

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prise en charge de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient
adulte en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 23 novembre 2023 à 14h
au Pôle Formation
par **Justine DELAUNOY**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur David SEGUY

Assesseurs :

Madame le Professeur Anita TILLY

Monsieur le Docteur Julien PELZER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Julien PELZER

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
I. L'obésité, un problème majeur de santé publique	5
A. Définition et prévalence.....	5
B. Facteurs favorisants et complications	6
C. Plan Obésité 2019-2022	7
II. La place du médecin traitant dans la prise en charge	7
A. Une prise en charge à plusieurs niveaux	7
B. Le rôle du médecin traitant.....	8
III. Les versants psychologique et émotionnel de l'obésité	9
A. C'est quoi « manger » ?	9
B. Les psychopathologies associées à l'obésité.....	9
C. L'alimentation émotionnelle.....	11
IV. La prise en charge psychothérapeutique et l'éducation thérapeutique du patient	12
A. L'importance d'une prise en charge psychothérapeutique	12
B. Le rôle du psychologue et le dispositif « Mon Psy »	13
C. Rappel sur les psychothérapies et leur utilisation dans la prise en charge de l'obésité.....	14
D. La pleine conscience.....	15
E. L'hypnose.....	17
F. L'éducation thérapeutique du patient.....	17
V. L'apport du numérique dans la prise en charge	19
A. Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).....	19
B. Avantages et inconvénients de l'utilisation des outils numériques	21
MATERIEL ET METHODE	24
I. Type d'étude	24
II. Population	24
A. Critères d'inclusion.....	24
B. Critères d'exclusion.....	24
III. Questionnaire	24
IV. Analyses statistiques	26

RESULTATS	27
I. Caractéristiques de la population et pratique générale	27
A. Caractéristiques générales	27
B. Pratique générale.....	27
II. Patientèle adulte obèse et sa prise en charge	29
A. Patientèle adulte obèse.....	29
B. Ressenti des médecins vis-à-vis de la prise en charge de l'obésité chez l'adulte....	29
C. Prise en charge spécialisée de l'obésité chez l'adulte	29
D. Echec de prise en charge et les raisons évoquées.....	30
III. Prise en charge psychologique de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte	32
A. Les différentes composantes de l'obésité chez l'adulte	32
B. Les troubles du comportement alimentaire	32
C. La prise en charge psychologique	32
IV. Prise en charge non médicale de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte	34
A. L'utilisation des outils numériques	34
B. Les attentes concernant les outils numériques	35
DISCUSSION	37
I. Résultats principaux et leurs implications	37
A. Réponse à l'objectif principal : la prise en charge de la composante émotionnelle..	37
B. Les psychopathologies associées et l'alimentation émotionnelle.....	37
C. La prise en charge psychologique et l'éducation thérapeutique.....	39
D. L'apport des outils numériques dans la prise en charge	40
II. Forces et faiblesses de l'étude	41
A. Forces	41
B. Faiblesses.....	42
III. Perspectives	42
CONCLUSION	44
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE EN LIGNE	46
BIBLIOGRAPHIE	52

INTRODUCTION

I. L'obésité, un problème majeur de santé publique

A. Définition et prévalence

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le surpoids et l'obésité sont définis par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. Le surpoids est caractérisé par un Indice de Masse Corporelle (IMC) [poids (kg)/taille² (m²)] supérieur à 25 kg/m² et l'obésité par un IMC supérieur à 30 kg/m². (1)

L'obésité est graduée en plusieurs stades :

- Obésité de grade I ou modérée pour un IMC compris entre 30 et 34,9 kg/m².
- Obésité de grade II ou sévère pour un IMC entre 35 et 39,9 kg/m².
- Obésité de grade III ou morbide pour un IMC supérieur à 40 kg/m². (2)

Selon le ministère des Solidarités et de la Santé, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 17 % en France en 2015, soit environ 8 millions de personnes. (3–5)

On remarque : (3,4)

- Une augmentation de la prévalence de l'obésité très sévère (IMC > 40 kg/m²) : 2,1 % des femmes en 2016 (contre 1,3 % en 2006) et 1% des hommes en 2016 (contre 0,7 % en 2006).
- Une persistance des inégalités sociales et territoriales. En effet, la prévalence est plus forte en outre-mer, notamment chez les femmes : en 2019, 23 % des femmes sont obèses en Guadeloupe et en Guyane, 25 % en Martinique, 20 % à la Réunion, 34 % à Mayotte, contre « seulement » 15 % en métropole. (6)

À noter que dans les Hauts-de-France, plus de 20 % de la population est obèse. (7)

- Une augmentation des interventions de chirurgie bariatrique (multiplié par 3 en 10 ans).

Cela représente un cout de 2,8 milliards d'euros en ville et 3,7 milliards à l'hôpital selon des données de 2012. (3,4)

B. Facteurs favorisants et complications

Les facteurs favorisants l'obésité sont nombreux, les principaux sont les suivants : balance apports énergétiques/activité physique déséquilibrée, antécédents familiaux d'obésité, arrêt du tabac, consommation d'alcool et de certains médicaments, troubles anxiodépressifs, Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), grossesse, ménopause, stress et diminution du temps de sommeil. (8)

En plus de représenter à elle seule une véritable pathologie, l'obésité est un facteur de risque d'autres maladies, telles que les pathologies cardio-vasculaires, le diabète de type 2, certains cancers (endomètre, sein, ovaire, prostate, foie, vésicule biliaire, rein et colon), la stéatose hépatique non alcoolique, le syndrome d'apnées du sommeil, l'arthrose. Les conséquences psychologiques et sociales de l'obésité sont également bien réelles et peuvent aboutir notamment à un syndrome dépressif. (1,3)

Selon un article de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) publié en 2017, l'obésité serait responsable au niveau mondial de 44% des cas de diabète de type 2, 23% des cardiopathies et 7 à 41% des cancers selon leur localisation. Cela représenterait 2,8 millions de décès par an imputables à l'obésité, plaçant ainsi l'obésité comme 5^{ème} cause mondiale de mortalité dans le monde. (5)

C. Plan Obésité 2019-2022

Une feuille de route pour la prise en charge de l'obésité en France a été mise en place par le ministère des Solidarités et de la Santé pour la période 2019-2022. Elle vise à améliorer la prévention de l'obésité, l'information aux personnes obèses et leur entourage, la coordination des soins autour du patient avec un lien ville-hôpital et la pertinence des traitements. (9)

L'obésité étant un problème majeur de santé publique, déjà préoccupant depuis de nombreuses années, cette feuille de route fait suite au précédent Plan Obésité 2010-2013.

Les quatre axes de cette feuille de route 2019-2022 sont : (9)

- Améliorer la prise en charge par un parcours de soin coordonné
- Réguler la chirurgie bariatrique
- Former davantage les professionnels et mieux informer les patients
- Soutenir l'innovation

II. La place du médecin traitant dans la prise en charge

A. Une prise en charge à plusieurs niveaux

La prise en charge de l'obésité est multifactorielle et se fait à plusieurs niveaux.

En premier recours, on retrouve en premier lieu le médecin traitant. Puis, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les établissements de santé médico-sociaux, les autres professionnels comme les infirmières, psychologues, et les associations.

En deuxième recours, les médecins spécialistes (endocrinologues, pédiatres), ainsi que les réseaux territoriaux (exemple : Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique [REPPPOP]).

En troisième recours, les centres spécialisés de l'obésité, et les Soins de Suite et Réadaptation (SSR) obésité. (10)

B. Le rôle du médecin traitant

Le médecin traitant, comme professionnel de premier recours et accompagnant ses patients au long cours, occupe une place primordiale dans la prise en charge de l'obésité. Il joue notamment un rôle central dans la prévention et le diagnostic de cette pathologie. En effet, il doit veiller à peser régulièrement ses patients, à suivre leur courbe d'IMC, à repérer les facteurs favorisant l'obésité. (8)

Lors d'une consultation dédiée, le médecin traitant va donc : (8)

- Mesurer le tour de taille
- Rechercher les facteurs favorisants
- Identifier un trouble du comportement alimentaire
- Retracer l'histoire pondérale
- Evaluer l'activité physique
- Evaluer l'activité sédentaire
- Etudier les habitudes et les apports alimentaires
- Lister les médicaments pris par le patient
- Evaluer la perception du patient, son vécu et sa motivation
- Rechercher les conséquences physiques/psychologiques/sociales à l'excès de poids

III. Les versants psychologique et émotionnel de l'obésité

A. C'est quoi « manger » ?

Avant de parler des différents versants de l'obésité et d'évoquer des troubles du comportement alimentaire, il est important de souligner que manger est un triple équilibre :

(11)

- Equilibre énergétique : c'est ajuster les apports caloriques en fonction des besoins (et donc des dépenses) du corps. C'est le corps lui-même qui envoie ces informations : la sensation de faim lorsque l'apport énergétique est insuffisant, et à l'inverse la sensation de satiété lorsque l'équilibre est atteint.
- Equilibre nutritionnel personnel : bien qu'il existe des recommandations nutritionnelles pour manger sain, il existe ce qu'on appelle les « appétits spécifiques » lorsque l'organisme a envie/besoin d'aliments bien précis. Si, par exemple, le corps manque de calcium et de protéines, l'appétit va être axé sur le fromage. Et tant que cet aliment précis ne sera pas ingéré, la faim restera, même si les apports caloriques sont dépassés.
- Equilibre émotionnel : manger c'est avant tout du plaisir ; c'est nourrir le corps, l'esprit, les sens et les émotions. C'est l'équilibre qui semble prioritaire sur les deux autres. Tant que manger ne procure pas de plaisir, l'homme peut continuer à manger jusqu'à trouver du plaisir, entraînant donc un risque de suralimentation.

