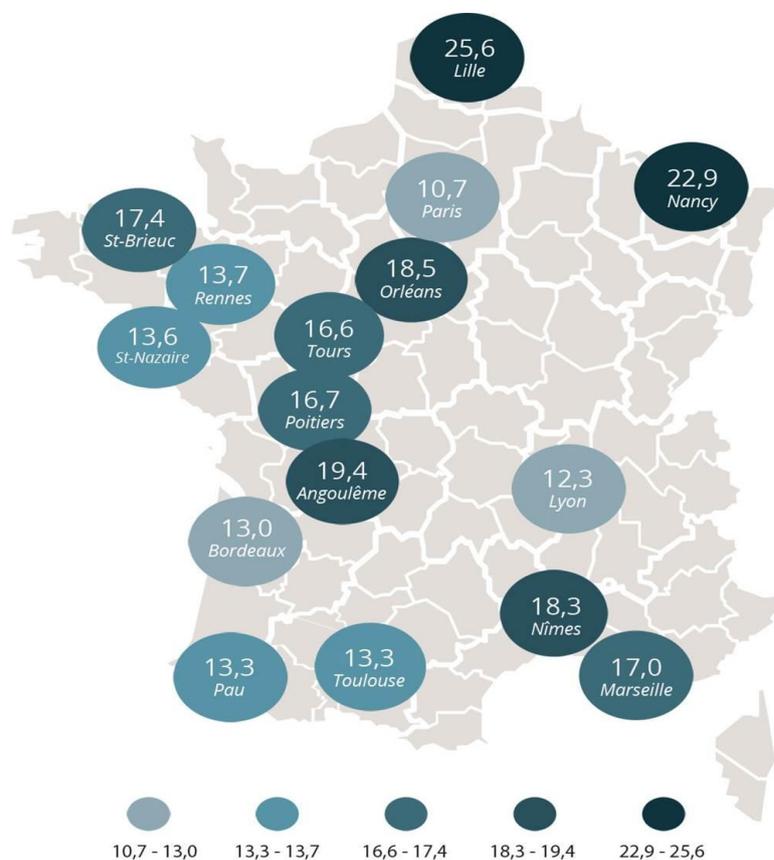


Figure : Prévalence de l'obésité dans les 16 départements de France métropolitaine couverts par la cohorte CONSTANCES (Santé publique France, BEH. 2016)(53)

Concernant le diabète de type 2, dans la région les admissions en ALD s'élèvent à un peu plus de 23 000 par an. Cela représente un différentiel avec le reste de la France de +34% chez les femmes et de +23% chez les hommes. (54)

III. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'explorer l'intégration par les médecins généralistes de l'émergence de la stéatopathie métabolique dans le suivi de leurs patients.

Les objectifs secondaires étaient :

- Analyser les différentes pratiques professionnelles.
- Identifier les freins mais aussi les éléments positifs à la prise en charge de cette pathologie.
- Analyser les suggestions pour améliorer les pratiques et la prise en charge de la stéatopathie métabolique.

Cette thèse avait pour but de profiter :

- A la médecine générale, en proposant des outils pour optimiser le dépistage et la prise en charge de la stéatopathie métabolique.
- Aux hépatologues, en leur proposant une description et une analyse des pratiques de leurs confrères généralistes.
- Aux patients, afin d'optimiser leur suivi pour réduire les risques de complications.

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, descriptive, inspirée de la théorisation ancrée. Le caractère qualitatif était plus adapté pour fournir une analyse descriptive des pratiques, en rapportant les détails et le contexte, afin d'en comprendre toutes les implications. L'absence de recommandations pour le dépistage et la prise en charge en médecine générale de la stéatopathie métabolique était un argument de plus.

Le recueil des données de cette étude s'est effectué sur la base d'entretiens semi-dirigés puis autour d'un focus-group :

- Les entretiens semi-dirigés permettaient d'orienter les questions pour pouvoir centrer sur le sujet voulu, en conservant une grande liberté dans les réponses. Ici, ils permettaient en plus d'explorer les processus individuels de cette prise en charge complexe. Enfin, le caractère individuel de ces entretiens offrait l'avantage de récolter des données plus sensibles, ainsi que de s'affranchir de la peur de jugement des pratiques (55).
- Pour compléter l'étude, il a ensuite été réalisé un focus-group. « La dynamique de groupe peut permettre à certains participants de s'exprimer d'avantage que lors d'un entretien individuel où le discours peut tourner en rond » (55). L'objectif de ce type d'entretien était d'observer des réactions, faire émerger des connaissances via des argumentations et des débats.

Le chercheur était lui-même l'investigateur, dans le cadre de la réalisation de sa thèse de médecine générale. Il a mené lui-même les entretiens, puis a réalisé l'observation lors du focus-group. Ses connaissances de la méthode qualitative reposaient sur la littérature, sur les conseils de sa directrice de thèse et sur la participation à des ateliers de formation universitaire à la recherche qualitative.

Les mots clés du MeSH caractérisant l'étude sont : Non-alcoholic Fatty Liver Disease ; Diagnosis ; Obesity ; Metabolic Syndrome ; General Practice.

II. Population

En accord avec l'approche par théorisation ancrée, le principe de recrutement était l'échantillonnage raisonné théorique auprès de médecins généralistes installés en libéral dans le Nord-Pas-de-Calais.

En ce qui concerne les entretiens individuels : le point de départ de l'échantillonnage était un médecin généraliste maître de stage universitaire avec un grand intérêt pour la nutrition. En fonction des résultats de l'analyse ouverte et axiale de ce premiers entretiens, il était choisi un nouveau participant. Il n'a pas été inclus de remplaçant, afin d'avoir un retour d'expérience chez des médecins suivant leurs patients sur plusieurs années. Les praticiens pouvaient exercer seuls en cabinet, ou en cabinet de groupe. Les praticiens ont été recrutés jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire lorsque l'analyse de deux entretiens consécutifs n'apportait pas de nouvelle donnée à l'étude.

En ce qui concerne l'entretien collectif : le recrutement s'est fait au sein d'un groupe constitué. L'avantage de cette stratégie était de permettre aux participants de s'exprimer plus facilement, toujours dans un but d'enrichir les données. Le rôle du modérateur était assuré par un médecin généraliste expérimenté.

III. Recueil des données

Après un premier contact, un rendez-vous était programmé au cabinet des praticiens. Les entretiens se sont déroulés de janvier à septembre 2022. En cette période de pandémie, 4 entretiens individuels ont dû être menés par téléphone. En fonction de l'intérêt porté sur le sujet de l'étude, le thème était plus ou moins dévoilé lors du premier contact. Pour ceux l'ayant demandé, ils étaient informés que l'entretien porterait sur la prise en charge de l'obésité, sans plus de détails. Néanmoins, la quasi-totalité des participants a accepté de participer à l'étude sans demander le thème.

Les entretiens étaient enregistrés via un dictaphone et l'application « Enregistreur Vocal » d'un téléphone, afin de parer tout incident technique. Les participants étaient informés du début et de la fin des enregistrements. La fin de l'enregistrement intervenait au moment de quitter les participants, de sorte à ce que les échanges informels soient enregistrés. Cela a permis une plus grande richesse des entretiens. De même, à la fin du focus-group, le debriefing entre le modérateur et l'observateur était enregistré.

Un guide d'entretiens était élaboré et présenté en atelier de formation universitaire à la recherche qualitative, permettant de premières modifications, une mise en situation et la validation. Par la suite, le processus évolutif a permis de nouvelles modifications au fur et à mesure de l'obtention des résultats. Cela permettait d'inclure de nouvelles thématiques non envisagées au préalable. C'est cette version finale qui a été utilisée pour le focus-group. Les première et dernière versions des guides d'entretiens sont annexées en fin de document.

Les guides d'entretiens étaient composés de 11 questions principales. Ils comportaient des questions secondaires afin de relancer les échanges au besoin. La notion de stéatopathie métabolique n'apparaît que lors de la troisième question, les deux premières abordant une consultation habituelle d'un patient obèse, et la façon dont est abordée l'obésité de manière globale. Ainsi, nous observons si la notion de stéatopathie est abordée spontanément en première partie d'entretien, sans influence de la part de l'investigateur. Les questions suivantes sont recentrées sur le sujet de la stéatopathie métabolique afin de discuter des pratiques et expériences concernant cette pathologie.

Les questions étaient regroupées selon 4 grands axes :

- La consultation avec un sujet obèse,
- La prise en charge de la stéatopathie métabolique,
- L'expérience clinique et les enjeux,
- Les pistes d'amélioration.

Afin de permettre une réelle dynamique de conversation, les questions n'étaient pas lues telles quelles, mais bien en langage oral. Les questions pouvaient aussi être adaptées en fonction des interactions. Lors du focus-group, le modérateur avait lui aussi la possibilité de changer l'ordre des questions, voire de les adapter s'il le jugeait nécessaire en regard des situations. Des notes de terrain étaient prises durant les entretiens.

Le recueil, comme l'analyse des données, se sont faits au fur et à mesure, dans une démarche itérative.

IV. Analyse des données

Dans les heures suivant les entretiens aussi bien individuels que collectifs, les enregistrements étaient retranscrits « *verbatim* » sur un fichier Word® avec l'aide du lecteur audio Otranscribe®. Ce logiciel permettait de programmer des touches du clavier pour une frappe plus ergonomique. Le choix de retranscrire soi-même garantissait l'immersion dans les données, et leur connaissance en profondeur par le chercheur. Les hésitations, les pauses et les reformulations de phrases, ont été conservées pour retranscrire le plus fidèlement possible les entretiens.

Ces entretiens étaient ensuite analysés et codés. L'étiquetage initial a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo QSR 12®. La suite de l'analyse s'est faite sans logiciel.

L'ensemble de l'analyse ouverte a été effectuée une deuxième fois par d'autres personnes, également internes en médecine générale (M.G., C.D., S.D.), afin de réaliser la triangulation des données. Cela dans le but d'éviter les biais d'interprétation et permettre une analyse croisée des données. Au total, près de 80% des principaux thèmes élaborés étaient concordants entre les différentes analyses.

Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille COREQ, dont 29 critères ont pu être validés. La grille COREQ est disponible en annexe.

V. Aspects éthiques et réglementaires

Avant le début des entretiens, le consentement oral de chaque participant était recueilli concernant l'enregistrement audio et sa retranscription. Aucun candidat n'a refusé. Les participants étaient informés de leur droit de rétractation, ainsi que de leur droit de rétroaction sur la retranscription.

L'anonymisation des entretiens était assurée par l'attribution d'un codage : M1, M2, M3 etc. pour les entretiens individuels, F1, F2, F3 etc. pour les participants au focus-group.

Les enregistrements audio ont été détruits immédiatement après leur retranscription.

Cette étude a été évaluée en commission CRD2M, elle est en conformité à la méthodologie de référence MR-004, donc ne nécessite pas de déclaration de conformité auprès de la CNIL, ni auprès du CPP.

Résultats

I. Description de l'échantillon

L'échantillon total était composé de 17 participants, dont 12 aux entretiens individuels et 5 au focus group. Il n'y a pas eu de refus de participation aux entretiens semi-dirigés. Initialement, 6 praticiens avaient donné leur accord pour le focus-group mais l'un d'entre eux a eu un empêchement.

L'âge des participants variait entre 32 et 57 ans pour un âge médian de 46 ans. La durée d'installation variait de 3 à 31 ans pour une durée médiane de 17 ans.

Tous les territoires d'exercices, ainsi que tous les niveaux sociaux étaient représentés : urbain, rural, semi-rural, aisé, populaire, mixte. Tous les professionnels rencontrés exerçaient en libéral.

La durée des entretiens individuels était comprise entre 31 et 48 minutes, pour une durée moyenne de 41 minutes 43 secondes. L'entretien collectif a duré 2 heures 43 minutes.

