

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

Année 2011

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Par

Émilie DA SILVA PIRES
Née le 22 mars 1983 à Blois (Loir-et-Cher)

Présentée et soutenue publiquement le 11 mars 2011

Opinions et expériences des médecins généralistes concernant la chirurgie bariatrique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Jury

Président de Jury :

Monsieur le Professeur Charles COUET, Service de Médecine 1, C.H.U. de Tours

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Noël HUTEN, Service de Chirurgie Viscérale, C.H.U. de Tours

Monsieur le Professeur François MAILLOT, Service de Médecine 1, C.H.U. de Tours

Monsieur le Docteur Arnaud MONIER, Service de Médecine A1, C.H. de Chartres

Monsieur le Docteur David JACOBI, Service de Médecine 1, C.H.U. de Tours

Remerciements :

Je remercie Monsieur Charles COUET qui me fait l'honneur de présider mon Jury.

Je remercie les membres du Jury : Monsieur Noël HUTEN, Monsieur Arnaud MONIER, Monsieur François MAILLOT, d'avoir accepté de juger mon travail.

Je remercie Monsieur David JACOBI, qui a su me diriger tout au long de ce travail de thèse.

Je remercie les médecins généralistes de Chartres qui ont accepté d'être interviewés pour ce travail de recherche.

Je veux remercier tout particulièrement mes parents pour leur soutien et leur appui tout au long de mes études, ils ont toujours été présents sans jamais faillir, je tiens à leur exprimer toute ma gratitude.

Je remercie mon mari pour sa présence de chaque jour, il a su m'encourager et m'accompagner pendant ce travail.

Une pensée particulière pour celui qui, bien que loin, reste toujours dans mon cœur, que tu puisses être fier de ta petite sœur.

Je remercie « Les Filles » qui ont su m'apporter bonne humeur et affection, je serai là pour elles quand leur tour viendra.

Je remercie ma famille et tous mes amis qui ont fait le déplacement pour venir me soutenir et m'entourer en ce jour.

Et du fond du cœur je remercie Celui qui a toujours été là pour moi et m'a toujours permis d'accomplir mes rêves.

PLAN

Introduction.....Page 2

Matériel et Méthodes.....Page 4

Constitution du panel de médecins généralistes
Élaboration de la trame d'entretien individuel semi-dirigé
Déroulement pratique de l'entretien individuel semi-dirigé
Analyse des entretiens semi-dirigés

Résultats.....Page 6

Description du panel de médecins généralistes
Modalité des entretiens
Contenu des entretiens

Discussion.....Page 40

Tableaux.....Page 52

Tableau 1 : Constitution du panel de médecins généralistes
Tableau 2 : Descriptif du panel de médecins généralistes
Tableau 3 : Déroulement des entretiens

Bibliographie.....Page 54

Annexes

Annexe 1 : Trame finale d'entretien semi-dirigé.....Page 56
Annexe 2 : Transcription des entretiens.....Page 60

Introduction

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention et la prise en charge de l'obésité sont des priorités de santé publique [1,2]. En France, la prévalence de l'obésité de l'adulte a augmenté de 8,6% à 14,5% entre 1997 et 2009 [3,4]. La prévalence de l'obésité de grade 2 (indice de masse corporelle (IMC) de 35 à 39,9 kg/m²) atteint désormais 2,8% et celle de l'obésité massive (IMC \geq 40 kg/m²) 1,1% [3].

Cette augmentation de prévalence de l'obésité correspond à une augmentation de prise en charge en médecine générale [5, 6]. En France, avec 94.909 médecins généralistes libéraux ayant une activité régulière en janvier 2009 [7], on peut estimer que chaque médecin généraliste prend en charge 20 patients susceptibles de bénéficier d'une chirurgie de l'obésité (IMC \geq 35 kg/m² en présence de co-morbidités associées ou IMC \geq 40 kg/m²). La chirurgie de l'obésité a connu un essor important en France dans les années 2000. Elle est reconnue comme le traitement le plus efficace pour obtenir une perte de poids durable, améliorer les co-morbidités et la qualité de vie [8]. Les données récentes montrent aussi une diminution de la mortalité après chirurgie de l'obésité [9, 10]. Les médecins généralistes seront de plus en plus confrontés à une demande de soins de patients ayant déjà été opérés. En effet, (a) la pratique de chirurgie de l'obésité s'oriente vers des interventions irréversibles (bypass gastrique, gastrectomie longitudinale, etc.) qui vont correspondre à une augmentation de prévalence des patients opérés dans la population, (b) la chirurgie de l'obésité nécessite un suivi médical tout au long de la vie [11] et (c) les patients perdus de vue, de plus en plus nombreux dans le domaine de la chirurgie de l'obésité [12], sont susceptibles de consulter en médecine générale.

En janvier 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations de bonne pratique pour la chirurgie de l'obésité [11]. Ces recommandations présentent le médecin traitant comme un relais important de la prise en charge pré et post chirurgicale [11]. Les recommandations soulignent que les médecins traitants doivent savoir identifier

les patients pouvant relever d'une chirurgie de l'obésité et se familiariser avec les procédures, les risques et bénéfices attendus et les modalités du suivi postopératoire [11]. Par ailleurs, la HAS a publié, en juillet 2009, un document d'information destiné aux médecins traitants [13].

Les études des pratiques en médecine générale concernant la prise en charge des patients avant et après chirurgie de l'obésité sont peu nombreuses. Ces études utilisant des enquêtes par questionnaires auto-administrés étaient observationnelles et transversales pour la plupart [5, 6, 14-20]. Ces études étaient quantitatives, sauf une qui était qualitative par entretiens semi-dirigés [21] et une étude comportant une première partie qualitative par focus groupes puis une partie quantitative [22]. Une seule étude comparait les différences d'opinion entre patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique et patients obèses non demandeurs de chirurgie, concernant la prise en charge de l'obésité par leurs médecins généralistes [23]. La plupart des études s'intéressaient aux attitudes et pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge de l'obésité, notamment par chirurgie bariatrique [5, 6, 14-19, 21, 22] et deux études s'intéressaient au ressenti des patients obèses concernant leur prise en charge par le médecin traitant [20,23]. Neuf études ont été réalisées aux Etats-Unis [5, 6, 14, 16-18, 20, 22, 23], deux en France [15, 19] et une en Grande-Bretagne [21]. Plusieurs résultats peuvent être dégagés de ces études. Les médecins traitants semblent mis en difficulté après échec du traitement médical et diététique de l'obésité [5, 15, 16] mais ils abordent peu la prise en charge chirurgicale de l'obésité avec leurs patients, par manque d'information car elle relève de la sur-spécialité [5, 6, 14-16]. La prise en charge de l'obésité massive et l'orientation vers la chirurgie de l'obésité par les médecins traitants ne semble pas être un bon reflet des recommandations [5, 6, 14-17]. A l'opposé, les données concernant les attitudes et expériences des médecins généralistes dans la prise en charge des patients après chirurgie de l'obésité sont rares [16].

Nous faisons l'hypothèse que les médecins généralistes éprouvent des difficultés à orienter les patients demandeurs d'une chirurgie de l'obésité. D'autre part, en l'absence de

données sur les médecins généralistes français dans la littérature, nous faisons l'hypothèse qu'il existe des difficultés ou une méconnaissance des problèmes posés à l'occasion des consultations, pour un motif nutritionnel ou un autre motif, de patients ayant eu une chirurgie de l'obésité.

Nous avons réalisé une étude des opinions et expériences des médecins généralistes concernant la chirurgie de l'obésité de l'adulte.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes. La méthodologie générale de ce type d'enquête est décrite dans la littérature [24, 25].

Constitution du panel de médecins généralistes

De décembre 2009 à juin 2010, des médecins généralistes installés à Chartres ont été contactés grâce à leurs coordonnées téléphoniques obtenues sur les pages jaunes. Parmi les 44 médecins généralistes installés à Chartres, nous avons réalisé 26 tentatives de contact et au final 10 entretiens ont été réalisés (tableau 1). De manière à obtenir un sex-ratio équilibré, les médecins ont été contactés en alternant successivement des hommes et des femmes. Le recrutement des médecins généralistes s'est poursuivi au fur et à mesure des entretiens jusqu'à ce que ceux-ci ne produisent plus d'idées nouvelles (principe de saturation).

Élaboration de la trame d'entretien individuel semi-dirigé

Le questionnaire servant de support à l'entretien abordait la prise en charge de l'obésité, la place de la chirurgie bariatrique, et le suivi de patients opérés en médecine générale, ainsi que les perspectives d'avenir. Cette trame d'entretien a été élaborée par notre équipe et inspirée des questionnaires des études existantes sur le sujet [5, 6, 14-16, 18]. L'acceptabilité du questionnaire a été testée préalablement à l'étude sur un panel de cinq médecins généralistes au cours d'un Focus Groupe. La trame de questions a été modifiée et enrichie au cours des entretiens, comme cela est possible dans ce type d'étude, jusqu'à obtenir sa forme définitive (annexe 1).

Déroulement pratique de l'entretien individuel semi-dirigé

La durée de l'entretien, estimée entre 15 et 30 minutes, était annoncée au médecin lors du contact téléphonique. Le lieu, la date et l'heure de l'entretien étaient choisis par le médecin enquêté. Il était demandé au médecin son accord oral pour la retranscription de la discussion, l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques, tout en lui rappelant le respect de l'anonymat et de toutes ses opinions. L'entretien était guidé par la trame plutôt que dicté par elle, le but étant d'obtenir une réponse pour tous les sujets abordés dans la trame en laissant le médecin s'exprimer librement. De manière à mettre le médecin en confiance, la rencontre commençait par une discussion ouverte au cours de laquelle les questions générales de présentation du praticien étaient posées. L'entretien enregistré débutait ensuite après accord du médecin généraliste.