B. Les psychopathologies associées à l'obésité

Les psychopathologies sont fréquemment associées à l'obésité : un patient obèse sur deux souffre de troubles psychiques (troubles du comportement alimentaire, troubles anxieux, dépression, addictions). (12)

En 2023, dans son guide du parcours de soins du surpoids et de l'obésité chez l'adulte, la Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle qu'il est impératif de repérer systématiquement les signes cliniques d'appel de perturbations de l'alimentation ou de troubles des conduites alimentaires. (13)

Les signes pouvant faire évoquer des perturbations de l'alimentation sont : (13)

- L'hyperphagie prandiale : manger de grandes quantités de nourriture au cours des repas en décalage avec les besoins énergétiques
- La tachyphagie : manger beaucoup plus rapidement que la normale
- L'alimentation émotionnelle : manger en réponse à un ressenti émotionnel (plaisir, stress, ennui, consolation...) plutôt qu'à un ressenti sensoriel (faim, appétit, satiété...)
- Le fait de manger seul ou en cachette avec sentiment de dégoût, tristesse ou culpabilité
- La restriction cognitive ou contrôle de l'alimentation afin de réduire volontairement la quantité de nourriture ingérée
- Les prises alimentaires en dehors des repas et leurs caractéristiques : grignotage en continu, compulsions (craving)

Les signes pouvant faire évoquer des TCA sont : (13)

- Les épisodes récurrents d'hyperphagie boulimique : manger en très grande quantité dans un délai très réduit, de manière compulsive, sans compensation par des vomissements
- Les demandes de régime amaigrissant ou de perte de poids
- Certaines habitudes alimentaires : restrictions, exclusions alimentaires
- L'inquiétude de l'entourage (conjoint, enfants) face au comportement alimentaire ou à des variations de poids

Concernant la dépression, qui est également une psychopathologie pouvant être associée à l'obésité, celle-ci augmente le risque d'obésité et inversement. Également, pour les patients souffrant de troubles anxieux, la « faim psychologique et émotionnelle » est très présente : le patient mange pour se réconforter. (14)

C. L'alimentation émotionnelle

Soixante pour cent des individus obèses présentent des hauts niveaux d'alimentation émotionnelle et ce trouble du comportement alimentaire est un véritable obstacle à la perte de poids. Effectivement, l'alimentation émotionnelle est la « nourriture réconfortante ».

Normalement, une émotion négative entraîne une baisse de l'alimentation. En cas d'alimentation émotionnelle, c'est l'inverse. Cela entraîne une suralimentation, et donc une majoration du poids. L'alimentation émotionnelle est ainsi un facteur de risque d'obésité à ne pas méconnaître. (15)

Ce taux élevé d'alimentation émotionnelle chez les patients obèses peut s'expliquer par une prévalence plus élevée de troubles de la régulation émotionnelle chez ces mêmes individus. Ils ont plus de difficultés à identifier, comprendre et modifier leurs émotions.

L'alimentation émotionnelle peut alors être considérée comme une stratégie de régulation des émotions, mais celle-ci est inadaptée car entraînant une suralimentation et une prise de poids. (15)

Afin d'approfondir un peu plus ce concept, l'alimentation émotionnelle est liée à un déficit de conscience intéroceptive (conscience des sensations corporelles internes). Les individus confondent leurs sensations émotionnelles avec leurs sensations de faim et s'alimentent quelles que soient leurs sensations internes d'inconfort. (15)

Une étude récente a démontré que les individus obèses possédaient une conscience intéroceptive plus faible et des troubles de la régulation des émotions majorés par rapport aux normaux-pondéraux. Ils ont aussi moins conscience de leurs émotions négatives et ont plus de difficultés à contrôler leurs comportements impulsifs en cas d'évènements négatifs. (16)

IV. La prise en charge psychothérapeutique et l'éducation thérapeutique du patient

A. L'importance d'une prise en charge psychothérapeutique

Malgré la succession de plusieurs « Plan Obésité » depuis de nombreuses années, la prévalence de l'obésité reste très élevée. Sa prise en charge peut s'avérer complexe car c'est une pathologie multifactorielle comprenant une composante génétique, environnementale, comportementale, psychologique, et aussi émotionnelle. (5)

Rappelons que certains régimes amaigrissants mal conduits peuvent être néfastes. C'est ce que rapportait déjà l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES) dans un rapport d'expertise collective en 2010. (17) Ces régimes peuvent engendrer des carences, des troubles somatiques, et même des troubles psychologiques avec développement de troubles du comportement alimentaire.

Traiter l'obésité ne se résume pas à manger moins et bouger plus, c'est pourquoi une approche psychothérapeutique est nécessaire dans la prise en charge. Elle débute avec le médecin traitant et peut être poursuivie en milieu spécialisé. D'ailleurs, dans son guide du parcours de soins sur le surpoids et l'obésité de l'adulte, la HAS insiste sur la nécessité d'un bilan psychologique dans l'évaluation multidimensionnelle de l'obésité. (13)

Le médecin généraliste propose l'orientation vers un psychologue s'il décèle des signes de détresse psychologique ou de situation urgente ou si le patient est en demande pour rencontrer un psychologue. (13)

B. Le rôle du psychologue et le dispositif « Mon Psy »

Le psychologue permet au patient de trouver un espace de parole et de nouer une relation de confiance. Il peut déceler des signes de souffrance psychologique, parfois cachés lors des consultations médicales. Il recherche l'impact de l'obésité sur le plan psychologique, travaille sur le rapport au corps et à la prise de poids, repère les signes cliniques d'appel de maltraitance, de perturbations de l'alimentation et de TCA. Il prend également en charge le patient dans sa globalité en s'appuyant sur l'histoire personnelle de la personne, ses relations familiales, sociales et professionnelles. (13)

Le dispositif « Mon Psy », mis en place depuis avril 2022 permet aux patients (à partir de l'âge de 3 ans) d'avoir accès à des consultations avec un psychologue prises en charge par l'assurance maladie (à 60 %) et la mutuelle (à 40 %) (jusqu'à 8 séances remboursées par an). (18)

Les patients concernés par ce dispositif sont ceux présentant une souffrance psychique d'intensité légère à modérée. Les TCA font partie des pathologies pouvant être prises en charge par ces séances (ainsi que les troubles dépressifs, anxieux et addictifs). À noter que les patients présentant des troubles plus sévères, un risque suicidaire, ou déjà en Affection Longue Durée (ALD), en invalidité, ou en arrêt de travail depuis plus de 6 mois pour un motif psychiatrique, sont exclus de ce dispositif. En effet, ils nécessitent une prise en charge plus spécialisée auprès d'un psychiatre. (18)

En tant que médecin généraliste, si le patient est éligible à ces séances, un courrier d'adressage est effectué (un modèle est disponible sur le site Ameli). Le patient pourra ainsi prendre rendez-vous avec un psychologue conventionné (dont la liste se trouve également sur Ameli) afin de débiter les séances. La première séance sera faite exclusivement en présentiel et coutera 40 euros, les suivantes sont facturées 30 euros et peuvent être réalisées en présentiel ou en visio. Le patient avance les frais, et sera remboursé par l'assurance maladie (jusqu'à 8 séances par an). En cas de soins en lien avec une ALD, une maternité, un accident de travail ou une maladie professionnelle, il n'y a pas d'avance de frais. De même si le patient bénéficie de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). (18)

C. Rappel sur les psychothérapies et leur utilisation dans la prise en charge de l'obésité

Il existe trois grands groupes de psychothérapies :

- La psychanalyse, qui se base essentiellement sur le passé/l'enfance du patient
- La psychothérapie systémique, qui considère l'individu dans son intégralité avec toutes les sphères qui gravitent autour de lui (travail, famille, amour...)
- La thérapie cognitivo-comportementale, qui a connu trois vagues ; première vague comportementale, deuxième vague cognitive, et troisième vague qui a vu le jour dans les années 1990, autour de l'acceptation et de la pleine conscience, et donc plus axée sur les émotions. (19)

Pour servir ces différentes psychothérapies, plusieurs méthodes ont été développées, parmi lesquelles : la pleine conscience, l'hypnose, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), les thérapies familiales. (20)

La pleine conscience et l'hypnose étant des techniques fréquemment utilisées et approuvées, elles seront davantage détaillées dans la suite de ce travail.

Les deux objectifs principaux de la psychothérapie dans le cadre de l'obésité sont la gestion des émotions et l'amélioration de l'estime de soi, ainsi que le travail sur les troubles du comportement alimentaire. (20)

Une méta-analyse a montré que les thérapies cognitivo-comportementales de la 3^{ème} vague engendraient une perte de poids plus importante sur le long terme (12-24 mois) en comparaison à un traitement comportemental standard. (21)

Une étude interventionnelle menée sur deux ans a comparé deux groupes d'adultes obèses ; un de ces groupes a suivi un programme interdisciplinaire d'intervention cognitivo-comportementale.

Au bout d'un an, le groupe ayant suivi ce programme a perdu plus de poids que le groupe contrôle. Au bout de deux ans, la différence de perte de poids n'était plus significative entre les deux groupes mais les individus du groupe interventionnel ont quand même perdu 5,57% de leur poids, contre 1,12% de leur poids pour le groupe contrôle.

Le maintien d'une activité physique régulière ainsi qu'un régime alimentaire plus sain étaient significativement plus élevés dans le groupe interventionnel que dans le groupe contrôle, même au bout de deux ans. (22)

D. [La pleine conscience](#)

La pleine conscience consiste à vivre pleinement chaque instant en observant les évènements internes et externes tels qu'ils arrivent sans aucun jugement. Elle est concentrée et détachée des émotions, des pensées et des actions dans le moment présent. (15,19)

Nous avons vu précédemment le lien entre le déficit dans la régulation des émotions, les troubles alimentaires (comme l'alimentation émotionnelle) et l'obésité. La pleine conscience est une technique permettant de mieux réguler les émotions et donc les comportements alimentaires. (23)

Le rôle des exercices de pleine conscience est de ramener de la conscience dans les moments où le cerveau se met en « pilotage automatique ». En effet, l'évolution de la société a fait en sorte que les repas deviennent de plus en plus rapides et réalisés en même temps que d'autres activités comme regarder les écrans ou conduire par exemple. L'action de manger devient alors « inconsciente ». La pleine conscience a pour but de faire évoluer ces comportements, et permet alors aux personnes qui la pratiquent de redevenir pleinement acteur de leur vie. (15,23)

Plusieurs études ont déjà été menées sur ce sujet et ont mis en évidence notamment que la pleine conscience :

- Diminue l'impulsivité alimentaire et les accès hyperphagiques, et augmente l'activité physique. (23)
- Permet de réduire l'hyperphagie boulimique, les compulsions alimentaires et les grignotages. (24)

Une autre revue de la littérature a également mis en avant l'efficacité de la pleine conscience sur les TCA : 86% des études analysées révélaient une amélioration des comportements alimentaires grâce à des exercices de pleine conscience. (25)

La pleine conscience présente donc un rôle bénéfique sur les troubles du comportement alimentaire. Concernant la perte de poids, une méta-analyse ayant inclus 10 essais contrôlés randomisés, a mis en évidence une réduction significative du poids dans les groupes avec exercices de pleine conscience comparé aux groupes contrôles non interventionnels (- 0,348 kg, 95% IC : - 0,591 à - 0,105, P = 0,005). En revanche, il n'y avait pas de différence significative avec les groupes comportant des programmes de perte de poids plus traditionnels (P = 0,99). (26)

E. L'hypnose

L'hypnose est une technique ancienne, qui induit un état de conscience modifié. Elle est souvent incluse dans les thérapies cognitivo-comportementales.