Les caractéristiques figurent dans les tableaux ci-joints :

Participants Entretiens individuels	Âge	Genre	Patientèle : Territoire / Niveau social	Type de structure	Durée d'installation	Spécialisations / Formations	Informations données sur le sujet	Durée entretien
M1	40-50 ans	H	Rural / mixte	Seul en cabinet	10-20 ans	Alimentation végétarienne pédiatrie	Autour de l'obésité	35 min 35s
M2	30-40 ans	F	Semi-rural / aisé	Cabinet avec associé	< 10 ans	Aucune	Aucune	43 min 45s
M3	50-60 ans	H	Rural / mixte	MSP	> 20 ans	Aucune	Aucune	42 min 21s
M4	50-60 ans	F	Rural / mixte	MSP	> 20 ans	Nutrition	Aucune	44 min 44s
M5	30-40 ans	H	Semi-rural / populaire	MSP	< 10 ans	Ostéopathie	Aucune	34 min 42s
M6	40-50 ans	H	Urbain / mixte	Cabinet avec associé	10-20 ans	Soins palliatifs	Aucune	44 min 22s
M7	50-60 ans	H	Urbain / aisé	Cabinet avec associé	> 20 ans	Aucune	Aucune	42 min 39s
M8	50-60 ans	F	Urbain / populaire	Cabinet avec associé	> 20 ans	Aucune	Aucune	48 min 50s
M9	50-60 ans	F	Urbain / populaire	Cabinet avec associé	> 20 ans	Alcoologie stress et anxiété	Aucune	45 min 15s
M10	30-40 ans	H	Urbain / aisé	Cabinet avec associé	< 10 ans	Traumato du sport	Aucune	36 min 34s
M11	50-60 ans	F	Rural / aisé	Cabinet avec associé	10-20 ans	Soins palliatifs, Gériatrie	Aucune	35 min 07s
M12	40-50 ans	H	Semi-rural / populaire	Cabinet sans associé	< 10 ans	Urgences, médecine holistique	Aucune	31 min 58s
Participants Entretiens collectif	Âge	Genre	Patientèle : Territoire / Niveau social	Type de structure	Durée d'installation	Spécialisations / Formations	Informations données sur le sujet	
F1	40-50 ans	H	Rural / mixte	Cabinet avec associé	10-20 ans	Infectiologie	Aucune	
F2	30-40 ans	F	Semi-rural / aisé	Cabinet avec associé	< 10 ans	Sexologie	Aucune	
F3	40-50 ans	F	Urbain / mixte	MSP	10-20 ans	Aucune	Aucune	
F4	40-50 ans	H	Rural / mixte	MSP	10-20 ans	Nutrition	Aucune	
F5	30-40 ans	H	Semi-rural / populaire	MSP	< 10 ans	Aucune	Aucune	

II. Entrer dans la problématique :

A. Le motif initial de consultation

Le médecin généraliste évoquait le diagnostic de stéatopathie métabolique chez les patients en surpoids, diabétiques, atteints de syndrome métabolique, ou à risque cardiovasculaire. La symptomatologie évocatrice comportait des signes digestifs à type de douleur, pesanteur en flanc droit, ou diarrhées. Il y associait volontiers l'asthénie.

Chez le patient asymptomatique, le médecin généraliste pensait à la stéatose hépatique devant une élévation modérée des transaminases.

M9 : « Le patient diabétique, en surpoids, avec des perturbations du bilan biologique, avec une plainte abdominale. »

F2 : « Obèse mais jeune hein, je pense qu'il a 29 ans. Il venait pour des diarrhées. On s'en sortait pas trop de ces diarrhées, ça faisait pas trop gastro, y avait pas grand chose associée ... J'ai fait bio, à la bio cytolyse, donc écho et à l'écho : stéatose hépatique ! »

B. Les modalités de dépistage

Lorsque le médecin généraliste effectuait le dépistage, il le réalisait par un bilan biologique, ou par une échographie abdominale. Il commençait souvent par la biologie, de part la plus grande accessibilité de celle-ci.

Sur le bilan biologique, il recherchait essentiellement une augmentation des transaminases. Il utilisait aussi les marqueurs biologiques comme le FIB-4.

Le médecin généraliste réalisait un dépistage régulier chez les patients obèses, diabétiques, ou de façon plus large chez les patients à risque cardio-vasculaire. Ce dépistage pouvait s'inscrire dans une prise en charge globale : lors de la découverte d'une pathologie annexe chez un patient qui ne présentait jusqu'alors pas d'autre comorbidité.

Enfin, il profitait parfois d'un bilan biologique prescrit pour une toute autre raison. Il l'élargissait alors avec un bilan hépatique.

M7 : « Je fais un bilan biologique régulier, si il y a des anomalies hépatiques je fais l'écho hépatique. »

M10 : « Tous les patients à risques cardio vasculaires, tous ceux qui sont hypertendus, diabétiques, une fois par an je leur fait un bilan biologique avec tout ce qui est hépatique. Et tous les patients après 40 ans, il faut qu'ils aient au moins fait un bilan du risque cardio vasculaire. Et puis plus précisément, à chaque fois que je fais un bilan biologique je vois pour élargir ce bilan. »

M4 : « C'est souvent parce qu'il y a une pathologie qui s'installe, à la suite d'un bilan sanguin ou prise de tension, du coup on attaque sur les dépistages, la thérapeutique et les règles hygiéno-diététiques. »

C. La découverte fortuite

Pour le médecin généraliste, il était classique de diagnostiquer *a minima* une stéatose hépatique de façon fortuite lors de la réalisation d'une imagerie abdominale, chez un patient obèse ou diabétique. Il suggérait d'ailleurs que la découverte fortuite pourrait être le mode principal des découvertes de stéatose hépatique.

M9 : « Effectivement chez des patients obèses ou diabétiques, dès qu'on fait une écho abdo on voit qu'il y a une stéatose. »

F1 : « A chaque fois que je demande un scanner abdomino-pelvien, il y en a une...

Oui tu sais quand tu demandes pour des diverticules ou des trucs comme ça, le radiologue ne répond pas à ta question par contre il va te dire : stéatose hépatique ! »

III. La stratégie mise en place

A. Le recours aux examens complémentaires

L'échographie abdominale était utilisée pour le dépistage mais aussi pour le suivi des stéatoses hépatiques.

Le médecin généraliste évoquait le fibroscan, néanmoins il ne le prescrivait pas et considérait que c'était au gastro-entérologue d'en poser l'indication.

L'IRM hépatique était utilisée après l'échographie abdominale, sur conseil du radiologue.

Le médecin généraliste n'employait pas le scanner abdominal, ni pour le diagnostic ni pour le suivi des stéatoses hépatiques. Les nombreux diagnostics réalisés au scanner abdominal l'étaient uniquement de manière fortuite.

M11 : « Il y a fibroscan, ou pas, ça c'est le gastro entérologue qui décide. »

M10 : « [...] l'échographie, et souvent le radiologue si il a un doute il dit de faire une IRM avec une séquence spécifique. »

B. La prise en charge par le médecin généraliste

1. Une prise en charge globale

En toute logique la prise en charge de la stéatopathie métabolique par le médecin traitant reposait sur les règles hygiéno-diététiques. Ces règles hygiéno-diététiques comprenaient aussi bien le régime alimentaire, que l'activité physique et la qualité de sommeil.

M1 : « La prise en charge des facteurs de risques associés, donc l'obésité le diabète l'hypertension par un traitement si nécessaire, les règles hygiéno-diététiques, le sport. »

M9 : « On a mis simplement en place un rééquilibrage alimentaire et reprise d'activité sportive. On a aussi remis en place un rythme de sommeil. On a régularisé le bilan biologique et lui se sent mieux ! »

Néanmoins, le praticien inscrivait cette prise en charge dans une démarche globale à plusieurs versants :

- Prise en charge du diabète : Le médecin généraliste incluait la prise en charge du diabète dans celle de la stéatopathie métabolique. Pour lui ces deux pathologies étaient liées, et leurs prises en charge comportaient des similitudes. Aussi, il se servait des ressources déjà disponibles pour le diabète en faveur de la stéatopathie métabolique.

M6 : « Le coté pathologie diabétique permet de passer par leurs réseaux en hospitalisation, en hospitalisation de jour, ou par la maison du diabète. »

F4 : « NASH et diabètes c'est les mêmes candidats, il faut les mêmes personnels : diététiciens, psychologues, médecins, ce sont les mêmes règles hygiéno-diététiques. »

- Prise en charge familiale : Grâce à son rôle de médecin de famille, le médecin traitant réalisait une prise en charge transversale de la famille du patient. Cela assurait à la fois le suivi du patient et la prévention primaire.

M10 : « Mon patient agriculteur encore une fois, il a des bonbons dans sa voiture, et je lui ai déjà dit de pas en mettre. Il les garde pour ses petits enfants qu'il voit une fois par semaine, je lui ai déjà dit que c'était pas indispensable pour ses petits enfants non plus ! »

- Prise en charge psychologique : Conscient de la dimension psychologique de l'obésité, le médecin généraliste intégrait cette dimension dans la prise en charge de ses patients atteints de stéatopathie métabolique. Il tentait de faire déculpabiliser le patient obèse pour obtenir une alliance thérapeutique. De même il utilisait l'entretien motivationnel, technique qui a fait ses preuves pour d'autres pathologies.

M2 : « Et comme l'obésité tu sais pas comment ils le vivent, ils ont de gros impacts psychologiques ! »

M7 : « Je préfère parler de valeur énergétique, parce que si je dis "vous mangez trop" eh bien, c'est mal perçu et en général je leur dis "vous avez forcément un truc que vous pensez bon pour vous mais ça vous met dedans" et ça déculpabilise. »

F3 : « Quand ils font un effort je dis : C'est bien ! C'est super ! Optimisme ! Je le marque dans votre dossier : - 2 kilos ! Vous avez fait quoi ? du VTT ? "A fait du VTT..." »

2. Une prise en charge en coopération avec le patient

Le médecin généraliste avançait l'idée, que comme beaucoup d'autres pathologies, la prise en charge de la stéatopathie métabolique ne pouvait se faire qu'avec l'adhésion du patient au projet thérapeutique. Il objectivait le projet thérapeutique au patient en mettant à l'écrit les points importants, comme faire figurer le sport sur l'ordonnance ou faire réaliser un cahier de suivi alimentaire.

M2 : « En général j'ai besoin d'instaurer un climat de confiance avant de pouvoir aborder le sujet, sinon je trouve que les patients se braquent et qu'après t'arrives plus à rien faire avec. »

M11 : « En bas de l'ordonnance comme un médicament je mets "marcher 45 minutes par jour" en lui disant "vous voyez je le note au même titre qu'un médicament, tous les médicaments du monde ne pourront pas remplacer le fait de marcher 45 minutes par jour." »

M8 : « Je leur fait faire des cahiers de suivis alimentaires, je leur demande sur 15 jours de noter sans tricher tout ce qui est fait au quotidien. »

3. Une prise en charge paramédicale

- Concernant le versant psychologique vu précédemment, le médecin généraliste faisait logiquement appel au psychologue. L'orientation vers le psychologue avait pour but de dépister un éventuel trouble sous-jacent pouvant expliquer l'obésité, ou accompagner le patient dans un changement de mode de vie qui peut paraître radical. En revanche, il ne faisait intervenir le psychiatre qu'en cas de réelle pathologie psychiatrique associée.

F4 : « Oui il faut faire une prise en charge globale du patient pour comprendre pourquoi il mange trop, parfois ça cache d'autres problèmes, psy etc... Parfois il y a un terrain d'addiction, un fond dépressif. J'envoie chez le psychologue à ce moment là. »

- Concernant la reprise de l'activité physique, le praticien prescrivait de la kinésithérapie. L'accompagnement personnalisé du patient pouvait permettre une meilleure motivation à l'activité physique. Cela permettait aussi une réadaptation à l'effort contrôlée chez des patients à risques cardiovasculaires. La balnéothérapie était aussi mentionnée.

F1 : « Je prescris de la kiné : réadaptation au sport encadré, en plus comme ça ils ne font pas de bêtise en forçant sur leur cœur. »

- Concernant l'optimisation du régime alimentaire, le médecin généraliste adressait facilement au diététicien. Il lui semblait assez évident de proposer cette aide, cela pouvait lui permettre de déléguer du temps de consultation à réexpliquer les bases des règles hygiéno-diététiques. Néanmoins il y émettait plusieurs réserves. En effet, les diététiciens n'étaient pas remboursés par la sécurité sociale et leur sérieux était parfois remis en question. L'importance de la compliance du patient était aussi soulignée.

M12 : « Mais bon c'est comme tout, les diéts ils font des programmes mais derrière ils ne sont pas dans le frigo des gens... »

M5 : « Je considère la diététicienne toujours intéressante, après il y a toujours le frein financier qui peut poser problème. »

4. Une prise en charge sur le long terme

Le médecin généraliste allait reconstruire le bilan biologique et l'échographie avant de lancer une prise en charge spécifique à la stéatose hépatique. Il suggérait une prise en charge autour du patient sur le long terme. Il avançait l'idée que l'absence d'urgence levait un frein à la prise en charge en permettant une relation médecin-malade efficace. Comme pour l'obésité, le médecin traitant favorisait les changements d'habitus sur le long terme, c'est pour lui ce qui permettrait un maintien dans le temps de ces changements. Lorsqu'il ne parvenait pas à obtenir l'adhésion du patient, le praticien s'inspirait de l'addictologie en employant les interventions brèves.