Analyse des entretiens semi-dirigés

Les enregistrements audio ont été retranscrits en intégralité sur ordinateur par une secrétaire. L'enquêteur complétait ensuite la retranscription en écoutant chaque enregistrement afin de souligner certains thèmes marqués par des silences, des soupirs ou des hésitations.

L'analyse des entretiens semi-dirigés était interprétative, réalisée par l'enquêteur, et suivait un processus cyclique d'analyse du contenu. Ainsi, lors d'une première lecture, chaque transcription était « découpée » en écrivant dans les marges des mots-clés associés aux concepts développés dans le discours du médecin et certaines phrases étaient surlignées dans le texte pour illustrer le concept. Lors d'une deuxième lecture, les idées apportées par l'ensemble des médecins étaient classées par thèmes, en notant la ligne où elles apparaissaient dans la retranscription. Chaque concept était illustré au besoin par un extrait de l'entretien. Le plan général des thèmes suivait la trame des entretiens, et pour chaque thème et sous-thème on obtenait une liste d'idées et d'opinions de plusieurs médecins sur un même sujet.

Résultats

Description du panel de médecins généralistes :

Le tableau 2 présente le panel de dix médecins généralistes. L'âge des médecins allait de 41 à 59 ans ($51,4 \pm 6,1$ ans). Les IMC des médecins interrogés allaient de 18,7 à 28,4 kg/m² ($22,5 \pm 2,9$ kg/m²). Deux médecins étaient en surcharge pondérale, aucun n'était obèse. La majorité des médecins disaient avoir une activité d'environ 400 à 450 consultations par mois.

Modalité des entretiens :

Le tableau 3 détaille les modalités des entretiens. Les durées des entretiens (hors discussion préalable et discussion clôturant l'entretien) allaient de 14,8 min à 24,7 min ($20,3 \pm 2,7$ min).

Contenu des entretiens :

Les patients obèses :

- Quelles sont les pathologies pour lesquelles vos patients obèses vous consultent ?

Les réponses les plus fréquemment citées concernaient les **maladies métaboliques**, citées par huit médecins : le **diabète** a été cité fréquemment par les médecins (M1, M3, M4, M5, M7, M8, M10), parmi lesquels quatre citaient également les **dyslipidémies** (M4, M5, M8, M10). Tandis qu'un médecin (M9) a évoqué les **maladies métaboliques** en général.

M4 précise : « *ils ne vont pas consulter en disant : je viens vous voir parce que j'ai du diabète...après c'est moi qui le cherche le diabète* » (L20).

Dans les réponses données, les **problèmes locomoteurs** venaient ensuite, cités par sept médecins : il s'agissait pour certains de **problèmes ostéo-articulaires** liés à l'arthrose (M1, M3, M4, M7, M9, M10), alors que d'autres évoquaient les **problèmes de mobilité** engendrés par l'obésité et constituant un motif fréquent de consultation (M5, M7, M9).

D'après M5, les patients obèses « *ne peuvent pas se bouger* » (L514).

La troisième réponse la plus fréquente concernait les **pathologies cardio-respiratoires** : l'**hypertension artérielle** (M5, M6, M7, M8), les **pathologies cardiovasculaires** (M4, M7) et les **problèmes respiratoires** (asthme, apnée du sommeil) (M3, M4) ont été cités.

Autres évocations : les **syndromes dépressifs** en rapport avec l'obésité (M10) et les consultations pour **demande de bilan biologique** vers 40-50 ans (M10) ont également été évoqués.

Parmi les **motifs de consultations**, trois médecins (M5, M6, M10) estimaient que les patients consultaient généralement pour toute autre raison que leur obésité.

M6 : « *tout sauf l'obésité* »... « *par contre, ils en profitent pour en parler* »... « *à la fin de la consultation, la plupart du temps quand ils sont rhabillés et qu'ils sont assis, hein...bah*

tiens je voudrais bien maigrir », (L4-11).

Tandis que M4 pensait qu'ils consultaient « *parfois pour l'obésité elle-même en tant que telle* » (L4).

M4 estimait également que les **motifs de consultation étaient larges** car il s'agissait de patients poly-pathologiques, « *tout le panel* » (L15), ce qui était confirmé par M6 pour qui les patients obèses « *ont plus de risques* » (L558). Tandis que pour M7 ils ont un petit peu de co-morbidités « *mais c'est pas énorme* » (L94) et que pour M6 les patients consultent également parfois pour **les mêmes pathologies que les non obèses**, et qu'ils ne souffrent pas tous de leur obésité : « *Y'en a qui sont aussi très bien* » (L551).

Enfin, M9 précise : « *c'est vrai que...je ne dirais pas que c'est du quotidien de la médecine générale, mais ça fait...c'est inhérent à notre pratique* » (L36).

Ainsi les motifs de consultation des patients obèses les plus fréquemment évoqués en médecine générale sont : le diabète, les dyslipidémies, les problèmes de mobilité, et enfin les pathologies cardiaques et respiratoires.

- Quelles difficultés rencontrez-vous pour aider à la perte de poids, vous sentez-vous bien préparé ?

Plusieurs difficultés ont été citées : certains praticiens (M6, M7, M8, M10) avouent ne plus essayer d'aider les patients obèses car ils ne sont **pas intéressés** par ces problèmes.

M6 : « *j'essaye même plus* » (L29).

M8 : « *Euh...comme difficulté...moi...ça me barbe* » (L9).

D'autres évoquaient le fait qu'ils **se sentaient mal préparés** à la prise en charge de l'obésité (M1, M4, M5, M8), tandis qu'un seul médecin (M9) déclarait se sentir bien préparé pour aider à la perte de poids.

D'après M7, ce n'est pas le rôle ni le quotidien du médecin généraliste.

Le manque de temps était également cité comme une difficulté importante par plusieurs médecins (M4, M7, M9).

M4 : « *un patient obèse, de toute façon au départ, ça prend forcément du temps, parce qu'il y a plein de choses à voir; et quand il faut en plus rajouter du temps de conseil et d'éducation, je trouve ça...je trouve ça dur.* » (L40-44).

Les médecins ont également évoqué des difficultés inhérentes au patient notamment, pour la majorité des médecins interrogés, **le manque de motivation et d'adhésion des patients** obèses (M1, M5, M6, M8, M9, M10).

M5 : « *ils veulent un truc magique...La pilule magique en ne faisant aucun effort quoi* » (L31-33).

M8 : « *On a l'impression de répéter beaucoup la même chose, donc voilà. Ou on a affaire à des patients qui savent tout* » (L12-13).

Cette prise en charge semblait également rendue difficile par un **sentiment de déni et de mensonges des patients** concernant leur prise alimentaire (M7, M8, M10).

M10 : « *de toute façon les gens disent qu'ils ne mangent rien chez eux* » (L47-48).

L'éducation du patient obèse qui ne souhaite pas maigrir était difficile pour certains médecins (M1, M3, M4, M8) notamment parce qu'il « *aime son obésité* » (M6, L549), ou parce qu'il se compare au voisin :

M8 : « *ils vont vous dire...que le voisin il est gros comme lui et qu'il ne lui arrive jamais rien, et que l'autre voisin il était tout maigre mais qu'il est mort d'un infarctus* » (L69-72).

Des praticiens citaient également les difficultés qu'ont les patients à se stabiliser après une perte de poids, et la nécessité de **poursuivre leurs efforts** (M1, M6, M8), avec parfois un **sentiment d'échec** ressenti par les patients, le médecin a alors pour rôle d'encourager et déculpabiliser (M1, M5).

M1 : « *on ne peut pas leur tenir la main* » (L394).

De manière isolée, un médecin (M7), citait les **obésités d'origine génétique**, irréversibles d'après elle : « *il faut se méfier parce que vous avez aussi des obèses... qui sont obèses*

génétiqnement... alors ça il faut par contre interroger bien... vous pouvez toujours leur dire « bougez », ça restera des gens très forts » (L55-59).

Des difficultés plus générales : plusieurs praticiens interrogés trouvaient **difficile de prendre en charge l'obésité** (M1, M3, M4, M7), notamment en raison du **manque de résultats** et des échecs (M1, M3, M6, M8).

M1 : *« quand on prend en charge le surpoids c'est vraiment difficile, ça c'est vrai » (L81-82).*

Le coût des **consultations diététiques non remboursées** était également très fréquemment cité et critiqué comme étant un obstacle à la bonne prise en charge des patients obèses (M4, M6, M7, M8). Tandis que M1 était déçue du recours aux diététiciens et trouvait que *« c'est hors réalité, trop... délirant » (L323-325).*

Un médecin (M10) estimait que le régime seul était peu efficace.

Deux médecins (M5, M10) hésitaient à travailler avec les spécialistes, car ils **craignaient de ne plus revoir les patients.**

M10 : *« et bah je ne l'ai pas revue » (L89).*

Les médecins généralistes trouvaient que la prise en charge de l'obésité était rendue difficile en raison de la fréquence des échecs, de leur manque de temps, et du coût des consultations diététiques. Par ailleurs, la motivation et l'adhésion des patients manquaient souvent, ce qui poussait certains médecins à se désintéresser de leur prise en charge.

- Quelles prises en charge préconisez-vous à vos patients obèses ? A quelle fréquence ? Dans quel ordre ?

La prise en charge alimentaire a été le plus largement évoquée, par huit des praticiens interrogés (M1, M2, M3, M5, M7, M8, M9, M10), dont le mot *« régime »* employé par quatre médecins (M1, M2, M8, M10). La prise en charge alimentaire a été la

première évocation pour M2, M9 et M10.