L'hypnose permet à la fois de travailler sur l'alimentation (vitesse de prise des repas, sensation de satiété), l'image du corps, les distorsions et l'anxiété provoquées par la prise pondérale. De façon globale, l'hypnose permet d'améliorer l'estime de soi et la motivation ; ce qui est forcément bénéfique dans le parcours de tout patient obèse.

L'hypnose agit sur le stress en le réduisant, ainsi le cercle vicieux « je stresse donc je mange » est stoppé. (27)

Si le patient s'avère réceptif à l'hypnose, l'apprentissage de l'auto-hypnose est également possible pour favoriser l'autonomie dans la prise en charge.

F. L'éducation thérapeutique du patient

Il est important également de mettre l'accent sur l'éducation thérapeutique et l'apprentissage du patient à réaliser seul certaines techniques : c'est « l'auto-assistance ». (27)

L'hypnose et la pleine conscience se prêtent parfaitement à ce processus d'auto-assistance.

Bien sûr, le patient peut s'aider de manuels, de nouvelles technologies, et le professionnel de santé reste toujours disponible si besoin.

Comme le rappelle un rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'offre de soins, la promotion de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) occupe une place primordiale dans le Plan Obésité. (28) Le but est de développer au maximum l'ETP dans les soins de premier recours. Le but désormais n'est pas uniquement de perdre du poids, on parle de « modification thérapeutique du mode de vie » et cela inclut : une meilleure alimentation, une majoration de l'activité physique, une amélioration du sommeil, une acceptation de soi.

D'après le guide du parcours de soins sur le surpoids et l'obésité de l'adulte de la HAS en 2023, la mise en place de l'éducation thérapeutique est préconisée par toutes les recommandations internationales. D'ailleurs, pour recommander la mise en place de l'éducation thérapeutique et son maintien dans le temps, l'U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) souligne les bénéfices d'une éducation thérapeutique délivrée principalement en soins primaires à des adultes de plus de 18 ans. (13)

L'éducation thérapeutique doit ainsi être proposée systématiquement dès le diagnostic d'obésité, de façon personnalisée (séances collectives ou individuelles), soutenue entre les séances (avec notamment la possibilité de proposer des ressources éducatives à distance), poursuivie dans le temps et évaluée régulièrement. (13)

Le médecin traitant est donc en première ligne concernant l'ETP. Bien que l'ETP soit souvent un travail pluridisciplinaire avec des médecins spécialistes, des diététiciens, des infirmiers, des kinésithérapeutes etc. le médecin traitant est souvent l'initiateur et le coordinateur.

Cette évolution des pratiques avec un patient pleinement acteur de sa prise en charge a conduit au développement de nombreux outils, notamment numériques.

V. L'apport du numérique dans la prise en charge

A. Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)

Les nouvelles technologies sont de plus en plus présentes en médecine. Concernant la perte de poids, de nombreux nouveaux outils voient le jour. On parle de Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), c'est-à-dire l'ensemble des équipements informatiques et techniques permettant de communiquer à distance par voie électronique.

(29)

Parmi les TIC, on retrouve :

- Internet :

Internet permet la mise à disposition de matériel éducatif sur la nutrition, la surveillance du poids par le patient, la communication entre les utilisateurs ou même entre le patient et un expert. (29)

- Messagerie instantanée (SMS, WhatsApp) :

Cela permet au patient de recevoir des messages pour accroître notamment sa motivation. Un essai contrôlé randomisé a comparé deux groupes de patients obèses sans complications cardio-vasculaires. Le groupe intervention recevait un SMS tous les quinze jours. Il pouvait s'agir de SMS informatifs avec des informations théoriques comme « un verre de jus de tomate contient 40 kcal, un verre de jus d'orange 120 kcal », ou de SMS encourageants du type « utilisez les escaliers plutôt que l'ascenseur ». Le groupe intervention présentait une diminution statistiquement significative du poids (2,4 %), de l'IMC et du tour de taille (4,8%), en comparaison avec le groupe contrôle. (30)

- Applications sur smartphone :

Avec l'essor des smartphones, ce type de technologie est de plus en plus répandu. Une étude menée sur les applications liées à la santé rapportait que 20,53 % des utilisateurs de smartphones ont déjà utilisé une application de santé (44,5 % concernait l'arrêt du tabac, 38,6 % pour une alimentation plus saine, 23,2 % pour une perte de poids). (31)

Un essai contrôlé randomisé mené en 2019 avait pour objectif de déterminer si la perte de poids engendrée par un programme sur smartphone était équivalente à un programme plus classique. (32)

Trois groupes étaient alors constitués :

- *Traitement de l'obésité en groupe physique* : réunion de groupes de 15 à 20 personnes toutes les semaines pendant 6 mois, puis tous les 15 jours pendant 6 mois, puis tous les mois pendant 6 mois
- *Traitement de l'obésité basée sur un smartphone* : ils ont reçu les mêmes informations que le premier groupe mais uniquement par vidéo via une application développée pour l'étude

- *Et enfin un groupe contrôle* : pesées mensuelles au cours desquelles de brèves informations étaient délivrées.

À 18 mois, les trois groupes arrivaient à une réduction significative du poids. La perte de poids obtenue par le groupe basé sur les smartphones (- 5,5 kg) ne différait pas de la perte de poids du groupe physique (- 5,9 kg). Les deux méthodes semblaient ainsi aussi efficaces l'une que l'autre.

Plus étonnant, le groupe contrôle a également affiché une perte de poids de 6,4 kg.

La majorité de ces applications se base sur le principe d'autosurveillance : au niveau du poids, de l'alimentation, de l'activité physique. Les autres points caractéristiques des applications sont l'apparition de notifications en temps réel et son lien étroit avec les différents réseaux sociaux, permettant d'amplifier le soutien social. (29)

- Appareils portables :

Ces appareils permettent surtout un suivi quotidien de l'activité physique (nombre de pas par jour, suivi pour la course à pied etc.) (29)

B. Avantages et inconvénients de l'utilisation des outils numériques

Ces outils numériques sont bénéfiques dans la prise en charge de l'obésité, en permettant notamment d'augmenter le niveau d'activité physique et de réduire le poids corporel des patients grâce à plusieurs principes : autosurveillance, auto-efficacité et motivation. (33)

Une revue de la littérature de 2019 a mis en évidence que 14 sur les 23 études incluses ont rapporté un lien statistiquement significatif entre la perte de poids et l'utilisation de ces technologies. (34)

Bien que les TIC présentent plusieurs avantages, ils comportent également des risques et inconvénients : fiabilité, possibilité d'engendrer des TCA, confidentialité des données. (29)

Afin de limiter ces inconvénients et de n'en garder que le meilleur, la solution la plus adaptée pourrait être de s'appuyer sur ces outils numériques mais dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Un essai contrôlé randomisé a été mené en 2020 pour étudier l'impact d'un coaching psychologique complet basé sur des méthodes de thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Cette étude comportait deux groupes :

- *Un groupe expérimental* avec intervention d'un psychothérapeute via un service numérique, le thérapeute ayant remis des « devoirs » à effectuer pendant 8 semaines
- *Un groupe contrôle* avec service de santé numérique, mais sans aucune intervention de thérapeute.

Les deux groupes ne comportaient que des personnes avec un IMC > 24 kg/m² sans complications de l'obésité.

À 8 semaines, la perte de poids était significativement plus élevée dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle. Dans le groupe expérimental on remarquait également une réduction moyenne de la masse grasse plus importante, une résistance moyenne à l'insuline et à la leptine réduite, un comportement alimentaire émotionnel amélioré, un apport calorique moyen des collations moindre. (35)

Ceci met en évidence l'importance d'une approche pluriprofessionnelle et globale.

L'obésité est donc une pathologie multifactorielle, complexe à prendre en charge. En effet, au-delà de l'adage « manger moins, bouger plus », il est important de prendre en compte la composante émotionnelle de l'obésité afin d'améliorer sa prise en charge globale.

Pour cela, il existe les méthodes médicales (avec notamment la prise en charge psychothérapeutique et les programmes d'éducation thérapeutique) et les méthodes non-médicales, représentées par les outils numériques maintenant facilement disponibles.

Le médecin généraliste, avec le patient, occupe un rôle primordial dans cette prise en charge.

C'est pourquoi l'objectif principal de ce travail est d'évaluer la proportion de médecins généralistes prenant en compte la composante émotionnelle de l'obésité chez l'adulte.

L'objectif secondaire est de décrire comment ils la prennent en charge.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

L'enquête réalisée était une étude quantitative observationnelle et descriptive, conduite sous la forme d'un questionnaire.

II. Population

A. Critères d'inclusion

La population étudiée était l'ensemble des médecins généralistes en activité, installés dans le Nord ou le Pas-de-Calais, quel que soit leur âge, leur sexe, leur type d'installation, leur ancienneté d'exercice et d'installation, leur zone d'activité, et leur qualification en tant que Maître de Stage Universitaire (MSU) ou pas.