M12 : « Ça peut être fait dans 3 mois donc finalement il n'y a pas de blocage. »

M10 : « Il veut plutôt perdre [du poids] vite, moi je suis plutôt à le freiner en disant que l'intérêt c'est surtout dans 6 mois, un an, de voir où on en sera à ce moment là. »

C. Le recours à la prévention

Le médecin généraliste suggérait la stéatohépatite comme une conséquence de l'obésité chez l'enfant à très long terme. Dans le cadre de cette pathologie environnementale, il s'inscrivait en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il sensibilisait les patients de plus en plus jeunes sur leur mode de vie ainsi que leur parents. Pour cela il utilisait les consultations de suivi gynécologique ou pédiatrique.

F4 : « Et puis aussi t'as les histoires de diabète gestationnel, ces enfants là seront sûrement obèses... [...] en pédiatrie avec le rebond adipeux avant 6 ans, ils ont de grandes chances de devenir obèses... »

M11 : « J'avais fait 3 interventions dans l'année en CP/CE1 et du coup ils éduquaient leurs parents sur la façon de manger. Sur le parking je croisais les parents qui me disaient "qu'est ce que tu leur as dit, on peut plus manger ce qu'on veut ?!" »

D. Le recours aux spécialistes

1. Les orientations aux spécialistes

Le médecin généraliste inscrivait la prise en charge de la stéatopathie métabolique dans une démarche pluridisciplinaire, faisant intervenir entre autres endocrinologue, cardiologue, nutritionniste et bien sur gastro-entérologue.

a) En gastro-entérologie

Le médecin généraliste adressait au gastro-entérologue presque systématiquement ses patients NASH, ce qui n'était pas toujours le cas des stéatoses hépatiques. Il les adressait notamment en cas de complications, en cas d'absence d'amélioration du bilan biologique dans le temps, ou malgré des règles hygiéno-diététiques respectées mais sans succès. Il n'adressait que rarement au gastro-entérologue les patients atteints de stéatose hépatique silencieuse, et qui n'appliquaient aucun changement dans leur mode de vie.

M6 : « Quand on a de grosses modifications de biologie hépatique j'aime bien envoyer au spécialiste. »

M2 : « La NASH en soit moi je sais pas la gérer, je passe le relai au gastro c'est pas quelque chose que je connais très bien. »

b) En nutrition

Lorsqu'il existait une obésité majeure que le médecin traitant n'arrivait pas à traiter, ou que le diététicien s'avérait insuffisant, le praticien pouvait faire appel au nutritionniste. Les consultations de nutrition présentaient aussi l'avantage d'être pris en charge par la sécurité sociale.

M1 : « Un nutritionniste quand généralement il y a un IMC très élevé. »

c) En cardiologie

Le médecin généraliste assimilait la stéatose hépatique comme un facteur de risque cardiovasculaire au même titre que le diabète ou le syndrome métabolique. C'est dans cette logique qu'il proposait un bilan cardiovasculaire à ses patients porteur de stéatose hépatique.

F5 : « Oui le cardio assez logiquement, si le mec est en surpoids, prédiabète, stéatose, bah il a tous les arguments pour aller chez le cardio. »

d) En endocrinologie

Comme dit précédemment, le médecin généraliste incluait la prise en charge du diabète dans la prise en charge de la stéatopathie métabolique. Si la prise en charge d'un diabète simple sans complication pouvait lui paraître aisé, il adressait facilement à l'endocrinologue ses patients atteints de stéatopathie métabolique.

M6 : « On réussi à corriger son syndrome métabolique, son bilan hépatique perturbé. C'est surtout la prise en charge de son diabète. On a modifié son traitement avec le diabétologue, lui il a pris conscience qu'il fallait qu'il soit vigilant sur ses règles hygiéno-diététique. »

e) En chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique était un sujet souvent amené par les patients, c'est un sujet largement abordé dans les médias. Le médecin généraliste estimait cette technique efficace, quand elle était réalisée chez des sujets bien précis. Il avançait l'idée que les patients voyaient cette technique comme une solution de facilité. Il rappelait la nécessité d'une très grande motivation de la part du patient pour changer

son mode de vie. Le praticien se méfiait de l'impact psychologique d'un tel parcours et rapportait un manque de suivi à très long terme.

M9 : « C'est quelque chose qui change la vie de beaucoup de monde mais ce n'est pas anodin. »

M7 : « Il y en a beaucoup qui disent "bah je vais me faire opérer comme ça c'est réglé" bah non le problème reste le même. »

2. Les attentes du médecin généraliste vis-à-vis du spécialiste

Le médecin traitant demandait l'avis à ses confrères spécialistes d'abord pour confirmer son diagnostic, éliminer un diagnostic différentiel, puis pour optimiser les traitements mis en place.

Enfin, le médecin généraliste avançait l'idée qu'il existerait une dimension psychologique pour le patient. D'abord parce que dans l'inconscient des patients il existerait une réelle supériorité du spécialiste vis-à-vis du généraliste, et ensuite parce que la cohérence des discours des différents praticiens ferait prendre conscience au patient qu'il s'agissait d'une pathologie à part entière. Cela augmenterait la crédibilité du médecin généraliste aux yeux de son patient.

M11 : « C'est important, on a vu une régression grâce à une prise en charge efficace : il y avait endocrino, gastro, diététicienne, tout le monde s'y est mis, c'était pluri disciplinaire, il a perdu 30 kilos il a amélioré son bilan hépatique, et pourtant il y avait des varices œsophagiennes. »

M9 : « Et pour les patients ça fait plus sérieux si je fais appel à un vrai Docteur, c'est pas négatif, mais pour les patients si en plus on envoie à un spécialiste à l'hôpital c'est que ça doit être grave. »

E. Les ressources disponibles

Il n'existait que très peu de ressources dédiées à la prise en charge de la stéatose métabolique pour le médecin généraliste. En revanche, il en existait une multitude pour la prise en charge des comorbidités qui y étaient souvent associées. C'est dans ce contexte que le médecin généraliste les incluait dans sa prise en charge :

Le GROS « Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids a vocation à proposer une alternative aux prises en charges basées sur des objectifs à court terme. Véritable espace de réflexion, de confrontation clinique et d'intégration des recherches sur le comportement alimentaire » (56).

Le Kit Médical « L'ambition de KitMédical est de créer un site regroupant l'ensemble des ressources en ligne utiles aux médecins généralistes : aide diagnostique, aide thérapeutique, formulaires, cotations, scores, blogs ... » (57).

Le médecin généraliste proposait l'Examen de Prévention en Santé de l'assurance maladie. Ce bilan de santé abordait plusieurs thématiques, notamment la diététique.

En fonction du territoire d'exercice, il existait des filières rattachées aux centres hospitaliers. Étaient citées les filières de prise en charge de l'obésité comme le CeLiObe du CHR de Lille ou le FILI'O dans la région de St Omer. Dans la région de Valenciennes il existait des centres de nutrition proposant des hospitalisations de jour.

Enfin, le médecin généraliste utilisait son réseau de professionnels de santé qu'il s'était constitué pendant ses études dans son répertoire téléphonique ou groupes WhatsApp.

F2 : « Le GROS.org, ils essaient de focaliser sur les sensations de satiété et non pas faire des régimes à la con... »

M11 : « Arras est une petite ville donc on a les portables de chacun. »

M2 : « Le CeLiObe : Centre Libéral de prise en charge de l'Obésité. Ça marche bien : ils se font opérer ils perdent 30 kilos. »

M3 : « La filière FILI'O. »

M8 : « Par contre j'utilise le bilan de santé annuel par l'assurance maladie, et là il y a un bilan nutritionnel avec une diététicienne. »

F. Les bénéfices attendus de la prise en charge

Pour le médecin généraliste, la prise en charge de la NAFLD avait plusieurs objectifs. Eviter bien sûr le passage de stéatose hépatique en NASH et prévenir les complications à long terme. Mais l'objectif était plus global, le médecin généraliste suggérait de prendre en charge la stéatose hépatique pour faire régresser les autres comorbidités associées. Enfin il avançait l'idée d'un retentissement sur le bien être général du patient.

M2 : « J'avais un patient qui était hypertendu diabétique, bah il n'est plus hypertendu il n'est plus diabétique ! »

M1 : « eh bien je pense que c'est au contraire en prenant des pincettes, qu'on les stigmatise. Je leur dis “mais c'est bien, vous êtes encore jeune, c'est maintenant qu'il faut une réaction parce que sinon ...” »

F3 : « Elle se sent mieux dans sa vie, c'est une vraie réussite »

IV. Une pathologie source de questionnements pour le médecin

A. Les connaissances du médecin généraliste

La définition précise de la stéatopathie métabolique n'était pas clairement énoncée par le médecin généraliste. Pour lui, il s'agissait globalement d'une accumulation de triglycérides dans le foie. Cause ou conséquence, la stéatopathie métabolique était en tout cas intimement liée au syndrome métabolique. Pour le médecin généraliste, la stéatose hépatique pouvait être considérée comme une conséquence de l'obésité plus qu'une pathologie à part entière. Le praticien définissait la stéatohépatite comme une cirrhose chez un patient qui n'avait pas particulièrement abusé de l'alcool.

Cela dit, la différenciation entre stéatose hépatique et stéatohépatite n'était pas toujours bien claire, et le regroupement sous l'entité nosologique de stéatopathie métabolique n'était pas ressortie des entretiens.

Les diagnostics différentiels étaient essentiellement les hépatites virales ou les étiologies iatrogènes.

F5 : « Moi la définition je ne la connais pas particulièrement, je sais que ça allie un syndrome métabolique, après les critères pour définir la NASH ... »

M6 : « J'en ai une vision un peu au sein du syndrome métabolique. »

M5 : « Il y a des hépatites virales en particulier, et j'essaie d'éliminer les traitements hépatotoxiques. »

Pour le médecin généraliste les complications de la cirrhose non alcoolique et de la cirrhose alcoolique étaient les mêmes. Les complications évoquées étaient

l'insuffisance hépatique et l'hypertension portale. Pour le médecin généraliste la stéatose hépatique et les facteurs de risques cardiovasculaires étaient liés et s'inscrivaient dans un spectre qui glissera vers l'un ou l'autre.

M3 : « La dernière c'est une patiente diabétique qui a fait une rupture de VO à l'hôpital »

F1 : « C'est un spectre, ça va évoluer vers l'un et l'autre... Finalement quand c'est la stéatose qui dérape vers la NASH : tu meurs quand ton foie est plus malade que ton cœur. »

B. Les questionnements du médecin généraliste

Durant les entretiens les praticiens ont posé de nombreuses questions au chercheur.

1. Sur la pathologie

Le médecin généraliste se demandait si la stéatose hépatique était une pathologie à part entière, ou simplement un signe de plus composant le syndrome métabolique.

Il était conscient de la gravité de la cirrhose qu'elle soit alcoolique ou non, mais il se posait la question de la fréquence de passage de stéatose en NASH.

M1 : « On le vit comme une conséquence du fait que les patients sont obèses, que c'est plutôt normal, sans se focaliser dessus.... Alors qu'on devrait, parce qu'on connaît les complications à long terme. »

M3 : « La stéatose est une conséquence d'une mauvaise alimentation qui va donner des complications, est-ce que c'est une maladie en elle même... ? »

M4 : « Je suis pas sûr d'avoir la mesure du risque d'évolution de la stéatose vers la cirrhose non alcoolique. »

2. Sur le diagnostic

Le médecin généraliste se questionnait sur les critères diagnostiques biologiques, il se demandait si l'élévation des enzymes hépatiques était assez spécifique, sensible mais surtout était-elle obligatoire ?

Le FIB-4 était cité, mais son interprétation n'était pas claire, le praticien n'était pas certain de savoir s'il s'agissait d'un test de dépistage, d'un test diagnostique, ou si c'était un argument à intégrer dans un faisceau plus large.

Concernant l'imagerie, l'échographie était aussi une source de questionnements : est-elle suffisante pour poser le diagnostic ? A qui s'adresse-t-elle ? Le médecin généraliste se demandait aussi quand envoyer son patient à l'IRM. Le Fibroscan était mentionné, mais le praticien se demandait comment l'interpréter, où le réaliser, et si sa prescription n'était pas réservée au gastro-entérologue.

Enfin le médecin généraliste se posait la question de l'existence de critères diagnostiques dont il n'aurait même pas eu connaissance.