M8 citait également les différentes méthodes que les patientes essayaient « *dans leur coin* », tel que les régimes hyper protéinés, la méthode Dukan et Weight Watchers.

M9 s'intéressait au mode de vie des patients et organisait une consultation dédiée au problème alimentaire avec une prise en charge du patient dans sa globalité.

Neuf médecins disaient également **adresser fréquemment les patients** (M1, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10) : il s'agissait pour six médecins de la première prise en charge évoquée (M1, M4, M5, M6, M7, M8), dont trois médecins (M4, M6, M8) qui disaient adresser directement le patient à un confrère sans tentative de prise en charge du problème alimentaire au préalable. Les patients étaient adressés aux **diabétologues ou endocrinologues** pour six médecins (M1, M5, M6, M7, M8, M10) dont M5 et M10 qui adressaient à un endocrinologue de ville spécialisé avec une prise en charge en clinique diététique, si les patients étaient demandeurs, mais cela apportait peu de résultats d'après eux et les patients étaient souvent perdus de vue par la suite.

M5 : « *il hospitalise ses patients dans une clinique diététique de je ne sais où et avec un bilan complet, cardio-vasculaire, pulmonaire, pendant 4 semaines, ça coûte un pognon fou à la Sécu, ils perdent 2 kilos 350 grammes et on les encourage dans leurs efforts* » (L58-62).

Six médecins (M3, M4, M6, M7, M8, M9) adressaient également **aux diététiciennes**, en particulier à la maison du diabète pour la gratuité des consultations diététiques (M4, M7, M8), ou à un médecin généraliste spécialisé en diététique à Chartres (M6).

Beaucoup de médecins évoquaient également la **prise en charge psychologique** et disaient adresser au psychologue ou au psychiatre afin de rechercher les causes de l'obésité (M6, M8, M9, M10). M8 conseillait également aux patients des livres « *qui s'intéressent plus au côté psychologique* » (L516-517).

Quatre médecins proposaient de **rétablir une activité physique** (M1, M3, M7, M9), évoqué en première mesure par M3.

M3 : *«la première ligne avant toute chose, quand même, c'est d'essayer de rétablir, de mettre déjà un minimum en activité physique » (L199-201).*

Enfin, M4 précisait : *« comme traitement médicamenteux moi je préconise rien du tout » (L48-49)*, tandis que M7 avouait ne pas beaucoup aider les patients : *« Non, pas beaucoup, je leur dis qu'il faut manger moins, bouger plus » (L20-21)*. Pour M10, peser les patients n'était pas utile car il estimait que ça se voyait : *« je leur demande s'ils ont maigri ou grossi, mais en général on le voit, les patients qu'on connaît bien on s'aperçoit tout de suite s'il y a un amaigrissement ou vraiment une prise de poids » (L25-28).*

Ainsi, les médecins généralistes privilégiaient une prise en charge alimentaire pour leurs patients obèses, mais faisaient également fréquemment appel à des confrères endocrinologues ou aux diététiciens. Enfin, la reprise d'une activité physique a également été évoquée.

- Que pensez-vous du plan national nutrition-santé ?(PNNS)

Tous les médecins **en avaient entendu parler**, même si certains connaissaient mieux cette campagne à l'évocation du terme « manger-bouger ». Cependant les avis étaient partagés.

Certains médecins trouvaient cette **campagne peu utile** (M5, M7, M10).

M5 : *« Je me pose la question de l'intérêt des messages » (L89-90).*

M10 : *« les gens ont retenu le slogan, mais je ne suis pas sûre que ça ait un impact sur leur changement de nourriture » (L122-124).*

Tandis que d'autres médecins pensaient que **ça avait un intérêt** (M6, M8, M9) et que cette campagne **les aidait dans leur travail éducationnel** (M8, M9). M8 et M10 estimaient que **toute la population connaissait le message**.

M8 : *« c'est bien les gens l'entendent et pas que de la part du médecin » (L109-110).*

Pour M6 et M8, cette campagne avait eu un **impact sur la population jeune**.

M6 : « *Mais je pense que beaucoup de jeunes maintenant font beaucoup plus attention, ils font plus de sport* » (L196-198).

M8 : « *bah, les enfants ont des messages, ils captent quand même quelque chose* » (L94) ;
« *c'est eux bientôt qui vont dire ce qu'il faut faire à manger* » (L123-124).

Pour M7, cette campagne **concernait surtout les personnes en surpoids**, tandis que M8 estimait qu'elle **concernait tout le monde**.

Pour deux médecins (M9, M10), il s'agissait d'**objectifs difficiles à réaliser**, soit en raison de l'obstacle financier pour consommer des fruits et légumes, soit en raison du manque de temps de la population.

M10 : « *On dit cinq fruits, cinq légumes, c'est très bien. Mais les gens n'ont pas forcément déjà le temps d'aller acheter tout ça, et en plus ça a un coût terrible, un coût terrible. Quand on voit le prix des fruits, le prix des légumes, c'est excessivement cher* » (L112-117).

Un médecin trouvait que **cette campagne coûtait cher** et apportait peu de résultats.

M10 : « *les bouts de papier qu'on reçoit qui coûtent hyper cher...Bah je trouve que ça donne rien* » (L111-112).

Notons que certains médecins s'en servaient auprès de leurs patients : M9 disait avoir **distribué des dépliants**, tandis que M4 avait des **affiches dans sa salle d'attente** issues de cette campagne nationale.

Concernant le PNNS institué par le ministère de la santé, les avis étaient donc très partagés au sein des médecins généralistes, tant sur le plan de l'impact sur la population que sur la pertinence des conseils prodigués.

- D'après vous, quelles sont les causes de l'obésité ?

Le problème alimentaire a été évoqué par sept médecins (M1, M5, M6, M7, M8, M9, M10). Ont été évoqués les excès, les mauvaises habitudes alimentaires, les

grignotages, les fast-foods et la sur-proposition alimentaire.

M1 : « *c'est un problème de société vraiment quoi, de redonner des repères* » (L356-357).

Une part psychiatrique/psychologique sous-jacente a également largement été évoquée (M1, M6, M7, M9). Un médecin (M6) évoquait notamment les accès de boulimie et les compulsions.

M7 : « *on va vers une destruction de soi-même et on se laisse aller* » (L491-492).

M9 : « *je pense que c'est beaucoup plus profond* » (L279-280).

Parfois allant jusqu'à des problèmes d'addiction à la nourriture selon M6 : « *c'est une addictologie la plupart du temps* » (L109).

Le Stress et l'anxiété ont également été évoqués comme cause de l'obésité (M1, M8).

M8 : « *Alors il en a déduit que de toute façon, lui c'était le stress qui lui faisait prendre du poids* » (L218-219).

La sédentarité et le manque d'activité physique étaient également cités comme cause récurrente chez beaucoup de patients obèses (M1, M7, M9, M10), mais aussi comme conséquence de l'obésité.

M7 : « *quand vous grossissez (L378) [...] vous allez réduire votre mobilité (L386)* ».

Cinq médecins interrogés ont également évoqué une **obésité d'origine familiale**, en rapport avec une mauvaise **éducation alimentaire** (M1, M6, M8, M9, M10).

M6 : « *on peut parler d'obésité familiale, dans des familles où on mange beaucoup* » (L397-398).

M8 : « *mais eux ils vont vous dire que dans la famille ils sont comme ça* » (L69-70).

M6 citait notamment une origine culturelle et ethnique : « *c'est un signe de richesse, en Afrique* » (L410).

Tandis que trois médecins (M7, M8, M10) évoquaient un **facteur génétique**.

M7 : « *il faut se méfier parce que vous avez aussi des obèses, et vous le savez aussi bien que moi, qui sont obèses génétiquement hein* » (L76-77).

De manière isolée, M6 citait **les grossesses** comme causes d'obésité.

Pour la majorité des médecins, l'obésité était essentiellement liée à des excès alimentaires, notamment en raison d'une mauvaise éducation nutritionnelle familiale, et à un manque d'exercice physique. Mais ils insistaient également sur l'importance de la part psychologique.

- Opinions concernant les patients obèses :

Il s'agissait ici de toutes les opinions spontanément exprimées par les médecins.

M5 : « *ma balance doit faire 140 ou 150...Elle, elle va se peser à la gare* » (L255-258).

M5 parle d' « **obésité morbide monstrueuse** » (L438), tantôt comparait la respiration des personnes obèses à un « **phoque** » (L516), et tantôt plaignait les obèses : « **la pauvre** » (L260).

M6 parlait de personnes **sur-obèses** : « *d'obèse elle est devenue sur-obèse* » (L85-86), « *elle faisait encore très gros* » (L157-158), « *qui était énorme, obèse, et en fait...mais alors je vous assure elle était vraiment...* » (L519-520).

M7 parle de « **gros** ».

M9 : faisait la différence avec la « *population américaine qui est obèse plus, plus, plus, plus* » (L412-413).

M10 opposait « **obèse, obèse** » à « **sont un peu forts** » (L60-61).

Spontanément, les médecins semblaient avoir des opinions négatives concernant les personnes obèses ou éprouvaient de la compassion face à leurs difficultés.

La Chirurgie Bariatrique :

- Que pensez-vous de votre niveau de connaissance et d'information concernant la chirurgie de l'obésité ?

Trois médecins **pensaient connaître l'essentiel** (M3, M4, M5) bien qu'ils semblaient hésitants dans leurs réponses.

M3 : « *C'est-à dire que je connais globalement, oui..., non, je ne connais pas bien le détail des techniques, quoi* » (L44-45).

M4 : « *Euh...je crois avoir quelques repères, euh... sur le euh... l'IMC à partir duquel c'est... ça apporte un bénéfice, et encore je ne suis pas tout à fait sûr de la valeur de l'IMC en question* » (L71-74).