B. Critères d'exclusion

Ne pouvaient être inclus les médecins spécialistes, les médecins ayant cessé leur activité (retraite, arrêt de travail...), les remplaçants, les médecins travaillant dans le secteur hospitalier, ainsi que ceux exerçant dans d'autres départements.

III. Questionnaire

Un questionnaire en ligne destiné aux médecins généralistes installés dans le Nord ou le Pas-de-Calais a été élaboré.

Le questionnaire comportait 28 questions, dont 23 questions fermées et 5 questions ouvertes. Parmi les questions fermées, 17 étaient à choix unique, alors que 6 étaient à choix multiples.

Quatre questions ne s'affichaient qu'en fonction de la ou des réponse(s) apportée(s) à la précédente.

Le questionnaire était découpé en quatre parties :

- « Vous et votre pratique générale » : afin de décrire l'échantillon de l'étude (10 questions)
- « Votre patientèle adulte obèse et sa prise en charge » : les questions portaient sur la prise en charge générale de l'obésité par les médecins et leur ressenti général vis-à-vis de celle-ci (8 questions)
- « La prise en charge psychologique de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte » : afin d'aborder plus en détail la composante émotionnelle et sa prise en charge par les psychothérapies (6 questions)
- « La prise en charge non médicale de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte » : les questions étaient axées sur l'utilisation de certaines innovations comme les outils numériques pour aider les patients dans leur perte de poids (4 questions)

Le logiciel sécurisé en ligne Sphinx a été utilisé afin de construire le questionnaire. Les données ont été recueillies de manière anonyme et ont été détruites à l'issue de l'étude.

Une fois le questionnaire validé par la Commission de Recherche des Départements de Médecine et Maïeutique (CRD2M) de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la santé (FMMS) de Lille, et afin d'obtenir un échantillon suffisant et représentatif de la population, il a été diffusé via différents canaux :

- Publication sur le site internet du Conseil de l'Ordre des médecins du Nord
- Publication sur le site internet du Conseil de l'Ordre des médecins du Pas-de-Calais
- Envoi par mail aux MSU de la FMMS de Lille

- Envoi par mail aux confrères répondant aux critères d'inclusion avec lesquels j'ai déjà travaillé

Les données ont été recueillies durant une période de 4 mois (de mi-janvier à mi-mai 2023).

Le questionnaire complet est présenté en Annexe 1.

IV. Analyses statistiques

Pour chacune des questions, une analyse descriptive a été réalisée à l'aide du logiciel Sphinx. Les variables quantitatives étaient décrites à l'aide de leur moyenne et écart type, alors que les variables qualitatives étaient décrites sous forme de nombres et de pourcentages.

Afin de comparer la prise en charge de l'obésité selon l'âge et le type d'installation des médecins interrogés, des tests du Chi2 et test T de Student ont été réalisés (les conditions d'application du test du Chi2 ont été vérifiées).

RESULTATS

I. Caractéristiques de la population et pratique générale

Soixante-trois médecins généralistes ont répondu au questionnaire en ligne. La durée moyenne de réponse était de $6,7 \pm 4,2$ minutes.

A. Caractéristiques générales

Sur l'ensemble des participants, 40 (63,5 %) médecins étaient des hommes, 22 (34,9 %) étaient des femmes.

L'âge moyen était de $49,1 \pm 12,1$ ans et 50 (79,4 %) d'entre eux étaient maîtres de stage universitaires.

B. Pratique générale

L'ancienneté moyenne d'exercice était de $20 \pm 12,2$ ans, l'ancienneté moyenne d'installation était de $17,7 \pm 12,6$ ans. La majorité de l'échantillon exerçait en zone semi-rurale ou en ville (51 médecins soit 81 %).

Les types d'installation les plus représentés étaient l'activité libérale en cabinet de groupe pour 29 (46 %) médecins et l'activité libérale en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) pour 23 (36,5 %) médecins.

Pour les médecins travaillant dans une MSP, parmi les différents professionnels énoncés dans la question (i.e. psychologue, diététicien, nutritionniste, endocrinologue, psychiatre), 13 (56,5 %) affirmaient la présence d'un(e) psychologue au sein de leur MSP, et 9 (39,1 %) d'un(e) diététicien(ne).

Les dossiers étaient informatisés pour l'ensemble de l'échantillon, et la durée moyenne de consultation était de $15,9 \pm 3,2$ minutes.

L'ensemble des résultats pour la première partie du questionnaire « vous et votre pratique générale » est décrit dans le tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques de la population et pratique générale

Caractéristiques	Echantillon total (n = 63)
Sexe, n (%)	
<i>Homme</i>	40 (63,5 %)
<i>Femme</i>	22 (34,9 %)
<i>Autre</i>	1 (1,6 %)
Ancienneté d'exercice, moy \pm ET [min ; max], années	20 \pm 12,2 [1 ; 42]
Ancienneté d'installation, moy \pm ET [min ; max], années	17,7 \pm 12,6 [0 ; 42]
Âge, moy \pm ET [min ; max], années	49,1 \pm 12,1 [29 ; 70]
Zone d'activité, n (%)	
<i>Zone rurale</i>	12 (19 %)
<i>Zone semi-rurale</i>	26 (41,3 %)
<i>Ville</i>	25 (39,7 %)
Type d'installation, n (%)	
<i>Activité libérale en cabinet de groupe</i>	29 (46 %)
<i>Activité libérale en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)</i>	23 (36,5 %)
<i>Activité libérale en cabinet seul</i>	11 (17,5 %)
<i>Activité salariée</i>	0
<i>Autre</i>	0
Si MSP, professionnels présents, n (%)	(n = 23 pour cette question)
<i>Psychologue</i>	13 (56,5 %)
<i>Diététicien</i>	9 (39,1 %)
<i>Nutritionniste</i>	2 (8,7 %)
<i>Endocrinologue</i>	1 (4,3 %)
<i>Psychiatre</i>	2 (8,7 %)
<i>Aucun d'entre eux</i>	7 (30,4 %)
Maître de stage universitaire, n (%)	50 (79,4 %)
Dossiers informatisés, n (%)	63 (100 %)
Durée moyenne des consultations, moy \pm ET [min ; max], minutes	15,9 \pm 3,2 [8 ; 30]

II. Patientèle adulte obèse et sa prise en charge

A. Patientèle adulte obèse

Quarante-quatre (69,8 %) médecins estimaient que le taux de patients adultes obèses dans leur patientèle était compris entre 10 et 25 %, 14 (22,2 %) estimaient ce taux inférieur à 10 %, et 5 (7,9 %) l'estimaient supérieur à 25 %.

B. Ressenti des médecins vis-à-vis de la prise en charge de l'obésité chez l'adulte

La grande majorité des médecins se déclarait tout à fait à l'aise ou plutôt à l'aise pour aborder le sujet de l'obésité avec leurs patients concernés (51 médecins soit 81 %). C'est également une majorité de l'échantillon qui exprimait rencontrer très souvent et assez souvent des difficultés dans la prise en charge de l'obésité (53 médecins soit 84,2 %).

C. Prise en charge spécialisée de l'obésité chez l'adulte

Cinquante-cinq (87,3 %) médecins déclaraient orienter leurs patients adultes obèses vers une prise en charge paramédicale ou médicale spécialisée. Parmi les différents professionnels proposés (i.e. psychologue, diététicien, nutritionniste, endocrinologue, psychiatre), 43 (78,2 %) médecins orientaient vers un(e) diététicien(ne) et 32 (58,2 %) médecins vers un(e) psychologue.

Concernant les programmes d'éducation thérapeutique, c'est au total 50 (79,4 %) médecins qui affirmaient y adresser, systématiquement, souvent ou occasionnellement, leurs patients adultes obèses.

D. Echec de prise en charge et les raisons évoquées

La proportion de patients adultes obèses ayant atteint leur objectif de perte de poids après un an de prise en charge (alimentaire et physique) était évaluée inférieure à 25 % pour la grande majorité des médecins participants (53 médecins soit 84,1 %).

Les deux principales raisons évoquées pour expliquer cet échec étaient :

- Une mauvaise observance de la prise en charge proposée pour 32 (50,8 %) médecins
- La présence d'un trouble de régulation des émotions pour 28 (44,4 %) médecins

L'ensemble des résultats pour la seconde partie du questionnaire « votre patientèle adulte obèse et sa prise en charge » est décrit dans le tableau 2.

Tableau 2

Patientèle adulte obèse et sa prise en charge

Prise en charge de l'obésité	Echantillon total (n = 63)
Part de patients adultes souffrant d'obésité, n (%)	
<i>Moins de 10 %</i>	14 (22,2 %)
<i>Entre 10 et 25 %</i>	44 (69,8 %)
<i>Plus de 25 %</i>	5 (7,9 %)
Se sentir à l'aise pour aborder le sujet de l'obésité, n (%)	
<i>Tout à fait</i>	18 (28,6 %)
<i>Plutôt oui</i>	33 (52,4 %)
<i>Plutôt non</i>	12 (19 %)
<i>Pas du tout</i>	0
Rencontrer des difficultés dans la prise en charge de l'obésité de l'adulte, n (%)	
<i>Très souvent</i>	19 (30,2 %)
<i>Assez souvent</i>	34 (54 %)
<i>Rarement</i>	10 (15,9 %)
<i>Jamais</i>	0
Orienter les patients adultes obèses pour une prise en charge spécialisée, n (%)	
<i>Oui</i>	55 (87,3 %)
<i>Non</i>	8 (12,7 %)
Si oui à la question précédente, professionnel(s) vers qui orienter les patients, n (%)*	(n = 55 pour cette question)
<i>Psychologue</i>	32 (58,2 %)
<i>Diététicien</i>	43 (78,2 %)
<i>Nutritionniste</i>	28 (50,8 %)
<i>Endocrinologue</i>	27 (49,1 %)
<i>Psychiatre</i>	4 (7,3 %)
<i>Autre :</i>	12 (21,8 %)
<i>Structure pluridisciplinaire</i>	7 (12,7 %)
<i>Rééducation</i>	2 (3,6 %)
<i>Chirurgien bariatrique</i>	2 (3,6 %)
<i>Activité physique adaptée</i>	1 (1,8 %)
Adresser vers un programme d'éducation thérapeutique, n (%)	
<i>Systématiquement</i>	1 (1,6 %)
<i>Souvent</i>	19 (30,2 %)
<i>Occasionnellement, selon les situations</i>	30 (47,6 %)
<i>Jamais</i>	13 (20,6 %)
Proportion de patients ayant atteint leur objectif de perte de poids au bout d'un an de prise en charge, n (%)	
<i>Moins de 25 %</i>	53 (84,1 %)
<i>Entre 25 et 50 %</i>	9 (14,3 %)
<i>Entre 50 et 75 %</i>	0
<i>Plus de 75 %</i>	1 (1,6 %)
Les deux principales raisons en cas de perte de poids insuffisante, n (%)**	
<i>Entourage peu aidant et/ou peu impliqué</i>	17 (27 %)
<i>Mauvaise observance de la prise en charge proposée</i>	32 (50,8 %)
<i>Présence de troubles du comportement alimentaire</i>	18 (28,6 %)
<i>Antécédents familiaux d'obésité</i>	12 (19 %)
<i>Présence de troubles de régulation des émotions</i>	28 (44,4 %)
<i>Raison financière</i>	11 (17,5 %)
<i>Objectif de perte de poids trop élevé</i>	8 (12,7 %)