M1 : « Je suis pas sûr finalement, est ce qu'on peut se contenter de l'écho pour le diagnostic ou est ce qu'il faut faire autre chose ? Une ponction pour avoir un diagnostic qui est histologique finalement ? [...] Fibroscan, pour essayer de voir l'évolution, mais moi je sais même pas où ca se fait en fait... »

F1 : « Pour moi la NASH ne se diagnostique pas sur l'écho, c'est sur un faisceau d'argument : il faut juste un syndrome métabolique et puis le score FIB-4 ? »

3. Sur la prise en charge

Le médecin généraliste se questionnait sur sa prise en charge, il se demandait si il y avait des signes de gravité à rechercher, si il y avait d'autres thérapeutiques que le respect des règles hygiéno-diététiques.

S'il lui semblait assez évident d'adresser au spécialiste les patients NASH, il se demandait quand adresser les stéatoses hépatiques. Le médecin traitant se posait la question de la surveillance, de sa fréquence et de ses modalités.

Il n'était pas toujours persuadé de l'efficacité de sa prise en charge sur la stéatose hépatique, mais il pensait qu'à défaut elle le serait sur les autres comorbidités.

M10 : « Y a-t-il des critères d'alarme ? Est ce qu'il y a des critères spécifiques à rechercher sur l'imagerie ? Des choses qui sont intéressantes, peut-être qu'en fait je n'envoie pas assez chez le spécialiste parce qu'il y a d'autres critères à prendre en compte. »

F3 : « De toute façon la surveillance entre alcoolique et non alcoolique c'est la même non ? »

M4 : « Les gens doivent se mettre à l'activité physique, j'en sais rien si la stéatose s'améliore mais leur poids descend etc... »

4. Sur le dépistage

Conscient de la forte prévalence de la stéatose hépatiques chez les patients obèses, le médecin traitant se posait la question de l'intérêt du dépistage systématique dans les populations à risques.

Il pensait qu'il n'y avait pas de recommandations à ce sujet. Les pratiques en étaient alors disparates, certains médecins généralistes faisaient réaliser des échographies abdominales à leurs patients atteints de syndrome métabolique, alors que d'autres ne dépistaient pas.

M5 : « C'est souvent de découverte fortuite, d'ailleurs j'ai pas de notion qu'il y ait d'indication à la rechercher devant certains facteurs de risques... Mais ce ne sont que mes connaissances, c'est peut être possible qu'il le faille ? »

C. Le ressenti du médecin généraliste

1. Epidémiologie selon le médecin généraliste

La prévalence de la stéatose hépatique perçue par le médecin généraliste était importante. Au contraire les NASH lui paraissaient exceptionnelles, au détriment de la cirrhose alcoolique. Le médecin généraliste soulignait la possibilité de NAFLD chez des patients non obèses.

M6 : « NASH quelques unes et stéatose beaucoup. »

M10 : « J'en ai pas beaucoup, ici c'est un milieu un peu rural, c'est encore l'ambiance un peu village je trouve, j'ai pas beaucoup de NASH syndrom. Quand j'entends NASH syndrom c'est vraiment malbouffe soda et fast-food. »

M4 : « Mais j'en ai aussi eu des [NASH] tellement importantes chez des gens minces. »

2. Les comparaisons

Pour combler ses lacunes vis-à-vis de la stéatopathie métabolique, le médecin généraliste comparait cette pathologie à d'autres qu'il maîtrisait plus.

a. Au diabète

Le médecin généraliste proposait une analogie au diabète et au pré-diabète, notamment vis-à-vis de la réversibilité de la stéatose. Il comparait aussi ces deux pathologies puisqu'elles touchaient une population semblable.

F5 : « La stéatose et la NASH c'est un peu comme un pré-diabète et un diabète. »

M3 : « C'est un peu la même que face au diabète de type 2 : c'est environnemental, il faut beaucoup de coopération du patient sur son alimentation et son hygiène de vie pour s'en sortir. »

b. A l'hypertension artérielle

Le médecin traitant avançait la comparaison de l'hypertension et de la stéatose hépatique : il s'agissait d'une comorbidité silencieuse, ce qui la rendait parfois négligée par les patients.

M4 : « C'est comme l'hypertension : il n'y a pas beaucoup de symptômes, à part une hypertension sévère... »

c. Au syndrome métabolique

De façon plus large, le médecin généraliste proposait une comparaison de la prévention et de la prise en charge entre syndrome métabolique et stéatose hépatique.

F1 : « En tout cas pour moi le traitement pour un patient qui a une stéatose c'est le même que pour un obèse c'est le même que pour le syndrome métabolique. »

d. A la Cirrhose éthylique

Le médecin généraliste comparait cirrhose alcoolique et non alcoolique. La cirrhose alcoolique en médecine générale était un sujet qu'il maîtrisait, c'était un sujet enseigné depuis longtemps dans les facultés. Pour lui, les complications entre les deux cirrhoses étaient identiques.

M5 : « J'ai jamais vu pour le moment de complication grave de NASH mais je pense que ça va arriver un jour. J'ai des cirrhoses alcooliques compliquées par contre. »

e. Au tabac

Le médecin généraliste proposait une comparaison de la stéatose hépatique au tabac. Il proposait d'employer le conseil minimal par les interventions brèves. Il suggérait aussi que la stéatose à l'échographie soit comparable à une spirométrie altérée, dans le sens où le patient présente un organe malade.

F3 : « La stéatose à l'écho c'est pareil que pour les BPCO avec le tabac et la spirométrie : avoir une organe malade ça les choque. »

f. A la psychiatrie

En plus d'une comparaison à l'addictologie via l'utilisation des interventions brèves, le médecin traitant proposait de fixer des objectifs à court terme pour rééquilibrer l'hygiène de vie de ses patients atteints de stéatopathie métabolique, comme en psychiatrie.

Il pensait que comme les affections psychiatriques, la NASH était une pathologie multifactorielle et environnementale.

F2 : « Je fais comme avec mes patients dépressifs et anxieux, je leur donne des petits objectifs pour la séance prochaine : par exemple, faire 10 minutes de marche, puisqu'on parle de patients qui n'ont jamais fait de sport il faut y aller tranquille. »

3. Conscient des enjeux de santé publique

Le médecin généraliste était conscient des enjeux futurs de la NASH. Il rappelait l'augmentation de la prévalence de l'obésité, les déséquilibres d'hygiène de vie. Il suggérait que les prochaines années seraient les conséquences de certains effets de modes (fast-food, sodas ...).

Il rappelait les mauvaises habitudes transmises de génération en génération.

Il pensait que la NASH était une pathologie encore peu répandue, mais qu'elle serait une des pathologies majeures de la prochaine décennie.

Le médecin généraliste imaginait qu'il aurait un rôle important à jouer en matière de prévention et de prise en charge de la NASH.

M10 : « Je pense que ce sera de plus en plus compliqué. Quand je vois la génération de mes parents qui ont un déséquilibre alimentaire, et qu'ils transmettent ça à leurs enfants, je me dis qu'on est mal barré. »

M11 : « On est en train de payer les années Mc Do, les années sandwich tout ça... »

M8 : « On va en avoir de plus en plus, à cause de l'augmentation des patients en surcharge pondérale. Ça va devenir un enjeux de santé publique »

F3 : « Il y a beaucoup de prévention à faire, c'est des gens qui vont bien, entre guillemets, du coup ils ne vont pas voir les spécialistes, alors que les méd G c'est nous qui les voyons et c'est à nous de les aider. »

4. Une pathologie concrète

Le médecin généraliste proposait l'idée que la stéatose hépatique soit la concrétisation des excès du patients. Le foie est objectivement malade à cause du mode de vie du patient. Cette idée avait deux effets :

- Augmenter la crédibilité du médecin qui jusqu'alors disait à son patient de faire attention à son mode de vie, alors que désormais il y a un organe malade.
- Le médecin traitant se servait de cette pathologie concrète pour nouer une réelle alliance thérapeutique.

M5 : « C'est quelque chose d'objectif qui peut impacter le patient, quand ils ont une obésité , une hypercholestérolémie, et qu'on leur découvre une stéatose c'est toujours intéressant de leur montrer que c'est une conséquence directe, pas juste un chiffre sur un bout de papier. »

F3 : « Oui un déclic, c'est écrit noir sur blanc "il y a un truc sur le foie attention". Quand le radiologue le dit, le patient se dit "ah c'est quelqu'un d'autre que mon Docteur qui le dit, il y a vraiment quelque chose". »

F2 : « Eh bien ça a été un déclic pour lui parce qu'il s'est dit "ah ouais nan quand même faut que je rééquilibre mon alimentation". »

5. Une pathologie réversible

Le médecin généraliste voyait la stéatose hépatique comme une pathologie réversible. Il insistait sur ce point auprès de ses patients pour les motiver à améliorer leur hygiène de vie.

M8 : « Je leur explique que c'est dangereux mais j'insiste sur le fait que c'est quelque chose de réversible... Là il a perdu 10 ou 15 kilos et au final son bilan s'est amélioré et sa stéatose hépatique aussi. »

V. La stéatopathie métabolique recentre le médecin sur le patient

A. Comment le médecin perçoit le ressenti de son patient

Le médecin généraliste suggérait que dans certaines populations, être en surpoids et avoir du « foie gras » était un signe de confort, d'un niveau de vie correct. Il avançait le fait que pour certains patients la stéatose n'était pas une maladie, mais une suite logique de l'obésité, qui elle-même était une fatalité.

Le médecin généraliste estimait que les patients avaient une vision trop positive de la chirurgie bariatrique. Il pensait que cette technique était parfois vue comme une solution miracle.

M9 : « C'est un sujet qui malheureusement pour eux n'est pas vraiment un problème.

C'est pas grave en fait, c'est plutôt signe d'aller bien... »

M1 : « Leur montrer que c'est une maladie et que c'est pas juste "voilà je suis obèse c'est comme ça j'y peux rien" ».

F3 : « Dans l'inconscient des gens c'est banal mais en fait c'est une grosse intervention. »

B. La relation médecin-patient

La prise en charge de la stéatopathie métabolique mettait en valeur la relation médecin-patient. En médecine générale, le praticien nouait des relations sur le très long terme avec ses patients. Cette relation de confiance était un élément important pour la prise en charge d'une pathologie comme la stéatopathie métabolique.

Le médecin traitant préférait parfois attendre d'avoir l'adhésion totale du patient au projet thérapeutique afin de conserver cette relation.

Cette relation était importante pour le patient, car c'est le suivi régulier qui permettait la meilleure prise en charge.

Toujours dans l'idée de déculpabiliser, le médecin généraliste essayait de ne pas tomber dans une posture de donneur de leçon, de ne pas faire basculer la relation dans un modèle paternaliste.

Le médecin traitant adaptait son discours au patient afin de l'inclure au maximum dans la prise en charge.

M2 : « Alors que si t'y vas doucement tu sais que tu vas mettre 6 mois, 1 an à leur mettre leur statine, mais t'arriveras à leur mettre la statine, alors que si t'y vas en frontal ça marche pas en fait. »

F3 : « Des fois, en étant mince moi même eh bien je ne peux pas dire des trucs parce qu'ils me répondent "ah oui mais vous vous êtes mince donc vous ne comprenez pas". »

M4 : « En plaisantant je leur dis "si vous continuez comme ça, c'est vous qu'on va manger à Noël !" »

M3 : « Je m'adapte aux patients, il y a beaucoup d'agriculteurs, foie gras ça leur parle. »

C. La prise de conscience du patient

Le médecin généraliste estimait qu'une prise de conscience du patient sur son mode de vie et sur son état de santé était nécessaire pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la stéatopathie métabolique. Cette prise de conscience s'articulait autour de 3 grands axes :

- Le patient ignorait que son mode de vie était mauvais pour sa santé.
- Et/ou, le patient était dans le déni vis-à-vis de ses mauvaises habitudes.
- Le médecin généraliste motivait le patient à prendre conscience qu'il devait changer ses habitudes.

1. Un patient dans l'ignorance

Le médecin généraliste suggérait que le patient était dans l'ignorance vis-à-vis de son mode de vie (défaut d'éducation, défaut de sensibilisation). Il ne savait pas que l'obésité était néfaste pour sa santé. Il pouvait aussi ne pas savoir qu'il était atteint de stéatopathie métabolique.

Le médecin traitant suggérait que certains mouvements notamment sur les réseaux sociaux desservaient cette ignorance, en tentant de banaliser l'obésité.