Trois autres médecins estimaient avoir **peu de connaissances** (M1, M7, M8).

M1 : estime que son niveau de connaissances est « *assez modeste* » (L51).

M7 : « *je pense que ça a dépassé ma... mon champs d'action* » (L131-132).

Tandis qu'un médecin (M10) disait n'avoir **reçu aucune information ni formation** sur le sujet.

M10 : « *On n'est pas formé du tout, on n'a pas été formé du tout là-dessus. En plus, moi je suis déjà plus ancienne donc on n'était... on n'a reçu aucune information* » (L138-140).

De manière générale, les médecins interrogés semblaient trouver leurs connaissances de la chirurgie bariatrique un peu limitée et étaient hésitants dans leurs réponses.

- Quels sont les moyens d'information dont vous disposez sur le sujet ?

Les moyens d'information les plus cités par les médecins généralistes étaient les **revues médicales** pour six médecins (M2, M3, M5, M7, M9, M10), notamment le quotidien du médecin.

M2 : « *un jour, j'ai vu dans la documentation médicale un truc sur les by-pass, donc je me*

suis empressée de regarder » (L30-32).

M7 : *« j'ai dû voir passer deux-trois articles » (L122).*

Étaient également évoquées par quatre médecins (M5, M6, M7, M8), les **réunions de Formation Continue** animées par des gastro-entérologues ou par des chirurgiens.

M7 : *« J'ai été à un AMPEL sur... il y avait une information sur la chirurgie bariatrique, il n'y a pas longtemps » (L118-120).*

Certains médecins disaient également avoir été informés directement **par les chirurgiens** qui pratiquaient ces interventions (M5, M6, M8, M9) ou par **retour de patients opérés** (M5, M10).

M9 : *« Alors des sources d'information ? [...] je l'ai eu également par le chirurgien qui l'avait opérée » (L145-147).*

Étaient également cités les **groupes de pairs et les discussions avec des confrères** comme moyen d'information (M4, M10).

M10 : *« On en parle comme ça mais...convivialement » (L155).*

Enfin, deux médecins disaient avoir des informations par le moyen de **Sites internet**, étaient cités la revue prescrire, le Bulletin Médical, et la revue Minerva (M4, M9).

Les informations des médecins généralistes concernant la chirurgie de l'obésité provenaient de diverses sources telles que revues médicales, formations, discussions entre collègues, sites internet.

- Connaissez-vous les recommandations HAS concernant la chirurgie de l'obésité ?

Huit des médecins interrogés **n'étaient pas informés de l'existence des recommandations HAS** (M1, M2, M3, M6, M7, M8, M9, M10).

Certains précisait qu'ils **n'avaient pas reçu les fiches** (M2, M8) et que ça ne constituait pas leur consultation régulière (M1, M9).

M1 : « *Je lis ce qui justement fait parti de ma consultation régulière...j'ai plus tellement de temps pour la curiosité au-delà* » (L64-68).

Deux médecins (M4, M5) **disaient avoir lu les recommandations**. M4 avait retenu l'importance de la valeur de l'IMC pour l'indication chirurgicale et M5 se souvenait qu'il fallait éliminer les patients ayant des désordres psychiatriques.

M4 : « *j'ai dû les lire* », « *autant dire que je ne les connais pas bien* » (L103-107).

L'impact de ces recommandations HAS sur les médecins généralistes était difficile à évaluer car peu connues, mais beaucoup disaient ne pas recevoir les fiches, ou ne lire que celles qui les intéressaient.

- Quel type d'information complémentaire souhaiteriez-vous recevoir sur ce sujet ?

Six médecins répondaient qu'ils **ne souhaitaient pas plus d'information** (M1, M4, M5, M6, M7, M9), certains estimant que ce problème était **peu récurrent en médecine générale** (M1, M2, M7, M9).

M9 : « *ça fait partie des motifs de consultation, je dirais, pour moi, assez exceptionnels* » (L221-222).

D'autres pensaient qu'il était **peu important de connaître les détails** et qu'ils pouvaient se débrouiller avec ce qu'ils savaient (M3, M4, M6, M9).

M4 : « *il faut les peser, les mesurer, calculer leur IMC [...] mais voilà je trouve que c'est important d'avoir ce repère-là, après avoir plus de détails ? Euh... (soupir)* » (L119-123).

M9 : « *si vraiment j'ai besoin d'un...de renseignements, je vais sur des sites professionnels ou je vois ça avec le chirurgien.* » (L223-224)

Un médecin ne souhaitait pas d'avantage d'informations car il **n'était pas favorable** à la prise en charge de l'obésité par chirurgie.

D'autres médecins ressentaient un **besoin d'information** sur le sujet (M2, M3, M10).

M2 souhaitait notamment des informations sur la **prise en charge postopératoire** : « *je ne connais pas la durée de vie, est-ce qu'on propose de l'enlever au bout d'un certain temps ? Au bout de combien de temps, quand le poids est stabilisé, ou est-ce qu'on peut le garder pendant des années ? [...] et quelle est la chirurgie réparatrice ? Comment ça se passe ? Ça je ne sais pas* » (L178-185).

M2 insistait également sur le besoin d'**entretien des connaissances** : « *Alors se pose le problème que ça reste quand même des indications très ciblées euh...je dirais que bon je suis un peu peut-être obligée de me replonger dans la théorie à chaque fois pour me remettre à jour, parce que je n'en vois pas tous les jours, ça c'est le problème d'entretien des connaissances* » (L88-93).

Pour M3, « *il faudrait une information plus précise **ciblée sur les généralistes*** » (L432-433).

Et M10 estimait que « *ça peut toujours être intéressant effectivement de savoir **quelles méthodes** on peut employer par rapport...avec **quelle indication** par rapport à telle personne* » (L204-207).

De manière générale, les médecins interrogés n'étaient pas désireux de plus d'information sur le sujet, soit parce qu'ils voyaient peu de patients concernés, soit parce qu'ils estimaient que leurs connaissances leur suffisaient. Quelques médecins souhaitaient des informations ciblées sur le médecin généraliste, concernant les indications et la prise en charge postopératoire.

- Comment avez-vous, au cours de votre activité de médecin généraliste, été confronté à la chirurgie de l'obésité ?

Tous les médecins interrogés disaient avoir suivi **au moins un patient opéré**.

Sept avaient eu des **demandes de patients** (M2, M3, M4, M6, M8, M9, M10), bien que M8 et M10 estimaient que les demandes étaient souvent hors indications.

M8 : « *j'en ai même eu une, une fois, qui était très revendicative parce que justement...elle n'était pas dans la zone d'obésité morbide* » (L364).

Cinq médecins **avaient adressé** au moins un patient à un confrère chirurgien ou endocrinologue en vue d'une chirurgie bariatrique (M3, M5, M6, M9, M10).

Deux médecins avaient **proposé ce type d'intervention** à un patient (M3, M8), trois avaient des **patients ayant refusé** l'opération (M2, M5, M8).

De nombreux médecins (M1, M4, M5, M6, M9, M10) avaient eu des patients opérés qu'ils ne voyaient plus et qu'ils considéraient comme **perdus de vue**, certains suite à des déménagements, d'autres exclusivement suivis par le chirurgien ou l'endocrinologue, et encore d'autres qui avaient interrompu tout suivi médical.

M6 : « *J'ai eu une patiente qui a eu ça, mais je...je...je l'ai perdu de vue rapidement* » (L145-147).

M9 : « *la deuxième patiente c'était un anneau mais je l'ai perdue de vue [...] j crois qu'elle a dû déménager...* » (L201-205).

Descriptions faites par les médecins de leurs **patients opérés** :

M1 avait un patient de 22 ans porteur d'un anneau, opéré avant qu'elle ne le connaisse.

M2 : « *une de mes patientes qui avait elle-même déjà un bypass, voilà, que je voyais pour une première fois et qui m'a signalé qu'elle avait eu la pose d'un bypass* » (L6).

M3 : « *je pense que je dois en avoir quatre* » (L9).

M4 : « *j'ai eu des patients mais ça commence à dater quoi* » (L145).

M5 : « *une, et une deuxième sous le coude* » (L148).

M6 : avait eu une patiente porteuse d'un by-pass, perdue de vue, et des patients porteurs d'anneaux gastriques : « *j'ai dû en voir passer* » (L165).

M7 : avait deux patients opérés.

M8 : suivait deux patientes, l'une avait eu un by-pass et l'autre un anneau. Elle avait parfois des demandes de patients.

M9 : disait avoir deux patientes adressées et opérées, dont une patiente perdue de vue ayant

un anneau.

M10 : avait adressé une patiente pour anneau et suivi une autre patiente porteuse d'un anneau.

Tous les médecins avaient déjà été confrontés à des patients porteurs d'une chirurgie de l'obésité. Ils avaient également pu être confrontés à des demandes de patients, qu'ils avaient parfois adressés, quelques-uns avaient même proposé cette intervention. Beaucoup signalaient avoir perdu de vue des patients, sans savoir s'ils étaient suivis par d'autres médecins, généralistes ou spécialistes, ou s'ils avaient abandonné tout suivi.

- Quelles indications de la chirurgie de l'obésité connaissez-vous ?

Pour tous les médecins, ces interventions étaient réservées aux **obésités importantes** ou aux « **gros obèses** », mais seuls six médecins évoquaient la notion d'indication en fonction de l'**IMC** ou d'**obésité morbide** (M2, M4, M5, M6, M8, M10), tandis que d'après M4 et M10 l'indication était portée pour un **IMC supérieur à 30**.