*pour cette question, les médecins pouvaient cocher plusieurs propositions

**pour cette question, les médecins pouvaient cocher jusqu'à 2 propositions maximum

III. **Prise en charge psychologique de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte**

A. Les différentes composantes de l'obésité chez l'adulte

Quarante et un médecins (65,1 %) considéraient plutôt bien prendre en compte toutes les composantes de l'obésité chez l'adulte alors que seulement 2 (3,2 %) pensaient ne pas du tout prendre en compte toutes les composantes.

Concernant l'objectif principal de cette étude, 49 (77,8 %) des 63 participants affirmaient prendre en compte la composante émotionnelle de l'obésité chez l'adulte.

Il n'y avait pas de différence significative sur la prise en compte de la composante émotionnelle de l'obésité entre les médecins travaillant dans une MSP et les autres types d'installation (87 % vs 72,5 %, $p = 0,18$) et entre les médecins de 50 ans et plus et ceux de moins de 50 ans (81,8 % vs 73,3 %, $p = 0,42$).

B. Les troubles du comportement alimentaire

On notait également que 22 (34,9 %) médecins évaluaient la prévalence des TCA dans leur patientèle adulte obèse entre 25 et 50 %. Dix-neuf (30,2 %) médecins l'évaluaient entre 10 et 25 %.

C. La prise en charge psychologique

Une grande majorité des médecins ayant répondu au questionnaire proposait un suivi psychothérapeutique à leurs patients adultes obèses : au total 56 (88,9 %) médecins le proposaient systématiquement, souvent, ou occasionnellement. Seulement 7 (11,1 %) n'en proposaient jamais.

Le fait de travailler dans une MSP comprenant un psychologue n'était pas associé au fait de proposer un suivi psychothérapeutique : 19,6 % de tous les médecins qui proposaient un suivi psychothérapeutique, que ce soit occasionnellement, souvent ou systématiquement avaient un psychologue dans leur MSP ; 28,6 % de tous les médecins qui ne proposaient jamais de suivi psychothérapeutique avaient un psychologue dans leur MSP ($p = 0,63$).

Une minorité a déjà utilisé le dispositif « Mon Psy » (17 médecins soit 27 %).

Parmi les méthodes énoncées dans le questionnaire (i.e. méditation, hypnose/auto-hypnose, exercices de pleine conscience au moment des repas), 31 (49,2 %) médecins estimaient qu'aucune de ces actions n'était menée par leur patientèle adulte obèse.

Vingt (31,7 %) médecins pensaient néanmoins que la pleine conscience exercée au cours des repas était une méthode utilisée par leur patientèle adulte.

L'ensemble des résultats pour la troisième partie du questionnaire « la prise en charge psychologique de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte » est décrit dans le tableau 3.

Tableau 3

Prise en charge psychologique de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte

Prise en charge psychologique de la composante émotionnelle	Echantillon total (n = 63)
Prendre en compte toutes les composantes de l'obésité chez l'adulte, n (%)	
<i>Tout à fait</i>	3 (4,8 %)
<i>Plutôt oui</i>	41 (65,1 %)
<i>Plutôt non</i>	17 (27 %)
<i>Pas du tout</i>	2 (3,2 %)
Prendre en compte la composante émotionnelle de l'obésité chez l'adulte, n (%)	
<i>Oui</i>	49 (77,8 %)
<i>Non</i>	14 (22,2 %)
Prévalence des troubles du comportement alimentaire dans la patientèle adulte obèse, n (%)	
<i>Moins de 10 %</i>	14 (22,2 %)
<i>Entre 10 et 25 %</i>	19 (30,2 %)
<i>Entre 25 et 50 %</i>	22 (34,9 %)
<i>Plus de 50 %</i>	8 (12,7 %)
Proposer un suivi psychothérapeutique à la patientèle adulte obèse, n (%)	
<i>Systématiquement</i>	1 (1,6 %)
<i>Souvent</i>	27 (42,9 %)
<i>Occasionnellement, selon les situations</i>	28 (44,4 %)
<i>Jamais</i>	7 (11,1 %)
Méthode(s) utilisée(s) par les patients adultes obèses, n (%)*	
<i>Méditation</i>	10 (15,9 %)
<i>Hypnose / auto-hypnose</i>	16 (25,4 %)
<i>Exercices de pleine conscience au moment des repas</i>	20 (31,7 %)
<i>Aucune</i>	31 (49,2 %)
Proposer le dispositif « Mon Psy », n (%)	
<i>Oui</i>	17 (27 %)
<i>Non</i>	46 (73 %)

*pour cette question, les médecins pouvaient cocher plusieurs propositions

IV. Prise en charge non médicale de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte

A. L'utilisation des outils numériques

Trente-cinq (55,5 %) médecins rapportaient proposer des outils numériques dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte.

Parmi les médecins proposant ces outils numériques, les applications smartphones étaient les plus conseillées (19 médecins soit 54,3 %), puis les appareils portables (16 médecins soit 45,7 %) et enfin les sites internet (13 médecins soit 37,1 %).

À la question ouverte « pouvez-vous citer le nom d'un ou plusieurs outils numérique(s) que vous utilisez ou proposez à vos patients », 5 médecins ont répondu « podomètre » et 4 médecins « montre connectée », 4 ont également répondu « application Santé sur smartphone », 3 ont fait référence à des sites du gouvernement (mangerbouger.fr avec notamment la fabrique à menus et Ameli), 2 ont cité deux autres sites internet (obesiclic et passeport santé), 3 autres applications smartphones ont également été nommées (DietMotiv, WeWard, vegeclik).

L'âge n'apparaissait pas associé au fait de proposer des outils numériques : les 50 ans et plus étaient 57,6% à proposer occasionnellement, souvent ou systématiquement des outils numériques contre 53,3% pour les moins de 50 ans ($p = 0,74$).

B. Les attentes concernant les outils numériques

Les deux principales attentes des médecins dans l'utilisation de ces outils numériques étaient :

- « Le patient est davantage motivé pour perdre du poids » pour 37 (58,7 %) médecins
- « Le patient comprend mieux sa pathologie pour agir en conséquence » pour 33 (52,4 %) médecins

La proposition « le patient se sent mieux psychologiquement » arrive en troisième position, cochée par 24 (38,1 %) médecins.

L'ensemble des résultats pour la quatrième partie du questionnaire « la prise en charge non médicale de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte » est décrit dans le tableau 4.

Tableau 4

Prise en charge non médicale de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte

Prise en charge non médicale de la composante émotionnelle	Echantillon total (n = 63)
Proposer des outils numériques dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte, n (%)	
<i>Systématiquement</i>	2 (3,2 %)
<i>Souvent</i>	12 (19 %)
<i>Occasionnellement, selon les situations</i>	21 (33,3 %)
<i>Jamais</i>	28 (44,4 %)
Si proposition d'outils numériques, outils conseillés aux patients, n (%)*	(n = 35 pour cette question)
<i>Sites internet</i>	13 (37, 1 %)
<i>Messagerie instantanée</i>	0
<i>Applications smartphones</i>	19 (54,3 %)
<i>Appareils portables (podomètre, montre connectée)</i>	16 (45,7 %)
Les deux principales attentes dans l'utilisation d'outils numériques, n (%)**	
<i>Le patient perd rapidement du poids</i>	2 (3,2 %)
<i>Le patient stabilise son poids après la perte</i>	22 (34,9 %)
<i>Le patient est davantage motivé pour perdre du poids</i>	37 (58,7 %)
<i>Le patient se sent mieux psychologiquement</i>	24 (38,1 %)
<i>Le patient comprend mieux sa pathologie pour mieux agir en conséquence</i>	33 (52,4 %)
<i>Autre</i>	1 (1,6 %)

*pour cette question, les médecins pouvaient cocher plusieurs propositions

**pour cette question, les médecins pouvaient cocher jusqu'à 2 propositions maximum

DISCUSSION

I. Résultats principaux et leurs implications

A. Réponse à l'objectif principal : la prise en charge de la composante émotionnelle

Ce travail de recherche mettait l'accent sur la prise en charge de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais. L'objectif principal était d'évaluer la proportion de médecins généralistes prenant en compte cette composante dans leur prise en charge de l'obésité. Les résultats ont montré qu'une très grande majorité des médecins interrogés (77,8 %) considérait prendre en compte la composante émotionnelle de l'obésité dans leur prise en charge.