M2 : « Rien qu'avoir déjà l'adhésion du patient qui se dit "Oui, mon poids est un problème", réussir à lui faire se rendre compte que son poids est à l'origine de pas mal de ses symptômes, je trouve que c'est déjà une réussite en soit. »

F3 : « Lutter contre ce phénomène "grossophobie" et faire comprendre aux gens qu'être obèse c'est être malade. »

2. Un patient dans le déni

Ensuite, le médecin traitant pensait que de nombreux patients n'avaient leur mauvaise hygiène de vie malgré les tentatives de sensibilisations. Le patient ne se rendait pas compte qu'il avait une mauvaise hygiène de vie. Il ne se rendait pas compte qu'il était réellement obèse et pas juste en surpoids. Il ne se rendait pas compte que la stéatose hépatique était une pathologie à part entière.

F1 : « Je lui ai dit de perdre du poids, après on a fait l'inventaire de ce qu'elle mangeait, ce qu'elle buvait : elle mange que des fruits, que des légumes, elle fait plein de sport. Donc elle met ça sur le dos de la ménopause... »

M10 : « Comme la stéatose c'est pas symptomatique souvent c'est des patients qui sont pas non plus très au fait de leur santé, ou un peu négligents. Quand on leur parle de ça ils vont pas être très alarmés et comme ils vont bien ils vont continuer comme ça. »

3. Un patient à motiver

Le médecin généraliste pensait que la prise de conscience du patient était un élément clé de la prise en charge de la stéatopathie métabolique. Il pensait qu'il avait un rôle à jouer afin de motiver le patient à prendre conscience et changer ses habitudes.

*M4 : « “Euh oui mais docteur je vais devoir prendre ce traitement toute ma vie ?”
“Bah peut être pas, parce que là vous êtes vraiment en obésité et peut être que si vous perdez un certain nombre de kilos on pourra peut être se passer d'un traitement.” »*

VI. Une pathologie qui suscite de nombreux freins

A. Freiné par la symptomatologie discrète

Le médecin généraliste suggérait que la symptomatologie initiale discrète de la stéatohépatite entraînait une négligence de cette pathologie par le patient. Il pensait que son discours de prévention avait moins de poids auprès du patient lorsqu'il n'y avait pas de gêne.

D'autre part, il rappelait qu'une pathologie était plus difficile à diagnostiquer lorsqu'elle présentait peu de symptômes.

M6 : « J'ai une patiente en tête avec qui on ne s'en sort pas, parce qu'il n'y a pas de symptômes francs hormis évidemment la surcharge pondérale, mais d'un point de vue pleinement stéatose hépatique ça ne s'exprime pas, pas de douleur, pas de chose comme ça. »

M5 : « Par contre quand tout va bien pour le patient physiquement et donc que nous, on est juste en train d'expliquer que « bah oui mais faut faire attention à ci faut faire attention à ça » bah ça marche moins bien. »

B. Freiné par le patient

Le médecin généraliste indiquait que les patients qui ne s'investissaient pas dans la relation médecin-patient étaient un réel frein au dépistage, à la prévention et à la prise en charge de la stéatose hépatique.

Le praticien indiquait que la prise en charge de la stéatopathie métabolique était basée sur le changement du mode vie, il pensait que changer l'habitus était plus compliqué qu'introduire un médicament.

M2 : « Je fais des bilans sanguins assez réguliers à mes patients pour ceux qui se suivent régulièrement, après c'est toujours la même chose : ceux que je vois régulièrement. »

M5 : « Ou si ils ne sont absolument pas en demande en général ça va très vite : limiter les matières grasses d'origine animale, limiter la consommation de viande, et puis si ils sont pas réceptifs je vais pas beaucoup plus loin que ça ! »

M10 : « C'est dans ce contexte que je le surveille parce qu'il ne bouge plus beaucoup alors qu'il a le régime alimentaire de l'agriculteur : il mange bien, en quantité, de la charcuterie, des repas de chasse etc. »

C. Freiné par l'accessibilité au spécialiste

Il existe en France une pénurie de médecins toutes spécialités confondues, c'est un frein logique à la prise en charge de la stéatopathie métabolique.

La nécessité d'adresser tous les patients porteurs de stéatose hépatique au gastro-entérologue n'était pas clairement définie par le médecin généraliste. Mais ce qui était certain, c'était que le manque de gastro-entérologue le freinait dans cette démarche.

Comme vu précédemment, le médecin généraliste pensait nécessaire de réaliser un bilan cardiovasculaire aux patients atteints de stéatose hépatique. En pratique, devant la pénurie de cardiologues libéraux, il ne les adressait pas tous, afin de laisser l'accès libre à d'autres patients qu'il estimait plus à risques cardiovasculaires.

M3 : « Quand je vois que ça reste stable au niveau biologique et échographique je n'adresse pas. Je ne vais pas adresser toutes mes stéatoses hépatiques au gastro, déjà que je n'arrive pas à leur adresser mes urgences »

F2 : « La théorie elle est bien gentille mais si je commence à tous les envoyer chez le cardio ... »

D. Freiné par la société

Le médecin généraliste indiquait une influence négative de la société sur la prise en charge de la stéatopathie métabolique. Il dénonçait les pratiques de lobbying et de marketing des confiseries, des snacking, des sodas, de la « malbouffe », des aliments de mauvaise qualité, au détriment de l'alimentation saine. Il estimait aussi que les grandes surfaces ne mettaient pas assez en valeur la nourriture saine. De même, il accusait le marketing autour des fast-food.

Le praticien rapportait un tabou autour de l'obésité et ses complications dans l'inconscience collective, il en résulterait un frein au dépistage de la stéatose hépatique.

M10 : « Ici il y a un supermarché dans les barres de HLM, le stand de chips est plus important que le stand de fruits et légumes... tant qu'on aura ce problème là on sera coincé. Quand je fais les courses quand je vois ce qui passe en caisse c'est hallucinant, y a un déséquilibre fou ! »

M11 : « Nous on peut l'expliquer aux gens, mais ce qu'on propose dans les grandes surfaces c'est pas ça ... »

M3 : « Je pense que c'est une maladie de société : on ne bouge pas assez et on bouffe trop, Carlos chantait "On est foutu, on mange trop !" il avait raison... Et souvent il y a quand même un vrai tabou. »

E. Freiné par les inégalités sociales

Le médecin généraliste indiquait que les inégalités sociales avaient un impact négatif sur la prévalence de la stéatose métabolique, sur sa prévention et sa prise en charge. Il détaillait l'impact de la barrière de la langue, qui pouvait empêcher une parfaite compréhension de l'intérêt de la prévention, puis empêcher une adhésion complète au projet thérapeutique. La barrière de la langue pouvait nuire à la relation médecin-patient vue précédemment.

Il estimait qu'un niveau social bas exposait à la stéatose hépatique. En revanche, le médecin généraliste estimait que dans notre pays, la gratuité des soins levait un frein au dépistage et à sa prise en charge.

Le médecin généraliste suggérait que les patients d'un bon niveau social étaient mieux sensibilisés aux règles hygiéno-diététiques.

M9 : « Aller expliquer que ça peut être dangereux, que ça peut se transformer en cirrhose et qu'on pourra pas revenir en arrière, ça nécessite un vocabulaire à assimiler. Et quand on vient d'un pays étranger et que ce n'est pas douloureux bah c'est plus compliqué. Ça peut sembler évident d'avoir une balance mais ici ça n'est pas le cas, la balance ne fait pas parti de leur habitudes. »

M7 : « En consultation : "ah ! à la dernière consultation je devais faire une écho je l'ai pas faite" et puis tu te rends compte que c'était pas pour la dernière consultation c'était encore celle d'avant... Donc on avance pas quoi. Pour moi le blocage puisqu'on est dans un pays riche c'est le patient. [...] C'est à nuancer mais les gens qui mangent bio ils font attention à ce qu'ils mangent, les gens qui vont chez Lidl qui se prennent leurs plats préparés bah ils tombent direct dedans. »

F. Freiné par la priorité des autres comorbidités

Le médecin généraliste évoquait une priorité à d'autres pathologies, pour lesquelles le dépistage et la prise en charge étaient mieux codifiés en ville. Il admettait être plus attentif au dépistage du diabète, de l'hypertension ou encore de l'artériopathie des membres inférieurs.

Par rapport à d'autres pathologies, le médecin généraliste pouvait considérer la stéatose hépatique moins grave, et la stéatohépatite moins fréquente.

M9 : « Je pense que c'est quelque chose que j'ai à l'esprit, mais qui ne vient pas forcément en priorité au vu des pathologies de mes patients. »

G. Freiné par un manque de formation

La stéatopathie métabolique était une notion plutôt récente. C'était une pathologie enseignée à la faculté depuis peu de temps. Le médecin généraliste expliquait qu'en dépit de la formation médicale continue, cette pathologie lui venait donc moins facilement à l'esprit.

F2 : « Je sais que dans les thèses, on vous demande de dire autre chose que le manque de formation mais clairement c'est la réalité. La réalité c'est que je ne connaissais pas la différence entre la NASH et la stéatose hépatique. »

M6 : « Quand j'étais à la fac, on parlait surtout des sujets avec intoxications alcooliques, on commençait seulement à parler des conséquences de la surcharge pondérale. »

VII. Les pistes d'amélioration

A. Améliorer la prise en charge

Le praticien proposait de cadrer la prise en charge en médecine générale. Il estimait qu'il fallait s'inspirer d'autres pathologies comme les rachialgies ou le diabète, pour proposer des structures dédiées à la stéatopathie métabolique. Il proposait la publication de recommandations de la part de la HAS.

Le praticien soulignait qu'une des principales difficultés de la médecine générale était de maîtriser de nombreuses pathologies et leurs ressources disponibles. Il estimait qu'une plateforme regroupant les ressources disponibles serait une aide précieuse.

Le médecin généraliste pointait le manque de temps en consultation. Il suggérait d'inclure dans la prise en charge, un intervenant supplémentaire qui réaliserait des consultations dédiées à la prise en charge de la stéatose hépatique.

M1 : « Ce serait bien qu'il y ait des recos de la HAS sur la stéatose, ce serait un vrai argument de plus pour le suivi des patients obèses. »

F5 : « Avoir une plateforme de soin facilement accessible avec des partenaires tels que des psychologues, des diététiciens. Je ne fais pas une consultation dédiée, mais peut-être qu'on devrait... »

M9 : « Ce qui est compliqué en médecine générale c'est qu'il existe plein de choses mais c'est difficile de tout centraliser. »

Concernant le volet financier, le médecin généraliste suggérait la reconnaissance de la stéatose hépatique en ALD, il proposait la prise en charge des consultations de diététiques. Enfin, il proposait d'aider les patients les plus pauvres dans l'achat de fruits et légumes.

F4 : « On pourrait aussi reconnaître en ALD la stéatose hépatique et le syndrome métabolique. »

F1 : « Encourager l'achat de fruits et légumes, pourquoi pas avec un accompagnement financier comme des tickets. »

Le praticien proposait éventuellement de se tourner vers les médecines alternatives, qui pourraient fonctionner chez certains patients.

M7 : « Il y a une autre voie que je n'ai pas encore explorée : c'est médecine parallèle, hypnose, acupuncture. J'ai la moitié de ma patientèle qui est bobo avec du pognon qui va voir chiropracteur tout ça, je pense qu'il y a quelque chose à faire là-dessus. »

B. Améliorer le dépistage

Le médecin généraliste proposait de mettre en place un dépistage organisé, éventuellement par échographie systématique. Il proposait une meilleure information vis-à-vis des autres moyens de diagnostics disponibles en ville.

M5 : « Je pense que si on s'amuse à faire des échos à tout le monde on en aurait bien plus que ça. »

M9 : « J'ai conscience que ça existe mais on ne le dépiste pas encore aussi systématiquement qu'une artériopathie des membres inférieurs ou qu'un diabète ou qu'une hypertension. »

C. Améliorer la prévention

Le médecin généraliste proposait d'améliorer la prévention, aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Il soulignait la rareté des consultations de l'adolescent, ce qui entraînait une moins bonne prévention. Il estimait que la toxicité de l'alcool était bien rentrée dans l'inconscience collective, il pensait qu'il fallait en faire de même avec la mauvaise hygiène de vie.