M4 : « *Pour moi la principale indication, alors je vais peut-être dire une bêtise, mais c'est pas grave...c'est l'IMC supérieur à 30, mais peut-être que je me trompe* » (L171-174).

Une majorité des médecins (M1, M2, M3, M4, M7, M9, M10), estimait que ces interventions n'étaient indiquées qu'**en deuxième intention, après échec des autres prises en charges**. Quatre médecins (M1, M2, M5, M7) pensaient qu'il s'agissait d'une solution de « **dernier recours** » ou de « **désespoir** ».

M2 : « *je pense que c'est plutôt en derniers recours [...] des gens à qui vraiment on n'arrive pas à proposer autre chose, ou tout du moins toutes les autres méthodes ont été vouées à un échec* » (L124-126).

De nombreux médecins (M2, M4, M6, M8, M10) estimaient également que cela s'adressait surtout à des **patients motivés** et ayant compris les risques, intellectuellement

capables de gérer la prise en charge, sans troubles psychologiques sous-jacents ni troubles alimentaires.

M4 : « *un patient qui aurait un parcours psychologique, avec une prise de conscience, avec un réel désir de...de se prendre en charge* » (L333-335).

Certains médecins (M2, M7, M8, M10) insistaient également sur le fait que **les indications étaient très limitées**, avec la nécessité de bien sélectionner les patients.

M10 : « *réservée uniquement dans certaines indications, c'est pas du tout venant* » (L350-351).

Quelques médecins (M4, M7, M10) évoquaient le fait que cette chirurgie était indiquée en cas de **co-morbidités importantes** difficiles à équilibrer ou à corriger.

M7 : « *Donc en fait l'indication doit se réserver à des gens qui ont vraiment euh...des critères péjoratifs euh... d'espérance de vie* » (L174-176).

Enfin, deux médecins (M1, M6) estimaient que cela s'adressait surtout aux **sujets jeunes**.

M1 : « *quand on est chez des sujets plus âgés, et bien ça devient plus compliqué [...] parce que je pense que cette chirurgie ne s'adresse pas à eux* » (L311-316).

Un médecin (M6) précisait qu'il y avait également des **contre-indications** à cette chirurgie : « *je pense que l'insuffisance respiratoire, enfin tout...l'insuffisance cardiaque, enfin ce sont des contre-indications* » (L315-318).

Pour les médecins généralistes interrogés, ces interventions s'adressaient, en deuxième intention voire en dernier recours, à des patients jeunes et motivés ayant une obésité importante avec co-morbidités, et n'ayant aucune contre-indication médicale ni psychologique.

- Que pensez-vous de la chirurgie de l'obésité dans le traitement de l'obésité ?

On distinguait ceux qui avaient plutôt **une opinion favorable** sur ce type de

chirurgie et qui citaient des cas concrets de patients opérés qui avaient eu un bénéfice en termes de poids et/ou de co-morbidités (M2, M3, M4, M6, M10).

M2 : « *elle faisait moins de 100 kilos, elle m'a parlé qu'elle avait pesé jusqu'à 160 kilos, donc à priori je pense qu'elle a bien fait* » (L55).

M10 : « *Ben j'ai trouvé vraiment que c'était assez spectaculaire au niveau de la perte de poids* » (L297).

Tandis que d'autres semblaient avoir une **opinion plutôt défavorable** (M1, M5, M7, M8, M9).

M1 : « *c'est quand même anti-physiologique* » (L417) ; « *Mais ça donne pas des gens normaux ça, si ?* » (L425) ; « *c'est de la chirurgie palliative* » (L419).

M5 : « *Vu les emmerdements qu'il peut y avoir, je préfère enrobé que mutilé* » (L140) ; « *je suis contre* » (L201) ; « *moi je pense que les risques sont disproportionnés par rapport aux bénéfices* » (L422).

M7 : « *à priori je suis un peu contre* » (L130) ; « *l'acte chirurgical me semble un peu difficile, barbare* » (L516).

La plupart des médecins (M1, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10) insistait sur le fait qu'**il ne s'agissait pas d'une chirurgie anodine**, et que c'était un acte important.

M1 : « *ça ne me semble pas être une chirurgie bénigne, anodine* » (L158).

Plusieurs pensaient que **la balance bénéfices/risques** devait être prise en compte (M4, M5, M6, M8, M10).

M4 : « *après il y a toujours la question du rapport bénéfice/risque quoi* » (L211).

Pour beaucoup, ça **ne semblait pas être la meilleure solution** (M1, M3, M4, M5, M7, M9)

M4 : « *c'est pas non plus la panacée je crois* » (L353).

M9 : « *je pense que c'est beaucoup plus profond que de mettre...qu'un problème de tuyauterie* » (L280).

M3 : « *par contre en terme de diminution de la morbi-mortalité ça n'a pas l'air très*

convainquant » (L115).

De nombreux médecins (M4, M5, M6, M8, M9, M10) **craignaient les complications** digestives, psychologiques, la mortalité, et un médecin craignait les risques cancérogènes (M1).

Certains médecins (M1, M3, M8) soulevaient également les **risques d'échec** notamment en l'absence de changement du comportement alimentaire.

M3 : « *il y a quand même beaucoup d'échecs [...] je pense que la chirurgie ne résout pas tout et que...ça peut être une aide mais malgré tout il faut, il faut...il faut modifier son mode de vie* » (L240-250).

Deux médecins (M1, M6) craignaient que les patients soient **perdus de vue** après leur opération.

M1 : « *j'ai peur qu'il échappe au système médical, parce que là, il a obtenu ce qu'il voulait, une perte de poids significative* » (L229).

M6 craignait le nomadisme médical : « *ils prennent des rendez-vous...ils vont un petit peu partout et puis ils vont où ils veulent* » (L273).

Deux autres médecins (M3, M8) restaient méfiants car ils estimaient que l'on **manquait de recul** sur ces techniques.

M3 : « *peut-être qu'elle fera ses preuves* » (L369).

M8 : « *ça fait combien de temps, on a du recul là-dessus ? Je ne sais pas trop...* » (L548).

M5, M6 et M7 comparaient cette chirurgie à la **chirurgie esthétique**.

M5 : « *Comme les plasties mammaires, comme toutes les conneries de chirurgie esthétique* » (L204).

M6 pensait que ces techniques pouvaient être utilisées « *si les gens veulent s'améliorer sur un plan esthétique* » (L339), elle considérait d'ailleurs l'opération du tablier comme une chirurgie de l'obésité.

M7 précisait que la chirurgie bariatrique ne devait pas être utilisée « *pour maigrir point à la ligne* » (L103).

Enfin, certains médecins (M3, M4, M5) pensaient que ça **déresponsabilisait les patients**, qu'il s'agissait là d'une « solution de facilité », d'une solution magique et que les patients en attendaient un miracle, sans efforts.

M5 : « *c'est répondre à leur besoin de magie* » (L500).

Les opinions personnelles des médecins interrogés sur la chirurgie bariatrique étaient donc très mitigées, la moitié des médecins étant favorable à cette chirurgie, l'autre moitié y étant opposée. Beaucoup estimaient qu'il ne s'agissait pas de gestes anodins, notamment en raison des risques, ces interventions ne devaient donc pas, d'après eux, être faites de manière inconsidérée.

- Pensez-vous que ce soit le seul moyen efficace et durable pour la perte de poids ?

La majorité des médecins (M1, M2, M5, M6, M7, M9, M10) pensait que la chirurgie bariatrique était **efficace sur le long terme**, ils se basaient surtout sur des cas de patients opérés, soit sur leur opinion personnelle. Certains estimaient même qu'il s'agissait parfois du **seul moyen efficace** (M7, M9, M10).

M10 : « *Bah sur une obésité morbide, quand on voit les gens à 140 kilos...c'est peut-être le seul moyen hein, parce que je ne pense pas que le régime seul fasse perdre 40 à 50 kilos* » (L339).

Un médecin (M3) **ne croyait pas à l'efficacité à long terme**, tandis que quatre médecins (M4, M5, M6, M8) pensaient que des **pertes de poids durables étaient possibles sans chirurgie**.

M6 : « *j'ai eu le cas deux, trois fois, et ceux-là y arrivent avec un régime seul* » (L358).

La plupart des médecins estimait que, dans certains cas, la chirurgie était le seul moyen pour maintenir une perte de poids durable, mais quelques-uns pensaient qu'une perte de poids durable était possible par prise en charge alimentaire.

- Quelles difficultés rencontrez-vous à aborder le sujet de la chirurgie de l'obésité

avec le patient ?

Trois médecins (M5, M6, M9) disaient **ne pas aborder le sujet** car ils étaient peu favorables aux interventions chirurgicales.

M6 : « *Je ne suis pas très interventions chirurgicales* » (L305).

Deux médecins (M1, M7) estimaient que la chirurgie bariatrique se trouvait **en dehors de leur champ d'action**.

M1 : « *on a autre chose à traiter* » (L168).

M4 trouvait que le **déni des patients** sur leur obésité était une difficulté supplémentaire.

M4 : « *les difficultés c'est quand on a affaire à un patient qui veut pas parler de son obésité...des gens qui ne veulent pas se peser [...] ils sont dans le déni, ils ne veulent pas en parler* » (L232-242).

M8 le proposait dans certains cas mais laissait aux patients un **délai de réflexion**.

M8 : « *même si on leur dit un jour, vous savez, il leur faut parfois plusieurs mois pour qu'ils réfléchissent* » (L281).

- Qui en parle en premier, vous ou le patient ?

La grande majorité des médecins (M1, M3, M4, M5, M7, M8, M9, M10) disait avoir **eu des demandes de patients**, dont certains (M1, M3, M7) qui estimaient qu'il était important que les patients soient demandeurs et que la démarche vienne d'eux.