Dans une étude qualitative pour une thèse d'exercice de médecine en 2022 qui portait également sur la prise en charge de l'obésité en médecine générale, la plupart des médecins interrogés via des entretiens mettaient l'accent sur la composante psychologique de l'obésité. Une prise en charge psychologique insuffisante était même citée comme facteur de rechute après une perte de poids. (36)

À l'inverse, dans une étude quantitative pour une thèse d'exercice de médecine de 2016, sur 87 médecins participants, seulement 6,8 % évoquaient la prise en charge psychologique comme moyen de prise en charge de l'obésité chez l'adulte. (37)

B. Les psychopathologies associées et l'alimentation émotionnelle

La prise en compte de la composante émotionnelle est primordiale car un patient obèse sur deux présente une psychopathologie associée. (12)

Les TCA représentent l'un des facteurs favorisant de l'obésité. Une étude descriptive transversale de 2023 incluant 185 patients obèses a mis en évidence que 28,1 % des patients rapportaient présenter des TCA tels que le grignotage, l'hyperphagie prandiale ou encore la boulimie. Cette étude a trouvé une association significative entre l'existence de ces TCA et la durée d'évolution de l'obésité. (38)

Dans ce travail de thèse, plus d'un tiers des médecins évaluaient la prévalence des TCA dans leur patientèle adulte obèse entre 25 et 50 %.

Une étude a également souligné que l'alimentation émotionnelle engendrait des difficultés dans la perte de poids. (13) L'alimentation émotionnelle permet aux patients de s'adapter face à des émotions négatives (stress, anxiété) afin de les diminuer, mais favorise l'apparition de TCA et autres psychopathologies. (39)

L'alimentation émotionnelle étant directement en lien avec un trouble de régulation des émotions (16), il était intéressant de se pencher sur cette question.

L'alimentation émotionnelle, qui découle d'un trouble de régulation des émotions, est citée comme frein à la perte de poids par plus d'un tiers des médecins interrogés dans ce travail de thèse. Cette prise de conscience est cohérente avec les différentes études qui pointent du doigt l'alimentation émotionnelle comme facteur de risque d'obésité, et obstacle à la perte de poids. Par exemple, une étude de 2020 comparant trois groupes de patients selon leur IMC (poids normal pour un IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m², surpoids pour un IMC entre 25 et 29,9 kg/m² et obésité pour un IMC > 30 kg/m²) démontrait que les patients obèses mangeaient davantage en réponse aux émotions négatives que les patients en surpoids ou poids normal. (40)

C. La prise en charge psychologique et l'éducation thérapeutique

Dans cette étude descriptive, le taux de médecins prenant en compte la composante émotionnelle de l'obésité était élevé et implique donc une prise en charge globale de l'obésité dans leur pratique. Afin de prendre en charge toutes les composantes de l'obésité, la majorité des médecins interrogés proposait un suivi psychothérapeutique à leurs patients obèses et adressait leurs patients obèses vers un programme d'éducation thérapeutique.

Ces pratiques sont en accord avec les dernières recommandations. Effectivement, le site des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) des Hauts-de-France rappelle à quel point une prise en charge psychologique est recommandée, notamment en cas de psychopathologies associées, de TCA, d'alimentation émotionnelle. (41) Dans un communiqué de juin 2022 concernant les formes les plus sévères d'obésité, la HAS insiste également sur l'apport bénéfique d'une prise en charge psychothérapeutique, ainsi que la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique. (42)

En pratique, les programmes d'éducation thérapeutique pour le patient adulte obèse sont développés avec plusieurs professionnels de santé : diététiciens, psychologues, professeurs d'éducation physique adaptée, infirmiers et médecins. Des entretiens permettent de cibler où se situe le patient vis-à-vis de sa maladie (ses connaissances, son ressenti...) et quels sont ses objectifs. C'est lui qui se trouve au centre de la prise en charge. (43)

L'ETP est un processus continu avec des séances mises en place au sein de différentes structures de soins (MSP, hospitalisation de jour, hospitalisation complète...). Les thèmes abordés sont multiples : connaissances de la pathologie, alimentation et comportement alimentaire, l'activité physique, les pathologies associées à l'obésité, le développement personnel. L'une des forces de l'ETP est de pouvoir adapter le programme en fonction du patient et de ses attentes. (43)

D. L'apport des outils numériques dans la prise en charge

Les outils numériques ne cessent de prendre de la place dans nos vies, y compris dans le domaine de la santé, où l'on peut parler de « santé connectée » et de « patient connecté ». Cela permet au patient d'être actif dans sa prise en charge, acteur de sa propre santé, on parle même d'« empowerment ». (44)

L'« empowerment » est décrit par le Ministère de la Santé comme « la prise en charge de l'individu, par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale ». (45)

L'éducation thérapeutique participe grandement à cette autonomisation du patient, mais également internet et les outils numériques.

Les outils numériques proposés aux patients peuvent les aider à changer leurs habitudes et favoriser leur perte de poids. (46)

D'ailleurs, une méta-analyse de 2019 regroupant 41 études publiées de 2006 à 2017 mettait en évidence un effet positif des applications smartphones sur les comportements alimentaires et les indices d'obésité (poids, IMC, graisse corporelle et tour de taille). (47)

Cette tendance à utiliser les outils numériques afin d'améliorer la prise en charge est effectivement ressentie dans ce travail de thèse : plus de la moitié des médecins interrogés confiaient proposer des outils numériques à leurs patients. Parmi eux, les plus utilisés étaient les applications smartphones.

Certaines de ces applications permettent aux patients de mettre en pratique des techniques comme la méditation, l'auto-hypnose ou la pleine conscience, même si près de la moitié des médecins interrogés estimaient qu'aucune de ces pratiques n'était réalisée par leurs patients.

Il se développe de plus en plus d'applications et sites internet pouvant être utilisés par les médecins généralistes ou proposés aux patients. Entre autres, citons : obesiclic.fr, mangerbouger.fr, application « Santé » sur smartphone (permettant notamment le suivi de l'activité physique), WeWard (également pour le suivi de l'activité physique), DietMotiv et Petit Bambou (pour des exercices de méditation, pleine conscience...), FedMind et Nuvee (pour des programmes d'e-ETP).

II. Forces et faiblesses de l'étude

A. Forces

L'une des forces de cette étude est l'originalité de son sujet. Effectivement, lorsque l'on évoque la prise en charge de l'obésité, l'une des premières phrases qui vient à l'esprit est « manger moins, bouger plus » mais la réalité est bien plus complexe que cela. C'est même la HAS, dans son guide du parcours de soins sur le surpoids et l'obésité de l'adulte, qui rappelle l'importance d'un bilan psychologique dans l'évaluation globale de l'obésité. (13) Traiter ce sujet c'est prendre en compte l'obésité dans toute sa complexité et mettre en lumière la prise en charge psychologique de la composante émotionnelle de l'obésité, mais aussi la prise en charge non médicale de cette composante.

En effet, la dernière partie de la thèse concernait les outils numériques que nous avons désormais facilement à disposition pour aider les patients dans leur prise en charge. Il était intéressant d'évaluer si les nouvelles technologies qui font maintenant partie intégrante de notre quotidien (applications smartphones, appareils connectés etc.) étaient proposées aux patients dans leur prise en charge.

Cette étude quantitative avec réalisation d'un questionnaire en ligne permettait de toucher un grand nombre de médecins grâce à une large diffusion, une facilité et une rapidité de réalisation pour les médecins.

B. Faiblesses

Malgré les divers canaux de diffusion utilisés, le nombre de réponses au questionnaire reste limité, affectant la puissance de l'étude.

De plus, près que 80% des répondants étaient maîtres de stage universitaires ce qui est certainement à l'origine d'un biais de sélection. Cela s'expliquait par la diffusion du questionnaire par la FMMS de Lille à l'ensemble de ses MSU. La formation des MSU et le fait qu'ils encadrent régulièrement des étudiants pourraient être à l'origine d'une prise en charge différente de l'obésité par rapport aux autres médecins généralistes.

Ces deux éléments impactent ainsi la généralisabilité des résultats.

III. Perspectives

Il serait pertinent de mener une nouvelle étude sur ce sujet à plus grande échelle : sur un territoire s'étendant sur plusieurs régions, voire au niveau national. Cela pourrait permettre également de repérer s'il existe des disparités dans la prise en charge de l'obésité selon les territoires (en comparant des régions très urbaines avec des régions beaucoup plus rurales par exemple).

Si une nouvelle étude était menée, il serait judicieux de limiter au maximum le principal biais retrouvé ici : le biais de sélection dû au grand nombre de MSU ayant répondu au questionnaire.

Pour cela, il faudrait axer davantage la diffusion auprès des Conseils de l'Ordre, de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), ou encore d'organismes de formation médicale continue.

La dernière partie de cette étude se penchait sur l'utilisation d'outils numériques comme aide dans la prise en charge. Ce sujet demeure très intéressant, surtout à l'heure actuelle où le numérique prend de plus en plus de place dans nos vies. Une nouvelle étude centrée principalement sur ce sujet pourrait ainsi être pertinente et pourrait pousser encore plus les médecins à se servir de ces outils ou à les proposer à leurs patients pour les accompagner dans leur perte de poids.

CONCLUSION

L'obésité touche 17 % de la population adulte française. Au-delà de la pathologie qu'elle représente en elle-même, elle est considérée comme facteur de risque de nombreuses autres maladies : affections cardio-vasculaires, diabète de type 2, certains cancers, stéatose hépatique non alcoolique, syndrome d'apnées du sommeil, arthrose, troubles psychologiques comme la dépression. C'est pourquoi l'obésité est un problème majeur de santé publique.

Sa prise en charge est complexe car il s'agit d'une pathologie multifactorielle où s'entremêlent plusieurs composantes : génétique, environnementale, comportementale, psychologique et émotionnelle. De plus, les psychopathologies sont fréquemment associées à l'obésité (pour rappel, les troubles psychologiques concernent un patient obèse sur deux). C'est pourquoi prendre en charge l'obésité de façon globale implique de prendre également en charge la composante émotionnelle de celle-ci, avec notamment une approche psychothérapeutique.

Au centre de cette prise en charge globale se trouve le médecin généraliste. C'est un professionnel de santé de premier recours, c'est lui qui dépiste l'obésité, effectue le suivi du patient, adresse en milieu spécialisé si besoin, et coordonne les soins.