F1 : « Les enfants ils ne faut pas les rater parce qu'une fois qu'ils sont ados on ne les voit plus, et si ils sont gros à 11 ans c'est trop tard. Alors que si ils sont gros à 5 ans, t'arrives à les normaliser à 11 ans c'est bon ! »

M3 : « Les gens font peut être aussi beaucoup plus attention à l'alcool qu'avant. Un patient qui boit 2 apéritifs et 2 verres de vin par jour : ça nous semble beaucoup aujourd'hui, mais il y a 20 ans c'était d'un banal affligeant, les médecins considéraient que 2 verres de vin par jour c'était normal, au collège moi j'avais de la bière a la cantine. Maintenant on fait la peau à l'alcool, on va peut être devoir faire pareil avec les types qui mangent des frites tous les jours. »

VIII. Modélisation

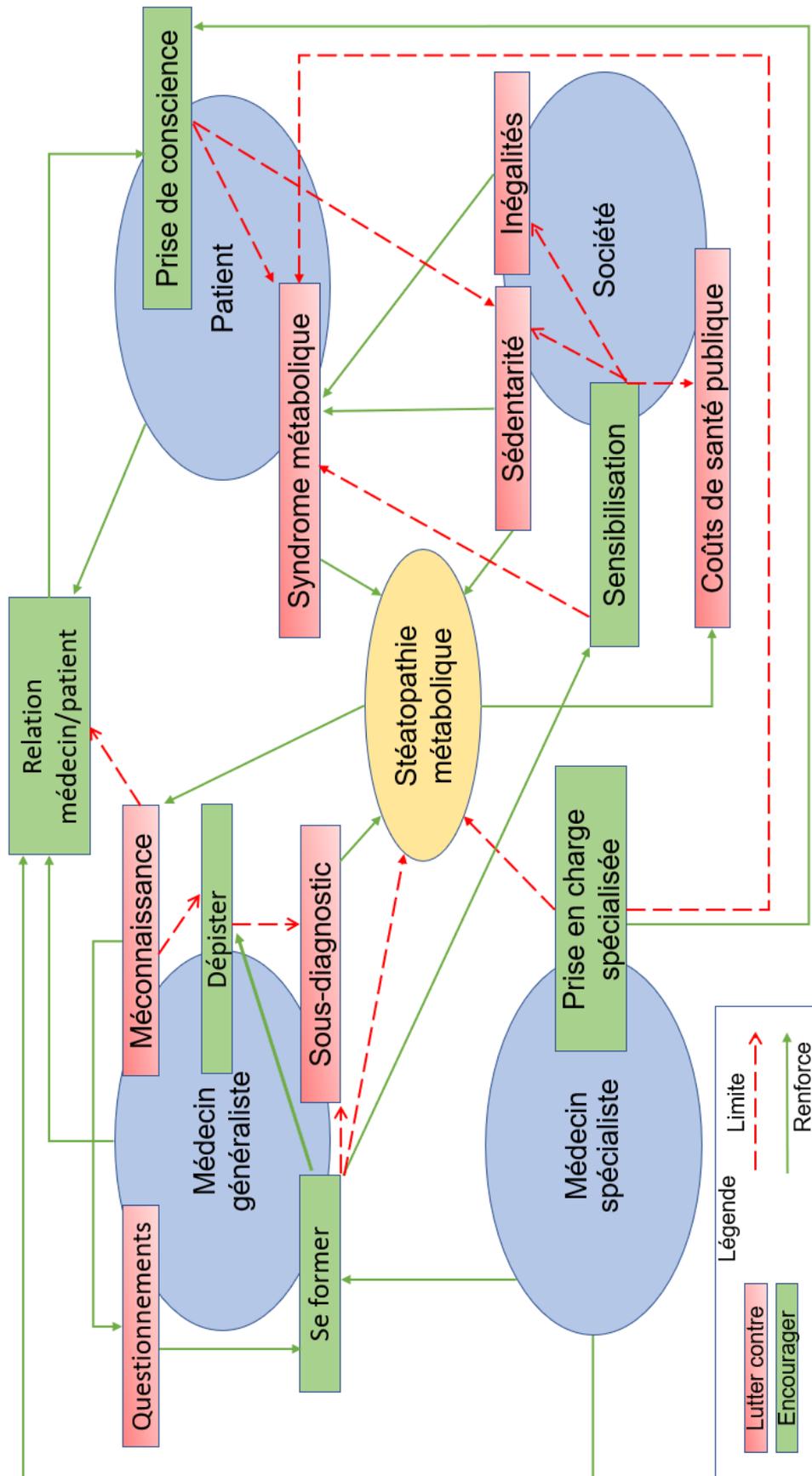


Figure : Modèle explicatif de l'intégration par le médecin généraliste de l'émergence de la stéatopathie métabolique.

Discussion

I. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

Cette étude était la première étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes en France au sujet de la stéatopathie métabolique.

Cette étude par son caractère qualitatif avec entretiens semi-dirigés, permettait aux participants une expression libre et un recueil de données inattendues. La réalisation d'entretiens individuels et de groupe a permis d'exploiter au mieux les avantages des deux méthodes.

L'échantillonnage raisonné théorique a permis de recruter des participants qui ont été utiles à l'éclairage du phénomène étudié et reflétait une diversité d'expériences. La grande majorité des territoires d'exercices du Nord Pas de Calais ont été inclus dans l'étude. Les participants ont été recrutés jusqu'à suffisance des données.

Le focus-group a été mené sur un groupe constitué, cette stratégie a permis aux participants une expression plus libre.

Le guide d'entretien a été testé avec des personnes n'appartenant pas à la population étudiée, cela a garanti la clarté des questions. Ensuite, le guide d'entretien au fil des interviews était évolutif et enrichi au fur et à mesure des retranscriptions.

La quasi-totalité des participants n'avait pas pris connaissance du sujet de l'étude avant l'entretien. Cela a permis d'éviter un biais de recrutement, et de s'assurer que le praticien ne se renseigne pas sur la stéatopathie métabolique.

La triangulation des données a été réalisée pour l'analyse thématique.

Les entretiens et leurs retranscriptions ont été menés par le chercheur, cela a permis une interprétation plus juste et plus pertinente des verbatim.

Un total de 29 critères sur les 32 de la grille COREQ ont été respectés.

B. Limites de l'étude

Malgré une formation à la recherche qualitative dispensée par la faculté, le chercheur était novice pour ce type d'étude. Par conséquent, il est possible que les entretiens soient trop directifs, plus superficiels ou moins riches.

Les études qualitatives sont réalisées à partir d'intentions motivants le chercheur, cela peut influencer les réponses des participants. En dépit de la volonté de rester le plus neutre possible, le chercheur a pu potentiellement influencer les réponses des praticiens. Malgré la triangulation des données, les codages sélectif et axial ont été soumis à la subjectivité de l'enquêteur, avec un risque de parti pris dans l'analyse des réponses et les extractions de thèmes. De plus, Les entretiens semi-dirigés ne permettaient pas de s'assurer de l'authenticité des discours des participants (toutefois, nous sommes partis du principe de la véracité de ceux-ci). Il pouvait en découler un biais d'investigation.

Il existait un biais de sélections par deux facteurs : d'abord, l'échantillonnage théorique ne permettait pas de représenter la réalité de la population des médecins généralistes du Nord Pas de Calais. Ensuite il n'y a pas eu de participant au focus-group âgé de plus de 50 ans.

Le focus group s'est limité à 5 participants du fait de l'empêchement d'un des praticiens. Des concepts et des idées n'ont potentiellement pas été explorés.

Il existait un possible défaut de mémoire, notamment via la dixième question de l'entretien portant sur le retour d'expérience du médecin.

II. Une pathologie sous-diagnostiquée

Le médecin généraliste était conscient de la prévalence importante de la stéatopathie métabolique puisqu'il ne semblait pas surpris des nombreux diagnostics fortuits sur les imageries. Pour autant, il ne réalisait pas de dépistage systématique.

Il réalisait le diagnostic de NAFLD à l'aide de l'échographie ou de la biologie sanguine. Néanmoins, cela pourrait contribuer au sous-diagnostic, puisqu'un taux de transaminases normal peut coexister avec une forme sévère de NAFLD (23). D'autre part, l'échographie ne permet pas d'affirmer le caractère fibrosant ou non de la stéatose hépatique (18).

Le score FIB-4 était connu mais n'était pas prescrit par le médecin généraliste, il l'utilisait uniquement lorsqu'il était rendu automatiquement avec le bilan biologique de certains laboratoires. Aucun autre marqueur sérique de fibrose n'a été cité. Le Fibroscan était mentionné, mais le médecin généraliste ne le prescrivait pas. Il rapportait ne pas bien connaître la technique, ni son indication. Alors que l'EASL préconise le diagnostic par la combinaison d'un test de biomarqueurs sériques à l'élastométrie hépatique (27,58), il serait intéressant de sensibiliser d'avantage le médecin généraliste à l'utilisation de ces outils.

Si le médecin généraliste évoquait l'existence de NAFLD chez des patients minces (16), il la recherchait essentiellement chez les patients obèses ou diabétiques.

Le score HOMA fournit une estimation du degré d'insulino-résistance chez les patients non diabétiques, l'EASL indique que le score HOMA peut aider au diagnostic de NAFLD. Néanmoins, aucun des participants ne l'a évoqué (59).

III. Une prise en charge centrée sur le patient

Le médecin généraliste soulignait la nécessité de la prise de conscience du patient. Il suggérait que de nombreux patients ne pensaient pas que l'obésité était une maladie. Cela rejoignait les études portant sur l'obésité, qui signalent le déni fréquent des patients obèses (60).

Néanmoins, cette prise de conscience du patient devait s'effectuer sans stigmatiser, afin de conserver l'alliance thérapeutique (61). La stéatose métabolique lorsqu'elle entraînait une prise de conscience du patient sur sa mauvaise hygiène de vie, pouvait être un outil dans la lutte contre le syndrome métabolique et les comorbidités associées.

Cette vision du ressenti du patient par le médecin généraliste pouvait être mis en relief avec la littérature, puisque les patients rapportaient une mauvaise compréhension de la NASH, ils exprimaient un manque de thérapeutiques et d'accompagnement médical. Ils étaient finalement plus préoccupés par leurs comorbidités comme l'obésité et le diabète que par leur NASH. Enfin, les patients ne percevaient que la NASH ait un impact sur leur vie sociale qu'aux stades avancés (62).

Le médecin généraliste suggérait l'emploi du conseil minimal par les interventions brèves, technique qui avait fait ses preuves pour le tabac. Cela rejoignait les études montrant que le conseil minimal favorisait aussi la pratique de l'activité physique (63).

Chez les patients diabétiques atteints de stéatose métabolique, le médecin généraliste se focalisait sur la prise en charge du diabète. Certains participants ont fait le raccourci entre succès de prise en charge du diabète et succès de prise en charge de la stéatose hépatique. Cela restait concordant avec le principe de prise en charge de l'insulino-résistance (64).

Le médecin généraliste voyait la prise en charge de la NASH comme un défi, il l'estimait complexe et chronophage. Cela rejoignait totalement les conclusions de l'étude PERSEPT concernant le ressenti de ses confrères hépatologues (65).

IV. Le médecin généraliste en première ligne

Le médecin généraliste était conscient des enjeux que représente la stéatose métabolique. Durant les entretiens les participants ont posé de nombreuses questions. Cela prouvait un grand intérêt pour ce sujet qui ne semblait pas toujours parfaitement maîtrisé. Par ailleurs, si le médecin généraliste était bien conscient de la gravité de la cirrhose, ce n'était pas le cas pour la stéatose hépatique. Pourtant, la NAFLD peut être source de carcinomes hépatocellulaires sur foie non-cirrhotique (66,67). De plus, la NAFLD lorsqu'elle est associée à d'autres hépatopathies chroniques, agit comme cofacteur aggravant et favorise l'évolution vers une forme plus sévère d'hépatopathie chronique. (68)

A l'heure où certains auteurs envisagent le fibroscan comme examen de 1ère intention dans le dépistage de fibrose hépatique, la sensibilisation du médecin généraliste à cette technique pourrait être intéressante (69). D'ailleurs, devant la généralisation des maisons de santé pluridisciplinaires, il serait intéressant d'évaluer la possibilité d'y implanter le fibroscan auprès des médecins généralistes.

Pour pallier au manque de structures spécifiques à la prise en charge de la stéatose hépatique, le médecin généraliste utilisait son réseau de soin habituel. Il utilisait des ressources dédiées à d'autres pathologies.

Parmi les freins à l'utilisation de la consultation de diététique, on retrouvait le volet financier. Le médecin généraliste proposait la prise en charge par l'assurance maladie de ces consultations, comme cela s'est fait avec le dispositif MonParcoursPsy (70). Il serait intéressant d'en évaluer la faisabilité, puisque bien souvent le remboursement d'une mesure entraîne une augmentation de sa prescription, comme par exemple lors du remboursement des substituts nicotiques (71).