M1 : « *j'aimerais que le patient en ait l'initiative* » (L162).

M3 : « *faut-il encore que les patients soient aussi demandeurs* » (L405).

De nombreux médecins (M1, M2, M5, M7, M9, M10) disaient **ne pas le proposer aux patients**, soit parce qu'ils n'avaient pas de patients concernés ou qu'ils n'y pensaient pas, soit parce qu'ils étaient contre.

M2 : « *moi personnellement, la situation ne s'est pas présentée* » (L218).

Trois médecins (M3, M4, M8) **avaient déjà proposé** la chirurgie bariatrique à des patients.

M8 : « *les gens qui sont dans cette classe-là je leur en ai déjà parlé* » (L285).

Les médecins interrogés étaient rarement à l'origine de la chirurgie bariatrique, le plus souvent il s'agissait de demandes des patients.

- Quelles techniques de chirurgie bariatrique connaissez-vous ? Seriez-vous à l'aise pour les expliquer aux patients ?

Certains médecins (M1, M2, M3, M10) disaient **ne pas connaître les détails techniques** de ce type d'intervention, tandis que d'autres (M1, M4, M5, M6) n'auraient pas été à l'aise pour donner des informations aux patients.

M2 : « *je ne me rappelle plus les modalités de l'intervention chirurgicale. Ça, ne me posez pas de question là-dessus, je ne pourrais pas vous répondre* » (L134).

M4 : « *ouais vaguement on va dire, je serais incapable de vous faire un schéma anatomique mais euh...* » (L250).

Un médecin (M6) **n'avait pas le temps pour informer** les patients sur ce type de chirurgie.

M6 : « *on a des consultations qui sont euh...à 22 euros [...] passer trois quarts d'heure avec quelqu'un pour lui expliquer la technique chirurgicale, non* » (L254).

Deux médecins (M4, M6) **laisseraient le chirurgien se charger des explications techniques.**

M4 : « *je lui explique en gros le principe et je lui dis d'aller consulter un chirurgien pour avoir plus d'explications* » (L259).

Différentes techniques avaient été citées par les médecins : les **anneaux** étaient évoqués par sept médecins (M2, M5, M6, M7, M8, M9, M10), les **bypass** cités par sept médecins (M2, M4, M5, M6, M7, M8, M10) et la **sleeve-gastrectomie** évoquée par M5.

Quelques **détails techniques ont été donnés** par les médecins :

M2, parlant du bypass : « *ehh...je pense que c'est une anesthésie générale, j'en suis même pas sûre* » (L137) ; « *je pense que c'est un acte, par contre, une fois qu'il est mis en place, je pense qu'il ne doit pas être très très compliqué* » (L140) ; « *une hospitalisation plutôt courte* » (L146) ; « *est-ce qu'on propose de l'enlever au bout d'un certain temps [...] ou est-ce qu'on peut le garder pendant des années ?* » (L178).

M4 : « *je vois bien la réduction, enfin, du volume de l'estomac, enfin on coupe un bout de l'estomac* » (L251).

M5 : « *il y a le by-pass, le court-circuitage là, la réduction gastrique* » (L337).

M7 : « *l'anneau on peut le retirer, il est souvent mal vécu au bout d'un moment, et puis soit la chirurgie plus lourde là, elle est quand même irréversible* » (L166) ; « *on coupe un bout de l'estomac ça permet d'en mettre moins dans l'estomac et du coup ils ne peuvent pas manger tant que ça* » (L231).

M10 précisait que dans le by-pass « *il n'y a pas de corps étranger qu'on resserre régulièrement* » (L317) mais que « *Le by-pass c'est vrai c'est irréversible* » (L327).

Les détails techniques de ce type d'opération étaient peu connus par les médecins et fournir des informations aux patients leur semblait difficile.

- Quel est le parcours suivi par un patient avant ce type d'opération ?

Plusieurs consultations spécialisées ont été évoquées par les médecins généralistes : la plus fréquemment citée, par sept médecins (M1, M3, M4, M6, M8, M9, M10), était la consultation chez le **psychologue ou psychiatre**, venait ensuite la consultation avec l'**endocrinologue** (M3, M8, M9, M10), le **cardiologue** (M3, M9) et l'**anesthésiste** (M6, M10). D'autres types de consultations étaient évoquées, chacune par un seul médecin : le **chirurgien** (M6), le **gastro-entérologue** (M8), le **pneumologue** (M8) et la consultation **diététique** (M10). Un médecin (M9) évoquait également la réalisation

d'un **bilan biologique préopératoire**.

L'importance d'une information préalable pour expliquer aux patients les risques et bénéfices attendus a été soulignée par certains médecins (M1, M2, M3, M6).

M1 : « *que les patients connaissent bien les risques, qu'est-ce qu'on peut en attendre* » (L214).

Deux médecins (M3, M9) évoquaient la nécessité de laisser au patient un **déla****i de réflexion**.

M3 : « *avec quand même un délai de réflexion, une explication de la méthode, enfin les gens ne partaient pas à l'inconnu* » (L293).

M8 estimait que les patients étaient bien informés et « *savent qu'il y a tout un bilan à faire quoi* » (L292).

Quelques évocations concernant le **bilan préopératoire** ont été colligées :

M1 précisait « *je n'imagine pas le passage médecin généraliste-chirurgien-opération* » (L207) elle ne connaissait pas le parcours suivi, mais trouvait que le facteur psychologique et le facteur social devaient être pris en compte

Pour M5, il s'agissait d'un travail d'équipe au CHU, « *ils disent qu'ils envoient le malade à droite, à gauche* » (L381).

M7 ne connaissait pas le parcours des patients, « *ben moi je ne le gère pas [...] j'envoie chez un endocrino* » (L256).

Pour M9 : « *il y avait toute une préparation euh...psychologique euh...comment dire d'examen médical approfondi* » (L149).

Pour de nombreux médecins, l'évaluation psychologique ou psychiatrique était indispensable, le reste du bilan complet n'était pas connu par tous, bien que la nécessité d'informer le patient et de lui laisser un délai de réflexion soit apparu comme primordial pour certains.

- Quel sont les obstacles que vous rencontrez pour adresser un patient vers un confrère spécialiste pour une demande en rapport avec la chirurgie de l'obésité ? A qui l'adressez-vous et comment l'avez-vous connu ?

Quelques médecins (M1, M4, M5) disaient **n'avoir jamais adressé de patient**, mais qu'ils se **renseigneraient auprès des confrères** avant d'adresser (M1, M4).

M4 : « *dans ces cas-là, j'appelle mes confrères, je me renseigne et je vois...* » (L279).

De nombreux médecins (M2, M3, M6, M8, M9, M10) adressaient directement à un **chirurgien en clinique, localement**, qui s'était fait connaître lors de soirées de FMC (M6, M8), ce qui constituait pour eux une facilité. Malgré cela, deux médecins (M8, M9) soulignaient le fait que les chirurgiens travaillant en clinique changeaient souvent de ville, ce qui posait le problème du suivi des patients.

M8 : « *il est parti aussi. C'est embêtant hein quand même, c'est pas facile* » (L414).

M2 soulignait le problème de la distance des grandes villes : « *ici on est confronté quand même aux kilomètres et donc quand les gens sont opérés dans un secteur géographique autre que local...c'est toujours plus compliqué parce que d'abord les infos, enfin les relations sont plus anonymes et euh, et puis même les patients, euh...sont moins à même de se déplacer en cas de problème ou de chose particulière* » (L259).

Quelques médecins (M1, M7, M8) adresseraient leurs patients à l'**endocrinologue**.

M7 : « *j'envoie à un diabétologue, c'est lui qui va commencer à traiter le problème...qui va gérer la chirurgie bariatrique* » (L204-208).

Étaient également évoqués les chirurgiens des hôpitaux publics, soit le **CHU de Tours**, soit le **Centre hospitalier d'Orléans** par le biais de l'hôpital de Chartres (M4, M8).

Un médecin (M2) disait avoir une patiente opérée et suivie à **Paris**.

La majorité des médecins estimait qu'il était plus facile d'adresser directement au chirurgien de la clinique voisine, et que le fait de le connaître personnellement facilitait les échanges.

Le post-chirurgical :

- Pensez-vous que l'indication chirurgicale soit toujours bien posée ? D'après vous, y a-t-il des abus de certains chirurgiens ?

Quelques médecins pensaient qu'il y avait parfois de **mauvaises indications**, connaissant des patients opérés ayant un contexte social difficile, une mauvaise hygiène de vie avec excès alimentaires et sédentarité, des troubles psychiatriques profonds, ou ayant un IMC trop bas et/ou sans co-morbidités (M1, M3, M5).

Certains médecins estimaient qu'il y avait **des abus** de la part de certains chirurgiens, notamment **en clinique** (M5, M10), **dans les grandes villes** (M6), surtout **par le passé** (M4), en raison d'**enjeux financiers** (M7, M10), et de **chirurgiens peu honnêtes** (M6, M10). Certains médecins (M5, M7) les **comparaient aux chirurgiens esthétiques**, et à d'autres spécialités où il y avait également des abus (M10), avec le risque de payer la chirurgie à l'acte (M7).

M7 : « *si vous faites de la chirurgie bariatrique pour gagner du fric c'est pas bien* » (L563) ; tandis que si « *vous êtes vraiment quelqu'un concerné par l'obésité, que vous avez mis en place une structure [...] c'est très bien* » (L567).

M5 : « *Je pense qu'au CHU les indications sont peut-être mieux posées...Il y a un travail d'équipe. En clinique c'est d'avantage le patient qui commande quoi* » (L371).

Néanmoins, de nombreux médecins (M3, M4, M6, M8, M9) pensaient que les **indications étaient généralement bien posées**, avec parfois des patients récusés par le chirurgien.