L'objectif de cette étude était d'évaluer si les médecins généralistes installés dans le Nord et le Pas-de-Calais prenaient bien en compte cette composante émotionnelle dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte, et comment ils la prenaient en charge. Ce travail de thèse a montré que les médecins généralistes interrogés étaient bien conscients de l'aspect multifactoriel de l'obésité et considéraient prendre en compte la composante émotionnelle de l'obésité pour la grande majorité d'entre eux.

Ils étaient d'ailleurs assez nombreux à évoquer la présence de troubles de régulation des émotions comme une des principales raisons expliquant un échec de prise en charge à un an (pour une prise en charge uniquement basée sur le régime alimentaire et l'activité physique). Afin de prendre en compte particulièrement cette composante, ils orientaient facilement leurs patients vers d'autres professionnels de santé et notamment des psychologues afin de débiter un suivi psychothérapeutique. Les programmes d'éducation thérapeutique étaient aussi largement plébiscités.

À l'avenir, une étude à plus grande échelle pourrait être menée afin de confirmer ou non les tendances observées dans cette étude descriptive.

Au-delà de cette prise en charge médicale, la fin de ce travail de recherche se penchait sur l'utilisation d'outils numériques afin d'aider à la prise en charge globale (et donc également de la composante émotionnelle) de l'obésité. Les médecins généralistes participants étaient plutôt enclins à proposer ces outils à leurs patients adultes obèses (notamment les applications smartphones et les appareils connectés). Pour une prochaine étude, devant l'essor des outils numériques, y compris dans le domaine de la santé, il serait intéressant de se focaliser davantage sur ce point, et voir comment les nouvelles technologies modifient la façon de prendre en charge l'obésité.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Bonjour,

Je suis médecin généraliste remplaçante et je réalise ma thèse sur la prise en charge de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais.

La prise en charge de l'obésité peut s'avérer complexe car c'est une pathologie multifactorielle comprenant une part génétique, environnementale, comportementale, psychologique, et aussi émotionnelle. Ce dernier aspect semble parfois méconnu, raison pour laquelle j'ai voulu réaliser ma thèse à ce sujet.

L'objectif principal de mon étude est d'évaluer la proportion de médecins généralistes prenant en compte la composante émotionnelle de l'obésité chez l'adulte.

L'objectif secondaire est de comprendre comment ils la prennent en charge. Cela permettra d'aborder d'une part la prise en charge psychologique, et d'autre part la prise en charge non médicale à l'aide d'outils innovants et modernes que sont les applications smartphones, les sites internet ou encore les appareils connectés.

Si vous êtes médecin généraliste et installé(e) dans le Nord ou le Pas-de-Calais, je vous invite à répondre à mon questionnaire en ligne. Cela ne vous prendra que 5 à 10 minutes et me sera d'une aide précieuse.

Je vous remercie par avance

Justine Delaunoy

I. VOUS ET VOTRE PRATIQUE GENERALE

1) Êtes-vous un homme / une femme / autre ?

- Homme
- Femme
- Autre

2) Depuis combien d'année(s) exercez-vous en tant que médecin généraliste ?

|_|_| an(s)

3) Depuis combien d'année(s) êtes-vous installé(e) en tant que médecin généraliste ?

|_|_| an(s)

4) Quel âge avez-vous ?

|_|_| ans

5) Exercez-vous actuellement dans une zone rurale, semi-rurale ou en ville ?

- Zone rurale
- Zone semi-rurale
- Ville

6) Quel est votre type d'installation ?

- Activité libérale en cabinet de groupe
- Activité libérale en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)
- Activité libérale en cabinet seul
- Activité salariée
- Autre : ...

7) Si vous travaillez dans une MSP, l'un de ces professionnels de santé exerce-t-il dans votre structure ?

- Psychologue
- Diététicien
- Nutritionniste
- Endocrinologue
- Psychiatre
- Aucun d'entre eux

8) Êtes-vous maître de stage universitaire (MSU) ?

- Oui
- Non

9) Vos dossiers patients sont-ils informatisés ?

- Oui
- Non

10) Selon vous, quelle est la durée moyenne en minutes de vos consultations ?

|_|_| minutes

II. VOTRE PATIENTELE ADULTE OBESE ET SA PRISE EN CHARGE

11) Quelle est, selon vous, la part de vos patients adultes qui souffrent d'obésité (IMC > 30 kg/m²) sur l'ensemble de votre patientèle adulte ?

- Moins de 10%
- Entre 10 et 25%
- Plus de 25%

12) Vous sentez-vous à l'aise pour aborder le sujet de l'obésité avec vos patients adultes concernés par cette pathologie ?

- Tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

13) Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte ?

- Très souvent
- Assez souvent
- Rarement
- Jamais

14) Orientez-vous vos patients adultes obèses pour une prise en charge paramédicale ou médicale spécialisée ?

- Oui
- Non

15) Si oui, vers quel(s) professionnel(s) les orientez-vous ?

- Psychologue
- Diététicien
- Nutritionniste
- Endocrinologue
- Psychiatre
- Autre : ...

16) Vous arrive-t-il d'adresser vos patients adultes obèses vers un programme d'éducation thérapeutique ?

- Systématiquement
- Souvent
- Occasionnellement, selon les situations
- Jamais

17) Au bout d'un an de prise en charge par rééquilibrage alimentaire et activité physique, quelle est selon vous la proportion de vos patients adultes obèses ayant atteint leur objectif de perte de poids ?

- < 25 %
- 25-50 %
- 50-75 %
- > 75 %

18) Parmi les propositions suivantes, cochez celles qui sont, selon vous, les deux principales raisons en cas de perte de poids insuffisante ?

- Entourage peu aidant et/ou peu impliqué
- Mauvaise observance de la prise en charge proposée
- Présence de Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)
- Antécédents familiaux d'obésité
- Présence de troubles de régulation des émotions
- Raison financière
- Objectif de perte de poids trop élevé

III. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DE LA COMPOSANTE EMOTIONNELLE DE L'OBESITE CHEZ LE PATIENT ADULTE

L'obésité est une pathologie multifactorielle impliquant plusieurs composantes : génétique, environnementale, comportementale, psychologique et émotionnelle.

19) Dans les prises en charge que vous proposez, pensez-vous prendre en compte toutes les composantes de l'obésité ?

- Tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout

20) Plus particulièrement, prenez-vous en compte la composante émotionnelle dans votre prise en charge de l'obésité chez le patient adulte ?

- Oui
- Non

21) Quelle est selon vous la prévalence des troubles du comportement alimentaire (TCA) au sein de vos patients adultes obèses ?

- < 10 %
- 10-25 %
- 25-50 %
- > 50 %

22) Vous arrive-t-il de proposer un suivi psychothérapeutique à vos patients adultes obèses ?

- Systématiquement
- Souvent
- Occasionnellement, selon les situations
- Jamais

23) Parmi les méthodes suivantes, lesquelles sont utilisées par vos patients adultes obèses ?

- Méditation
- Hypnose/Auto-hypnose
- Exercices de pleine conscience au cours des repas
- Aucune

Le dispositif « Mon Psy » créé en Avril 2022 permet aux patients d'avoir accès à des consultations avec un psychologue prises en charge par l'assurance maladie (à 60 %) et la mutuelle (à 40 %).

Les patients concernés par ce dispositif sont ceux présentant une souffrance psychique d'intensité légère à modérée. Les troubles du comportement alimentaire font partie des pathologies pouvant être prises en charge par ces séances (ainsi que les troubles dépressifs, anxieux et addictifs).

Un courrier d'adressage rédigé par le médecin généraliste permet au patient de prendre rendez-vous avec un psychologue conventionné.

24) Avez-vous déjà proposé le dispositif « Mon Psy » dans le cadre de la prise en charge de l'obésité ?

- Oui
- Non

IV. LA PRISE EN CHARGE NON MEDICALE DE LA COMPOSANTE EMOTIONNELLE DE L'OBESITE CHEZ LE PATIENT ADULTE

Afin de toujours améliorer la prise en charge globale de l'obésité (dont les composantes émotionnelle et psychologique sont parfois mises de côté) et rendre le patient toujours plus acteur de sa santé, le médecin généraliste peut s'appuyer sur certaines innovations à proposer à ses patients.

25) Proposez-vous des outils numériques (sites internet, messagerie instantanée, applications smartphones, appareils portables tels que des podomètres ou montres connectées) à vos patients adultes dans le cadre de la prise en charge de l'obésité ?

- Systématiquement
- Souvent
- Occasionnellement, selon les situations
- Jamais

26) Si oui, lequel ou lesquels conseillez-vous à vos patients adultes dans le cadre de la prise en charge de l'obésité ?

- Sites internet
- Messagerie instantanée
- Applications smartphones
- Appareils portables tels que des podomètres ou montres connectées

27) Si oui, pouvez-vous citer le nom d'un ou plusieurs outils numériques que vous utilisez ou proposez à vos patients adultes ?

[Question ouverte]

Ecrire uniquement le nom de l'outil numérique. Si vous en citez plusieurs, merci de les séparer par « ; »

28) Si vous utilisez/proposez déjà des outils numériques ou si vous deviez en utiliser/proposer à l'avenir, quelles sont ou seraient vos deux principales attentes ?

- Le patient perd rapidement du poids
- Le patient stabilise son poids après la perte
- Le patient est davantage motivé pour perdre du poids
- Le patient se sent mieux psychologiquement
- Le patient comprend mieux sa pathologie pour mieux agir en conséquence
- Autre : ...

Un grand merci pour votre participation !