V. De l'importance de la prévention

Le médecin généraliste soulevait la question d'un dépistage systématique, et notamment par l'échographie systématique chez les patients obèses. Cela rejoignait les recommandations de l'EASL indiquant que l'échographie abdominale devrait faire partie du bilan de routine des patients obèses, ou atteints de syndrome métabolique(27).

Le médecin généraliste suggérait une prévention dès l'enfance, cela semblait cohérent avec la littérature, puisque certaines études estiment que 38 % des enfants en surpoids sont atteints de stéatose hépatique (72–74). Au vu du risque évolutif, il semblerait qu'un suivi de ces enfants soit indispensable, et même poursuivi à l'âge adulte. Aussi, la prise en charge des parents d'enfants obèses ne devrait pas être négligée (75).

Dans ce sens, un renforcement de la sensibilisation de la population serait nécessaire, de même que l'action des pouvoirs publiques, pour changer la société. Les possibilités de campagnes de sensibilisation dans les grandes surfaces, ainsi que les interventions dans les écoles pour changer les modes de vie devraient être étudiées.

Optimiser la prévention de la stéatopathie métabolique permettrait de limiter la progression de la maladie, ainsi que l'amélioration du syndrome métabolique associé.

Conclusion

Fortement liée à l'épidémie d'obésité et de diabète engendrée par les mutations de notre société, la stéatopathie métabolique a rapidement émergé depuis sa description par Ludwig en 1980.

L'opportunité d'un dépistage précoce de cette pathologie est offerte au médecin généraliste, grâce à la place qu'il occupe dans le suivi de ses patients. Le médecin généraliste diagnostique cette pathologie sur la base d'une biologie sanguine ou par une découverte fortuite à l'imagerie. Sa prise en charge repose sur le suivi des enzymes hépatiques ainsi que sur l'optimisation des règles hygiéno-diététiques. Il réalise une prise en charge pluridisciplinaire en utilisant son réseau de soin habituel pour faire intervenir médecins spécialistes et intervenants paramédicaux.

Néanmoins, cette pathologie est une source d'incertitudes pour le praticien. Le dépistage et la prise en charge de la stéatopathie métabolique par le médecin généraliste pourraient être améliorés. A l'heure où le Fibroscan pourrait devenir l'examen de 1ère intention dans le dépistage de la stéatopathie métabolique, le médecin généraliste devrait être sensibilisé à cette technique ainsi qu'aux tests sanguins de fibrose. L'intercommunication avec le spécialiste devra améliorer les connaissances du médecin généraliste.

D'autre part, une prise de conscience du patient et plus généralement de la société sur la problématique de la sédentarité, paraît indispensable afin d'envisager une véritable prévention et prise en charge de leur stéatopathie métabolique.

Optimiser le dépistage de cette pathologie en soins primaires permettra d'en limiter la progression, ainsi que d'améliorer le syndrome métabolique sous-jacent et ses comorbidités associées.

Références bibliographiques

1. Czernichow S, Renuy A, Rives-Lange C, Carette C, Airagnes G, Wiernik E, et al. Evolution of the prevalence of obesity in the adult population in France, 2013–2016: the Constances study. *Sci Rep.* 8 juill 2021;11(1):14152.
2. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, Fazel Y, Henry L, Wymer M. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology.* juill 2016;64(1):73-84.
3. Lassailly G. Prise en charge chirurgicale de l'obèse et de l'obèse morbide : conséquences sur la stéatopathie métabolique et sur l'accès à la transplantation hépatique. Université de Lille; 2020.
4. Ludwig J, Viggiano TR, McGill DB, Oh BJ. Nonalcoholic steatohepatitis: Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease. *Mayo Clin Proc.* juill 1980;55(7):434-8.
5. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, Diehl AM, Brunt EM, Cusi K, et al. The diagnosis and management of non-alcoholic fatty liver disease: practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association. *Hepatology.* juin 2012;55(6):2005-23.
6. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the Management of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *Obes Facts.* mai 2016;9(2):65-90.
7. Petersen MC, Shulman GI. Mechanisms of Insulin Action and Insulin Resistance. *Physiol Rev.* 1 oct 2018;98(4):2133-223.
8. Barrera F, George J. The Role of Diet and Nutritional Intervention for the Management of Patients with NAFLD. *Clinics in Liver Disease.* févr 2014;18(1):91-112.
9. Kazankov K, Jørgensen SMD, Thomsen KL, Møller HJ, Vilstrup H, George J, et al. The role of macrophages in nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* mars 2019;16(3):145-59.
10. Henao-Mejia J, Elinav E, Jin C, Hao L, Mehal WZ, Strowig T, et al. Inflammasome-mediated dysbiosis regulates progression of NAFLD and obesity. *Nature.* févr 2012;482(7384):179-85.
11. Buzzetti E, Pinzani M, Tsochatzis EA. The multiple-hit pathogenesis of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD). *Metabolism.* août 2016;65(8):1038-48.
12. Xu H, Wang L. The Role of Notch Signaling Pathway in Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *Front Mol Biosci.* 24 nov 2021;8:792667.

13. Ma J, Hwang SJ, Pedley A, Massaro JM, Hoffmann U, Chung RT, et al. Bidirectional relationship between fatty liver and cardiovascular disease risk factors. *J Hepatol.* févr 2017;66(2):390-7.
14. Williams CD, Stengel J, Asike MI, Torres DM, Shaw J, Contreras M, et al. Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis among a largely middle-aged population utilizing ultrasound and liver biopsy: a prospective study. *Gastroenterology.* janv 2011;140(1):124-31.
15. Nabi O, Lacombe K, Boursier J, Mathurin P, Zins M, Serfaty L. Prevalence and Risk Factors of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Advanced Fibrosis in General Population: the French Nationwide NASH-CO Study. *Gastroenterology.* août 2020;159(2):791-793.e2.
16. Fracanzani AL, Petta S, Lombardi R, Pisano G, Russello M, Consonni D, et al. Liver and Cardiovascular Damage in Patients With Lean Nonalcoholic Fatty Liver Disease, and Association With Visceral Obesity. *Clin Gastroenterol Hepatol.* oct 2017;15(10):1604-1611.e1.
17. Preiss D, Sattar N. Non-alcoholic fatty liver disease: an overview of prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment considerations. *Clin Sci (Lond).* sept 2008;115(5):141-50.
18. Lee SS, Park SH. Radiologic evaluation of nonalcoholic fatty liver disease. *World J Gastroenterol.* 21 juin 2014;20(23):7392-402.
19. Kleiner DE, Brunt EM, Van Natta M, Behling C, Contos MJ, Cummings OW, et al. Design and validation of a histological scoring system for nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology.* juin 2005;41(6):1313-21.
20. Bedossa P, Poitou C, Veyrie N, Bouillot JL, Basdevant A, Paradis V, et al. Histopathological algorithm and scoring system for evaluation of liver lesions in morbidly obese patients. *Hepatology.* nov 2012;56(5):1751-9.
21. Bedossa P, FLIP Pathology Consortium. Utility and appropriateness of the fatty liver inhibition of progression (FLIP) algorithm and steatosis, activity, and fibrosis (SAF) score in the evaluation of biopsies of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology.* août 2014;60(2):565-75.
22. Kunde SS, Lazenby AJ, Clements RH, Abrams GA. Spectrum of NAFLD and diagnostic implications of the proposed new normal range for serum ALT in obese women. *Hepatology.* sept 2005;42(3):650-6.
23. Fracanzani AL, Valenti L, Bugianesi E, Andreoletti M, Colli A, Vanni E, et al. Risk of severe liver disease in nonalcoholic fatty liver disease with normal aminotransferase levels: a role for insulin resistance and diabetes. *Hepatology.* sept 2008;48(3):792-8.
24. EASL-ALEH Clinical Practice Guidelines: Non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis. *Journal of Hepatology.* 1 juill 2015;63(1):237-64.

25. Xiao H, Shi M, Xie Y, Chi X. Comparison of diagnostic accuracy of magnetic resonance elastography and Fibroscan for detecting liver fibrosis in chronic hepatitis B patients: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 6 nov 2017;12(11):e0186660.
26. Guiu B, Crevisy-Girod E, Binquet C, Duvallard L, Masson D, Lepage C, et al. Prediction for steatosis in type-2 diabetes: clinico-biological markers versus 1H-MR spectroscopy. *Eur Radiol*. avr 2012;22(4):855-63.
27. Boursier J. NASH : recommandations EASL. *Postu*. 2019;
28. Lassailly G, Caiazzo R, Buob D, Pigeyre M, Verkindt H, Labreuche J, et al. Bariatric Surgery Reduces Features of Nonalcoholic Steatohepatitis in Morbidly Obese Patients. *Gastroenterology*. août 2015;149(2):379-88; quiz e15-16.
29. Thoma C, Day CP, Trenell MI. Lifestyle interventions for the treatment of non-alcoholic fatty liver disease in adults: a systematic review. *J Hepatol*. janv 2012;56(1):255-66.
30. Lassailly G, Caiazzo R, Ntandja-Wandji LC, Gnemmi V, Baud G, Verkindt H, et al. Bariatric Surgery Provides Long-term Resolution of Nonalcoholic Steatohepatitis and Regression of Fibrosis. *Gastroenterology*. oct 2020;159(4):1290-301.
31. Eslami L, Merat S, Malekzadeh R, Nasserri-Moghaddam S, Aramin H. Les statines en cas de stéatohépatite non alcoolique. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;
32. Lai SW, Chen PC, Liao KF, Muo CH, Lin CC, Sung FC. Risk of hepatocellular carcinoma in diabetic patients and risk reduction associated with anti-diabetic therapy: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol*. janv 2012;107(1):46-52.
33. Klein EA, Thompson IM, Tangen CM, Crowley JJ, Lucia MS, Goodman PJ, et al. Vitamin E and the risk of prostate cancer: the Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *JAMA*. 12 oct 2011;306(14):1549-56.
34. Andres M. La Voie Unfolded Protein Response comme nouvelle cible thérapeutique dans le traitement de la stéatohépatite non alcoolique. Université de Lille; 2019.
35. Newsome PN, Buchholtz K, Cusi K, Linder M, Okanoue T, Ratziu V, et al. A Placebo-Controlled Trial of Subcutaneous Semaglutide in Nonalcoholic Steatohepatitis. *New England Journal of Medicine*. 25 mars 2021;384(12):1113-24.
36. Ma YY, Li L, Yu CH, Shen Z, Chen LH, Li YM. Effects of probiotics on nonalcoholic fatty liver disease: a meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 28 oct 2013;19(40):6911-8.
37. Vilar-Gomez E, Calzadilla-Bertot L, Wai-Sun Wong V, Castellanos M, Aller-de la Fuente R, Metwally M, et al. Fibrosis Severity as a Determinant of Cause-Specific

- Mortality in Patients With Advanced Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Multi-National Cohort Study. *Gastroenterology*. août 2018;155(2):443-457.e17.
38. Estes C, Razavi H, Loomba R, Younossi Z, Sanyal AJ. Modeling the epidemic of nonalcoholic fatty liver disease demonstrates an exponential increase in burden of disease. *Hepatology*. janv 2018;67(1):123-33.
 39. Setiawan VW, Stram DO, Porcel J, Lu SC, Le Marchand L, Nouredin M. Prevalence of chronic liver disease and cirrhosis by underlying cause in understudied ethnic groups: The multiethnic cohort. *Hepatology*. déc 2016;64(6):1969-77.
 40. Musso G, Gambino R, Tabibian JH, Ekstedt M, Kechagias S, Hamaguchi M, et al. Association of non-alcoholic fatty liver disease with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. juill 2014;11(7):e1001680.
 41. Armstrong MJ, Adams LA, Canbay A, Syn WK. Extrahepatic complications of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology*. mars 2014;59(3):1174-97.
 42. Calori G, Lattuada G, Ragogna F, Garancini MP, Crosignani P, Villa M, et al. Fatty liver index and mortality: the Cremona study in the 15th year of follow-up. *Hepatology*. juill 2011;54(1):145-52.
 43. Younossi ZM, Blissett D, Blissett R, Henry L, Stepanova M, Younossi Y, et al. The economic and clinical burden of nonalcoholic fatty liver disease in the United States and Europe. *Hepatology*. 2016;64(5):1577-86.
 44. Insee. Estimation de population par ancienne région, sexe et grande classe d'âge - Années 1975 à 2022 [Internet]. 2022 [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
 45. Insee. Au 1er janvier 2018, 1 466 700 habitants dans le Pas-de-Calais [Internet]. 2018 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5001278>
 46. Insee. Taux de chômage localisés au 3^e trimestre 2022 [Internet]. 2023 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012804>
 47. Insee. L'essentiel sur... la pauvreté [Internet]. 2021 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>
 48. Insee. Espérance de vie en 2021 [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749>
 49. Insee. Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux [Internet]. 2017 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292948>
 50. Francois A. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM; 2022 janv p. 141-12. (Atlas régionaux de la démographie médicale). Report No.: 5.

51. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale En Région Nord-Pas-de-Calais. CNOM; 2015. (Atlas régionaux de la démographie médicale). Report No.: 4.
52. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens A, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Overweight, obesity and cardiometabolic risk factors prevalence in France: The Constances cohort. Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire. 25 oct 2016;2016(35-36):640.
53. Santé publique France. Constances : une cohorte française pour la recherche et la santé publique. 2016 oct. (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire). Report No.: 35-36.
54. ARS Hauts-de-France. Diagnostic territorialisé des Hauts de France. 2017.
55. CNGE. Initiation à la Recherche Qualitative en Santé. Global média santé. Saint-Cloud; 2021. 192 p.
56. Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. G.R.O.S. [Internet]. 2023 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.gros.org/>
57. Bammert T. KitMédical [Internet]. 2018 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://app.kitmedical.fr/dashboard/>
58. Boursier J, Guillaume M, Leroy V, Irlès M, Roux M, Lannes A, et al. New sequential combinations of non-invasive fibrosis tests provide an accurate diagnosis of advanced fibrosis in NAFLD. J Hepatol. août 2019;71(2):389-96.
59. Chatterjee A, Basu A, Das K, Singh P, Mondal D, Bhattacharya B, et al. Hepatic transcriptome signature correlated with HOMA-IR explains early nonalcoholic fatty liver disease pathogenesis. Annals of Hepatology. 1 sept 2020;19(5):472-81.
60. Giusti V. Le parcours thérapeutique du patient obèse. Revue Médicale Suisse. 2006;2:858-63.
61. Larocque C, Savard R, Lecomte C. Alliance thérapeutique et abandon des traitements de l'obésité. Obes. 1 sept 2012;7(3):191-8.
62. Cook NS, Nagar SH, Jain A, Balp MM, Mayländer M, Weiss O, et al. Understanding Patient Preferences and Unmet Needs in Non-alcoholic Steatohepatitis (NASH): Insights from a Qualitative Online Bulletin Board Study. Adv Ther. 1 févr 2019;36(2):478-91.
63. Vallée E, Vastel E, Piquet MA, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. Nutr Clin et Met. sept 2017;31(3):206-194.
64. Petersen KF, Dufour S, Befroy D, Lehrke M, Hendler RE, Shulman GI. Reversal of Nonalcoholic Hepatic Steatosis, Hepatic Insulin Resistance, and Hyperglycemia by Moderate Weight Reduction in Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes. mars 2005;54(3):603-8.

65. Pariente A, Rosa I, Dharancy S, Hanslik B, Investigators of PERSEPT Study. Nonalcoholic fatty liver disease: opinions, population served, and management from a sample of French hepato(gastroentero)logists (PERSEPT study). *Eur J Gastroenterol Hepatol.* juill 2022;34(7):791-800.
66. Dyson J, Jaques B, Chattopadyhay D, Lochan R, Graham J, Das D, et al. Hepatocellular cancer: the impact of obesity, type 2 diabetes and a multidisciplinary team. *J Hepatol.* janv 2014;60(1):110-7.
67. Mittal S, El-Serag HB, Sada YH, Kanwal F, Duan Z, Temple S, et al. Hepatocellular Carcinoma in the Absence of Cirrhosis in United States Veterans is Associated With Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* janv 2016;14(1):124-131.e1.
68. Chen CL, Yang HI, Yang WS, Liu CJ, Chen PJ, You SL, et al. Metabolic factors and risk of hepatocellular carcinoma by chronic hepatitis B/C infection: a follow-up study in Taiwan. *Gastroenterology.* juill 2008;135(1):111-21.
69. Forestier L. Dépistage et prévention de la fibrose hépatique et de la NASH en médecine générale: intérêt de l'élastométrie impulsionnelle (Fibroscan). *Dumas.* sept 2020;
70. Ministère de la Santé. MonParcoursPsy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue [Internet]. 2023 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/>
71. Rochoy M, Babol A, Péan C, Deleplanque D, Gautier S, Berkhout C. Trends in the delivery of reimbursed nicotine replacement therapies between 2016 and 2019 in France. *Therapie.* 2022;77(5):561-70.
72. Guzzaloni G, Grugni G, Minocci A, Moro D, Morabito F. Liver steatosis in juvenile obesity: correlations with lipid profile, hepatic biochemical parameters and glycemic and insulinemic responses to an oral glucose tolerance test. *Int J Obes Relat Metab Disord.* juin 2000;24(6):772-6.
73. Schwimmer JB, Deutsch R, Kahen T, Lavine JE, Stanley C, Behling C. Prevalence of fatty liver in children and adolescents. *Pediatrics.* oct 2006;118(4):1388-93.
74. Mansoor S, Yerian L, Kohli R, Xanthakos S, Angulo P, Ling S, et al. The evaluation of hepatic fibrosis scores in children with nonalcoholic fatty liver disease. *Dig Dis Sci.* mai 2015;60(5):1440-7.
75. Rochereau B. Comportement alimentaire de l'adolescent obèse : doit-on prendre en charge les parents ? *Cahiers de Nutrition et de Diététique.* 1 juin 2009;44(3):144-7.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire Quantitatif

QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Bonjour Docteur, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Je suis Paul Delporte, interne en dernière année de médecine générale.

Je vais donc vous poser quelques questions. Tout d'abord afin de caractériser mon échantillon je vais vous demander de décrire votre pratique, puis nous entrerons dans le vif du sujet.

L'étude porte sur les pratiques et le ressenti des médecins généralistes, il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation, il n'y a pas de mauvaise réponse !

L'enregistrement de l'entretien sera détruit après analyse, les données seront anonymisées et vous pourrez avoir accès à la retranscription de votre entretien si vous le souhaitez. Vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez.

- Quel âge avez-vous ?
- Avez-vous des spécialisations, des formations particulières ?
- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
- Quel est votre mode d'exercice ?
- Comment décririez-vous votre territoire d'exercice ?

Annexe 2 : Guide d'entretien – Version première

VERSION PREMIERE DU QUESTIONNAIRE
--

I. La consultation avec un sujet obèse

1. Comment décrivez-vous votre patientèle ?
2. Question « brise-glace » : Racontez moi votre dernière consultation avec un patient obèse ?
 - Quelles complications de l'obésité connaissez-vous ?
 - Quelles complications métaboliques ? Quelles complications hépatiques ?

II. Prise en charge de la stéatopathie métabolique

3. Quel terme employez-vous pour cette pathologie ? Quelle est la différence entre NASH et stéatose ?
4. Comment réalisez-vous le dépistage de la stéatopathie métabolique ?
5. Dans votre patientèle avez-vous un patient atteint de cette pathologie, si oui : comment le prenez-vous en charge ?

III. Expérience clinique et enjeux

6. Quel est votre ressenti devant cette pathologie ?
7. La NASH est-elle une préoccupation pour vous ? Pour vous dans quelle mesure la NASH est-elle un enjeu de santé publique en France ? Dans votre secteur ?
 - Dans quelle mesure y êtes-vous confronté ?
8. Quels sont les éléments bloquants au dépistage ? A la prise en charge ?
9. A l'inverse, quels sont les éléments facilitateurs ?
10. Racontez moi vos réussites de prise en charge, vos échecs ?

IV. Les pistes d'amélioration

11. Quelles seraient vos suggestions pour éventuellement améliorer la prise en charge de la stéatopathie métabolique ? Avez-vous des pistes de réflexion ?

Annexe 3 : Guide d'entretien – Version finale

VERSION FINALE DU QUESTIONNAIRE
--

I. La consultation avec un sujet obèse

1. Comment décrivez-vous votre patientèle ?
2. Question « brise-glace » : Racontez moi votre dernière consultation avec un patient obèse ?
 - Quelles complications de l'obésité connaissez-vous ?
 - Quelles complications métaboliques ? Quelles complications hépatiques ?

II. Prise en charge de la stéatopathie métabolique

3. Quel terme employez-vous pour cette pathologie ? Quelle est la différence entre NASH et stéatose ?
4. Avez-vous des patients NASH ? Qui a fait le diagnostic ? Comment dépistez-vous ?
5. Comment réalisez-vous la prise en charge ? Donnez-moi vos astuces.

III. Expérience clinique et enjeux

6. La stéatopathie métabolique est-elle une préoccupation pour vous ? Pour vous dans quelle mesure la NASH est-elle un enjeu de santé publique en France ? Dans votre secteur ?
 - Dans quelle mesure y êtes-vous confronté ?
7. Quels sont les éléments bloquants au dépistage ? A la prise en charge ?
8. A l'inverse, quels sont les éléments facilitateurs ?
9. Racontez moi vos réussites de prise en charge, vos échecs ?
10. Quel est votre ressenti devant cette pathologie ?

IV. Les pistes d'amélioration

11. Quelles seraient vos suggestions pour éventuellement améliorer la prise en charge de la stéatopathie métabolique ? Avez-vous des pistes de réflexion ?

Annexe 4 : Grille COREQ – Traduction française

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. DELPORTE Paul	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Validation du 2ème cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3. Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Connaissances, inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Interne en médecine générale réalisant sa thèse de fin d'études	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Interne en médecine générale	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Analyse par théorie ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
10. Échantillonnage raisonné théorique	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple :

		échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif
11. Téléphone, Oral	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. Dix-sept participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude?
13. Une au focus group pour empêchement.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons? Contexte
14. Lieu de travail	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Genre, âge, durée d'installation, spécialisations, territoire d'exercice	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
17. Oui. Guide d'entretien testé au préalable en atelier universitaire.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 42 minutes en moyenne (individuels) 2 heures 43 (groupe)	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui (suffisance des données atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Quatre. L'auteur et trois chercheurs pour le codage thématique et l'auteur seul pour le codage axial et sélectif.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. QSR NVivo 12	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

D'après Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

AUTEUR : Nom : DELPORTE

Prénom : Paul

Date de Soutenance : Jeudi 9 Mars 2023

Titre de la Thèse : L'intégration en médecine générale de l'émergence de la stéatopathie métabolique dans le Nord-Pas-de-Calais : étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : DES de Médecine générale

Mots-clés : Non-alcoholic Fatty Liver Disease ; Diagnosis ; Obesity ; Metabolic Syndrome ; General Practice

Contexte : En France, quasiment la moitié de la population adulte est en surpoids ou obèse. La stéatopathie métabolique présente une prévalence mondiale qui ne cesse de progresser, elle est en passe de devenir la première indication de transplantation hépatique. Les médecins généralistes seront en première ligne pour permettre un diagnostic puis une prise en charge précoce, afin de limiter les complications et les coûts de santé publique de cette pathologie. Ce travail s'est intéressé à l'intégration par les médecins généralistes, de l'émergence de la stéatopathie métabolique dans le suivi de leurs patients obèses.

Méthode : Cette étude était qualitative, descriptive, inspirée de la théorisation ancrée. Il s'agissait d'un échantillonnage raisonné théorique. L'étude a été menée auprès de 17 médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais, sur la base de 11 entretiens semi-dirigés puis d'un focus group de 5 participants.

Résultats : Le médecin généraliste se sentait concerné, mais peu à l'aise avec la prise en charge de cette pathologie. Il faisait le diagnostic de stéatopathie métabolique sur la base d'une biologie sanguine ou par une découverte fortuite à l'imagerie. Sa prise en charge reposait sur le suivi des enzymes hépatiques ainsi que sur l'optimisation des règles hygiéno-diététiques. Les tests sanguins de fibrose et le fibroscan étaient cités mais n'étaient pas maîtrisés. Le praticien proposait le remboursement de la consultation de diététique. Il estimait indispensable la prise de conscience du patient, afin de modifier son mode de vie.

Conclusion : La prise en charge en médecine générale peut être améliorée. Le médecin généraliste doit être sensibilisé à l'utilisation des tests non invasifs de fibrose. Cela permettra un dépistage de cette pathologie en soins primaires dans le but d'en limiter la progression, ainsi que d'améliorer le syndrome métabolique sous-jacent et ses comorbidités associées. Cette prise en charge n'aura de sens que si elle s'inscrit dans une politique globale de santé publique.

Composition du Jury :

Président : Pr. Sébastien DHARANCY

Assesseurs : Pr. Denis DELEPLANQUE, Dr. Damien MEURISSE

Directeur de thèse : Dr. Thérèse DUMINIL