M8 : « *il lui a dit, enfin pour simplifier, vous n'êtes pas assez obèse pour bénéficier d'un anneau* » (L372).

Quelques médecins semblaient craindre les abus de chirurgiens en raison des enjeux financiers, mais beaucoup s'accordaient à dire que ces excès d'indication semblaient appartenir au passé et que désormais les choses étaient mieux cadrées.

- Que connaissez-vous du suivi post-chirurgical ? Que faites-vous pour vos patients opérés, qui consultent ou non pour ça ? (notons que M4 et M6 ne suivaient pas de patients opérés).

La majorité des médecins interrogés (M2, M3, M4, M5, M6, M7, M10) **ne connaissait pas les modalités du suivi**, et ne réalisait **pas de surveillance particulière**.

M5 : « *ça je ne prends pas en charge* » (L304).

Quelques médecins (M1, M5, M8, M9) connaissaient la nécessité d'un **suivi adapté et contrôlé**.

M1 : « *il me semble comprendre qu'une fois qu'on a été opéré on reste quelqu'un à surveiller de façon attentive* » (L279).

Trois médecins (M1, M8, M9) citaient le **suivi biologique**, qu'ils réalisaient parfois sur avis de l'endocrinologue, du chirurgien ou du patient. Pour M8, cela permettrait de prévenir les **risques de carences**.

M8 : « *il dose la glycémie, bon le cholestérol aussi et qu'est-ce qu'il dose...? La TSH et je me demande s'il ne fait pas aussi...bon le iono, certainement, et puis une fois de temps en temps le truc des vitamines* » (L330).

M9 : « *il y avait tout ce qui était métabolique, cholestérol, glycémie, fer, ferritine euh...qu'est-ce qu'il y avait euh...tout ce qui était sels minéraux euh...numération euh...* » (L356).

Quelques médecins (M2, M3, M8, M9) connaissaient également la nécessité d'une **supplémentation en vitamines** et les renouvelaient parfois, mais ils n'étaient pas d'accord sur la durée de la supplémentation.

M3 : « *ils ont été supplémentés en vitamines au départ mais compte tenu que ce n'est pas remboursé et que l'intérêt est là aussi discuté, ils n'ont pas poursuivi* » (L163).

Tandis que le traitement devait être pris **à vie** pour M9 et M8.

M8 : « *il lui a dit qu'il faudrait qu'elle prenne ça jusqu'à la fin de ses jours* » (L338).

La nécessité d'un **suivi psychiatrique/psychologique** avait été évoqué (M1, M3,

M5), ainsi que le **suivi diététique** (M3, M8).

Un médecin (M4) citait la nécessité de **fractionner les repas**.

Le suivi était généralement réalisé **par l'endocrinologue ou le chirurgien** (M1, M2, M3, M7, M8, M9) et certains médecins (M1, M2, M7, M9) disaient ne revoir que rarement les patients après l'opération et qu'ils **échappaient souvent au médecin généraliste**.

M7 : « *c'est des gens qui m'échappent [...] ouais je les vois rarement* » (L266-270).

Quelques médecins (M2, M3, M10) préféraient laisser **le patient se débrouiller**.

M2 : « *depuis...j'dirais, aller, deux ans, c'est un peu le calme plat en terme de suivi, d'un autre côté c'est pas quelqu'un non plus que je vois très souvent et qui à priori gère bien son truc, quoi* » (L203).

La majorité des médecins ne réalisait aucun suivi particulier pour leurs patients opérés, ils laissaient leurs confrères s'en charger voire les patients s'en occuper. Quelques médecins connaissaient la nécessité d'une surveillance biologique et l'importance de la supplémentation vitaminique.

- Parmi vos patients opérés, quelle est la fréquence du suivi et pensez-vous que ce soit suffisant ? (Rappelons que M4 et M6 n'avaient pas de patients opérés)

Quelques médecins (M5, M8, M9) estimaient que le suivi de leurs patients était **suffisant** puisqu'ils voyaient leur chirurgien environ **tous les deux mois** (M5, M8).

M8 : « *Si elles le font bien, le suivi il est fait...ça dépend surtout des patients* » (L303-305).

Mais, deux médecins (M2, M3) pensaient que le suivi était **insuffisant**.

M3 : « *ils sont un petit peu dans la nature* » (L319).

- Parmi les correspondances que vous recevez du chirurgien, quelles informations aimeriez-vous recevoir ?

Quelques médecins (M5, M8, M9) estimaient recevoir des **correspondances régulières et satisfaisantes** de la part des chirurgiens.

M8 : « *oui, la perte de poids je les ai à chaque fois* » (L324).

D'autres (M1, M2, M7, M10) disaient ne pas ou **ne plus recevoir de comptes-rendus**, excepté les comptes-rendus opératoires.

M7 : « Si, bah j'ai dû recevoir, je reçois le...je reçois le **compte-rendu opératoire** » (L304).

Un médecin (M2) citait des **informations manquantes** dans les correspondances telles que la durée de vie de l'intervention, les informations sur la **chirurgie réparatrice**, les **objectifs de poids** pour chaque patient.

Les médecins semblaient s'accorder à dire qu'ils recevaient généralement les comptes-rendus opératoires, mais par la suite les correspondances semblaient être assez sporadiques. Ils indiquaient manquer d'informations sur la prise en charge et le rôle du médecin généraliste.

- Quels risques post-chirurgicaux connaissez-vous ?

Parmi les **complications postopératoires immédiates**, étaient évoqués (M5, M10) les perforations, les lâchages de sutures et les infections. M5 citait le cas d'une patiente ayant séjourné deux mois en réanimation et ayant dû être réopérée. M2 évoquait les risques liés à l'**anesthésie générale** de manière plus globale.

M5 : « *les complications de la chirurgie, quelle qu'elle soit* » (L358).

Étaient également évoqués par de nombreux médecins, les **complications digestives** (M3, M4, M6, M7, M10) et de **nombreux effets secondaires**.

M3 : « *on modifie quand même le transit, donc on peut imaginer qu'on peut effectivement créer des malabsorptions [...] c'est à mon avis pas dénué d'effets secondaires* » (L378).

M6 : « *ce sont des gens qui ne peuvent pas vomir quoi, avec pas mal d'effets secondaires...* » (L159).

M7 : « avec des **petits troubles digestifs, des gênes** qui vont faire que je ne sais pas si le quotidien est aussi bien vécu que l'on pourrait l'espérer » (L168).

M9 : « elle a dû avoir des **vomissements, des troubles euh...des douleurs abdominales** » (L298) ; « des **syndromes sub-occlusifs, par exemple, et puis peut-être des phénomènes de reflux aussi** » (L395).

M10 : « je me souviens de cette jeune fille, elle avait quand même des difficultés, **elle vomissait** » (L223).

Concernant **l'anneau**, il a été évoqué la possibilité de **mauvaise tolérance voire de rejets** (M7, M10).

Les **perturbations des habitudes alimentaires** ont été citées fréquemment (M6, M7, M9, M10) avec la nécessité de fractionner les repas en raison du risque de vomissements, avec toutes les **perturbations psychologiques et sociales** que cela engendre (M7).

M7 : « moi je pense que les habitudes alimentaires sont fortement perturbées. Vous savez l'alimentation c'est un facteur social extrêmement important » (L238).

M10 : « c'est pas toujours évident de manger par petites quantités » (L221).

Des **complications psychiatriques** ont été évoquées (M3, M4), telles que des **risque de suicides** (M3).

M3 : « de ce que j'ai lu aussi, il y a quand même un certain nombre de suicide aussi derrière ces chirurgies, ce qui est quand même pas anodin » (L384).

Dans les conséquences à distance, deux médecins évoquaient parfois la nécessité d'une **chirurgie réparatrice** au décours de la perte de poids (M2, M10).

M10 : « c'est l'abdominoplastie...on refait tout...Et alors dès qu'il y a un peu la peau qui pend » (L236).

De manière isolée, ont également été cités les risques de **carences vitaminiques** et de malabsorptions (M2, M3), de **problèmes pulmonaires** avec douleurs de l'épaule (M4) et de **pertes de poids trop importantes** et non maîtrisables (M8).

Parmi les risques post-chirurgicaux cités, on pouvait distinguer les risques per-opératoires immédiats tels que les infections et les risques liés à l'anesthésie générale. Étaient également évoquées les complications liées au montage chirurgical lui-même, avec nécessité de modifier son comportement alimentaire, les malabsorptions, les vomissements et autres troubles digestifs, et à distance, les excès de peau devant être corrigés par chirurgie réparatrice.

Perspectives d'avenir:

- Comment imaginez-vous dans le futur votre rôle en tant que médecin traitant dans la prise en charge de l'obésité par chirurgie de l'obésité ?

Beaucoup (M1, M6, M7, M9) **préféraient la prévention, le dépistage précoce**, notamment chez l'enfant, **plutôt que la chirurgie**.

M1 : « *je préférerais que le problème soit pris à la base...et qu'on n'en arrive pas là* » (L297).

Certains (M3, M4, M6) disaient également que le médecin généraliste aurait un **rôle éducationnel** pour changer les habitudes alimentaires.

M3 : « *Je pense que je vais avoir **de plus en plus un rôle à jouer** dans la prise en charge de l'obésité, car il y a **de plus en plus de gens obèses**, mais la prise en charge, à mon avis, avant toute chose elle est, quand même avant tout, **alimentaire et centrée sur l'activité physique*** » (L338).

M6 : « *il faudrait faire **plus de préventif que de curatif**, voilà. C'est plus mobiliser les jeunes générations de maintenant [...] à manger de manière un peu plus adéquate, **changer les habitudes alimentaires*** » (L506).