Justine Delaunoy

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids [Internet]. 2020 [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte. 2011 [Internet]. [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route prise en charge des personnes en situation d'obésité. 2019 [Internet]. [cité 27 janv 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_obesite_2019-2022.pdf
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Obésité [Internet]. 2021 [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/>
5. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Obésité, une maladie des tissus adipeux [Internet]. 2019 [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
6. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête de santé européenne : Une santé perçue plus dégradée dans les départements et régions d'Outre mer [Internet]. 2021 [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/enquete-de-sante-europeenne-une-sante-percue-plus-degradee-dans-les>
7. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. La politique de lutte contre le surpoids et l'obésité [Internet]. 2023 [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/la-politique-de-lutte-contre-le-surpoids-et-lobesite>
8. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011 [Internet]. [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics_obesite_adulte_premiers_recours.pdf
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route 2019-2022 [Internet]. 2021 [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022>
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. La prise en charge graduée de l'obésité [Internet]. 2021 [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295>
11. Le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids. Respecter un triple équilibre grâce au goût [Internet]. 2021 [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.gros.org/respecter-un-triple-equilibre-grace-au-gout>
12. Corminboeuf Y, Giusti V. Rôle de l'approche psychologique dans la prise en charge des patients obèses. *Revue Médicale Suisse*. 26 mars 2014;0(423):686-90.
13. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. 2023 [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
14. Locatelli L, Boulanouar L, Pataky Z, Golay A. Quand le poids influence la santé mentale... et réciproquement. *Revue Médicale Suisse*. 22 mars 2017;3(555):642-6.
15. Willem Clémence. Déterminants et prise en charge de l'alimentation émotionnelle dans l'obésité. 2020 [Internet]. [cité 19 mai 2022]. Disponible sur: <https://pepitem-depot.univ-lille.fr/ToutIDP/EDSHS/2020/2020LILUH028.pdf>

16. Willem C, Gandolphe MC, Roussel M, Verkindt H, Pattou F, Nandrino JL. Difficulties in emotion regulation and deficits in interoceptive awareness in moderate and severe obesity. *Eat Weight Disord.* août 2019;24(4):633-44.
17. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. 2010 [Internet]. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>
18. L'Assurance maladie. MonPsy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <https://monpsy.sante.gouv.fr/>
19. GRIEPS. Thérapies Cognitives et Comportementales 3ème vague [Internet]. 2015 [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.grieps.fr/actualites/therapies-cognitives-et-comportementales-tcc-3eme-generation-vers-un-nouveau-paradigme-dans-la-relation-daide/>
20. Volery M, Bonnemain A, Latino A, Ourad N, Perroud A. Prise en charge psychologique de l'obésité : au-delà de la thérapie cognitivo-comportementale. *Revue Medicale Suisse.* 25 mars 2015;1(467):704-8.
21. Lawlor ER, Islam N, Bates S, Griffin SJ, Hill AJ, Hughes CA, et al. Third-wave cognitive behaviour therapies for weight management: A systematic review and network meta-analysis. *Obes Rev.* juill 2020;21(7):e13013.
22. Göhner W, Schlatterer M, Seelig H, Frey I, Berg A, Fuchs R. Two-year follow-up of an interdisciplinary cognitive-behavioral intervention program for obese adults. *J Psychol.* août 2012;146(4):371-91.
23. Ruffault Alexis. Le rôle de la pleine conscience dans l'accompagnement de patients obèses. 2017 [Internet]. [cité 19 mai 2022]. Disponible sur: https://theses-doctorat.u-paris.fr/gedfs/these/2017/9/05111954/vd_Ruffault_Alexis.pdf
24. Godsey J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complement Ther Med.* août 2013;21(4):430-9.
25. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obes Rev.* juin 2014;15(6):453-61.
26. Fuentes Artilles R, Staub K, Aldakak L, Eppenberger P, Rühli F, Bender N. Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* nov 2019;20(11):1619-27.
27. Pellegrini M, Carletto S, Scumaci E, Ponzio V, Ostacoli L, Bo S. The Use of Self-Help Strategies in Obesity Treatment. A Narrative Review Focused on Hypnosis and Mindfulness. *Curr Obes Rep.* 2021;10(3):351-64.
28. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obes.* déc 2014;9(4):302-28.
29. Correia JC, Braillard O, Somers F, Tschopp M, Golay A. Technologies d'information et de communication pour la perte de poids. *Revue Médicale Suisse.* 20 mars 2019;5(643):636-9.
30. Silina V, Tessma MK, Senkane S, Krievina G, Bahs G. Text messaging (SMS) as a tool to facilitate weight loss and prevent metabolic deterioration in clinically healthy overweight and obese subjects: a randomised controlled trial. *Scand J Prim Health Care.* sept 2017;35(3):262-70.
31. Ernsting C, Dombrowski SU, Oedekoven M, O Sullivan JL, Kanzler M, Kuhlmeier A, et al. Using Smartphones and Health Apps to Change and Manage Health Behaviors: A Population-Based Survey. *J Med Internet Res.* 5 avr 2017;19(4):e101.

32. Thomas JG, Bond DS, Raynor HA, Papandonatos GD, Wing RR. Comparison of Smartphone-based Behavioral Obesity Treatment to Gold Standard Group Treatment and Control: A Randomized Trial. *Obesity (Silver Spring)*. avr 2019;27(4):572-80.
33. Dobbie LJ, Tahrani A, Alam U, James J, Wilding J, Cuthbertson DJ. Exercise in Obesity - the Role of Technology in Health Services: Can This Approach Work? *Curr Obes Rep*. 17 nov 2021;1-14.
34. Houser S, Joseph R, Puro N, Burke D. Use of Technology in the Management of Obesity: A Literature Review. *Perspect Health Inf Manag*. 1 oct 2019;16(Fall):1c.
35. Kim M, Kim Y, Go Y, Lee S, Na M, Lee Y, et al. Multidimensional Cognitive Behavioral Therapy for Obesity Applied by Psychologists Using a Digital Platform: Open-Label Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 30 avr 2020;8(4):e14817.
36. Meyer A, El Washahy L. Comment améliorer la prise en charge de l'obésité par le médecin généraliste, avant, pendant et après un programme d'éducation thérapeutique? Étude qualitative en miroir par entretiens semi-dirigés de médecins et de patients. 2022.
37. Hernandez-Bridier M. Obésité de l'adulte: pratiques et attentes des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge en Picardie en 2015. 2016.
38. Dalhoum M, Berriche O, Ines B, Ramla M, Jamoussi H. Troubles du comportement alimentaire et obésité : quel lien ? *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 mai 2023;37(2, Supplement 2):e92.
39. Dakanalīs A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Papandreou D, Spanoudaki M, Vasios GK, et al. The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients*. 26 févr 2023;15(5):1173.
40. Bourdier L, Fatseas M, Maria AS, Carre A, Berthoz S. The Psycho-Affective Roots of Obesity: Results from a French Study in the General Population. *Nutrients*. oct 2020;12(10):2962.
41. Obésité Hauts-de-France. Prise en charge psychologique [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: <https://obesite-hdf.fr/gerer-le-poids/prise-en-charge-psychologique/>
42. Haute Autorité de Santé. Obésité de l'adulte : améliorer la prise en charge médicale des cas les plus sévères [Internet]. 2022 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346198/fr/obesite-de-l-adulte-ameliorer-la-prise-en-charge-medicale-des-cas-les-plus-severes
43. Obésité Hauts-de-France. Education Thérapeutique du Patient [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://obesite-hdf.fr/intervenants/reseau/>
44. Cases AS. L'e-santé : l'empowerment du patient connecté. *Journal de gestion et d'économie médicales*. 2017;35(4-5):137-58.
45. Ministère de la Santé. Colloque sur « le pouvoir d'agir (empowerment) des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs », le mercredi 31 janvier 2018 [Internet]. 2023 [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/discours-d-agnes-buzyn-colloque-sur-le-pouvoir-d-agir-empowerment-des-patients>
46. Wiechert M, Holzapfel C. Nutrition Concepts for the Treatment of Obesity in Adults. *Nutrients*. 30 déc 2021;14(1):169.
47. Villinger K, Wahl DR, Boeing H, Schupp HT, Renner B. The effectiveness of app-based mobile interventions on nutrition behaviours and nutrition-related health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. oct 2019;20(10):1465-84.

AUTEURE : Nom : DELAUNOY

Prénom : Justine

Date de soutenance : 23 novembre 2023

Titre de la thèse : Prise en charge de la composante émotionnelle de l'obésité chez le patient adulte en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : obésité ; médecine générale ; soins de santé primaire ; émotions

Résumé :

Contexte : L'obésité touche 8 millions de personnes adultes en France. Elle est un facteur de risque de nombreuses autres pathologies et représente donc un problème majeur de santé publique.

Le médecin traitant occupe une place primordiale dans sa prise en charge, du dépistage à la coordination des soins.

Malgré plusieurs « Plan Obésité », la prévalence de l'obésité reste très élevée et sa prise en charge complexe. En effet, l'obésité implique plusieurs composantes : génétique, environnementale, comportementale, psychologique et émotionnelle. Les psychopathologies, comme les troubles du comportement alimentaire, la dépression ou les addictions sont fréquemment associées à cette pathologie.

C'est pourquoi une approche psychothérapeutique, permettant une prise en compte de la composante émotionnelle de l'obésité, ainsi qu'une autonomisation du patient sont nécessaires.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la proportion de médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais prenant en compte la composante émotionnelle de l'obésité chez l'adulte. L'objectif secondaire était de décrire comment ils la prennent en charge.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative observationnelle et descriptive, sous forme d'un questionnaire en ligne sur le logiciel Sphinx, adressé aux médecins généralistes installés dans le Nord ou le Pas-de-Calais. Les données ont été recueillies de mi-janvier à mi-mai 2023.

Résultats : Soixante-trois médecins ont répondu au questionnaire. Concernant l'objectif principal, 49 (77,8 %) médecins affirmaient prendre en compte la composante émotionnelle de l'obésité chez l'adulte.

Cinquante-six (88,9 %) proposaient un suivi psychothérapeutique. Cinquante (79,4 %) affirmaient adresser leurs patients à des programmes d'éducation thérapeutique. Trente-cinq (55,5 %) rapportaient proposer des outils numériques.

Conclusion : Les médecins généralistes considèrent en majorité prendre en compte la composante émotionnelle de l'obésité. Ils orientent facilement leurs patients vers d'autres professionnels, comme des psychologues pour instaurer une psychothérapie. Ils plébiscitent aussi l'éducation thérapeutique du patient. Concernant les outils numériques, ils sont plutôt enclins à les proposer.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur David SEGUY

Assesseurs :

Madame le Professeur Anita TILLY

Monsieur le Docteur Julien PELZER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Julien PELZER