Trois praticiens (M4, M7, M10) pensaient que leur rôle serait de **sélectionner les patients concernés par la chirurgie** et de les aiguiller.

M4 : « *de pouvoir sélectionner les patients qui seraient concernés par cette chirurgie*

éventuellement » (L326).

Un médecin (M10) pensait « *que les médecins généralistes vont disparaître petit à petit* » (L434) et que « *les gros cas, bah après ça sera pris en charge par les spécialistes* » (L443).

Très peu de médecins imaginaient inclure les techniques chirurgicales de l'obésité dans leur prise en charge, beaucoup préférant insister sur la prévention et la prise en charge précoce de l'obésité.

- Pour vous, quel est l'avenir de ce type de chirurgie ?

Quelques médecins (M3, M6, M7) répondaient qu'ils **ne pensaient pas que ces chirurgies soient l'avenir** de la prise en charge de l'obésité et qu'elles ne devraient pas se multiplier.

M7 : « *si ça se multiplie oui, je pense que ça ne serait pas bien [...] c'est la société qui n'est pas capable de prendre en charge les choses correctement* » (L540-550).

D'autres (M3, M4, M7, M8) pensaient également que **ça resterait de seconde ligne** est que ce n'était pas toujours la bonne solution, les indications devant rester marginales.

M3 : « *peut-être qu'elle fera ses preuves, mais pour l'instant je trouve que ça reste de seconde ligne* » (L369).

M8 : « *ça fait quand même des années finalement que ça existe, et je trouve que les demandes sont toujours enfin...c'est resté stable* » (L445-449).

Deux médecins (M2, M10) pensaient que ces techniques **allaient se répandre** car elles étaient récemment développées, et que par ailleurs il y avait **de plus en plus d'obèses, surtout chez les jeunes**.

M2 : « *les indications vont être, à mon avis, plus souvent portées* » (L278).

Les avis étaient très partagés quant au développement des ces techniques, de nombreux médecins semblaient insister sur le fait qu'elles ne constituaient pas à elles seules une solution pragmatique.

- Proposeriez-vous cette chirurgie à un membre de votre famille ou à vous-même ?

Trois médecins (M5, M6, M8) répondaient qu'ils **ne proposeraient pas** cette chirurgie à un membre de leur famille et ne l'envisageraient pas pour eux non plus, avec persistance d'une crainte vis-à-vis de ces techniques.

M8 : *« pour moi je ne le ferais pas, mais je suis trouillard » (L275).*

Plusieurs médecins (M4, M7, M9, M10) **seraient prêts à le proposer** à un membre de leur famille ou à eux-mêmes, mais quelques-uns (M4, M5, M9) précisait que ce serait une solution de dernier recours, uniquement dans des cas d'obésité très importante.

M5 : *« sauf obésité morbide monstrueuse dans les 200, 300, 400 kilos pour un mètre cinquante, là oui » (L438).*

Les opinions divergeaient, mais de manière générale, les médecins n'envisageraient ces opérations pour eux ou leur famille que dans des cas extrêmes.

- De quoi avez-vous besoin pour une meilleure prise en charge de l'obésité ?

Beaucoup de médecins généralistes (M4, M5, M6, M7, M9) pensaient qu'ils **manquaient de temps** pour prendre en charge l'obésité, et qu'ils n'étaient **pas rémunérés en conséquence** (M6, M7, M9).

M5 : *« c'est le temps parce que sur une consultation ils viennent pas pour ça, ça ça arrive après tout le reste » (L455).*

M7 : *« il faut du temps, et c'est pas en une consultation de médecine générale à 22 euros qu'on peut le faire » (L430).*

Le manque de **connaissances en diététique** avait également été évoqué (M4, M9).

M9 : « *Peut-être plus de connaissances dans ce qui est diététique [...] dans les formations professionnelles [...] moi si je...je pense à mon cursus, en diététique il n'y a pas grand chose, il n'y a rien. La connaissance se faisait après* » (L434-442).

Deux médecins (M3, M7) trouvaient qu'il fallait d'avantage insister sur **l'activité physique adaptée** à chaque patient et à leurs pathologies, avec nécessité d'avoir des **éducateurs spécialisés** et la **création de structures adaptées** pour éduquer les patients.

M3 : « *les gens on leur dit, bah...remettez-vous à l'activité physique mais on ne leur dit pas forcément quel type d'exercice faire, en fonction de s'ils sont diabétiques, s'ils ont des problèmes articulaires, s'ils sont asthmatiques...et ça il y a un gros manque, je trouve* » (L353).

Était également évoquée la nécessité d'un **accès remboursé aux consultations diététiques** pour les patients obèses (M4, M7).

M4 : « *et ce qui manque surtout je trouve c'est l'accès, l'accès plus facilité ou au moins partiellement remboursé, pour les patients qui en ont vraiment besoin, chez les diététiciens* » (L376).

Enfin, M10 estimait avoir besoin de **plus d'informations sur les techniques opératoires** de la chirurgie bariatrique, tandis que M8 pensait qu'il y avait un **manque de motivation des médecins généralistes et des patients**.

M8 : « *déjà un peu de volonté et de motivation de notre part ça...certainement...plus celles du patient aussi* » (L489).

Dans l'avenir, pour améliorer la prise en charge de l'obésité, les médecins interrogés estimaient qu'il leur faudrait plus de temps et de moyens, mais aussi plus de connaissances en diététique. Il était également rappelé l'importance d'un accès remboursé aux consultations diététiques pour les patients obèses et de mieux encadrer la reprise de l'activité physique. Enfin, il ressortait que la motivation du patient et du médecin était primordiale.

Discussion

Nous avons réalisé une étude qualitative pour mieux comprendre les difficultés rencontrées en médecine générale dans la prise en charge de l'obésité, en particulier par chirurgie bariatrique. Il en ressort des lacunes concernant l'utilisation et le suivi des recommandations de prise en charge pré et postopératoires de la chirurgie bariatrique. Les médecins généralistes semblent sous-estimer leur rôle dans cette prise en charge, pensant que cela relève plus de la « sur-spécialité » que de la médecine générale.

La prévalence de l'obésité dans la patientèle était sous-estimée. Seuls quatre médecins pensaient avoir plus de 12% de patients obèses, et jusqu'à 20% pour deux d'entre eux. L'étude ObEpi 2009 a montré une prévalence d'obésité chez l'adulte de 17,7% en région Centre, troisième région française la plus touchée [3]. Dans l'étude d'Avidor aux Etats-Unis, où la prévalence de l'obésité est plus élevée, les médecins généralistes estimaient à 12% leur patientèle ayant une obésité massive [5]. Cette sous-estimation par notre panel peut révéler un problème de définition de l'obésité ou encore une carence de mesure du poids et de calcul de l'IMC. En effet, certains médecins interrogés pesaient rarement leurs patients.

Les médecins généralistes de notre panel décrivaient dans leur patientèle des patients obèses poly-pathologiques, régulièrement suivis pour des maladies cardiovasculaires ou métaboliques, des troubles ostéo-articulaires et des problèmes psychologiques. Pour un tiers des médecins interrogés, les patients obèses consultaient rarement pour leur obésité elle-même. De la même manière, dans l'étude d'Anderson aux États-Unis, 64,3% des patients obèses (n'ayant pas eu recours à la chirurgie bariatrique) avouaient ne pas voir leur médecin pour le contrôle du poids [23].

Les médecins généralistes estimaient difficile la prise en charge des patients obèses, décrits comme étant dans le déni du problème et comme manquant de motivation et

d'adhésion. Les médecins se sentaient découragés et démunis face à une obésité plus fréquente, consommatrice de temps et d'énergie, et pour laquelle ils pensaient que la prise en charge apportait rarement des résultats. Dans l'étude française de Bocquier, 79% des médecins généralistes français pensaient qu'il était de leur ressort de prendre en charge l'obésité, mais 57,5% se trouvaient peu efficaces dans cette prise en charge et 31,4% n'y trouvaient pas de satisfaction professionnelle [19]. Le manque de temps et de connaissance des médecins ressortait également de cette étude. De manière similaire, dans l'étude de Forman en 2006 aux États-Unis, 96% des médecins généralistes estimaient que l'obésité était très difficile à traiter et qu'ils manquaient de connaissances pour bien la prendre en charge [22].

Beaucoup des médecins de notre étude disaient ne pas se sentir capables de réaliser seuls la prise en charge. Cela semble concorder avec le ressenti des patients. Par exemple, dans l'étude d'Anderson, 52,6% des patients obèses, n'ayant pas eu recours à la chirurgie, avaient le sentiment que les médecins n'abordaient pas leur problème de poids avec eux [23].

Pour la majorité des médecins du panel, le levier de prise en charge prioritaire de l'obésité était diététique. Plusieurs médecins adressaient à des endocrinologues ou diététiciennes en première intention, alors que d'autres insistaient sur la reprise de l'activité physique et sur l'accompagnement psychologique. Dans l'étude de Ferrante aux États-Unis, les médecins généralistes préconisaient une meilleure diététique à leurs patients (score moyen de 4,8 sur une échelle de 0 « presque jamais » à 5 « presque toujours »), de l'exercice (score de 4,7/5) et ils adressaient au nutritionniste (score de 3,6/5) [6]. Les médecins de notre étude semblent donc avoir les mêmes stratégies de prise en charge de l'obésité que dans la littérature, et en cela se conforment aux recommandations du programme national nutrition-santé (PNNS) [26].

Le PNNS est un programme de santé publique à l'initiative du ministère de la santé pour la prévention de l'obésité [26]. Tous les médecins avaient entendu parler du PNNS,

notamment au travers de campagnes publicitaires, de dépliants et d'affiches reçus à leur cabinet. Leurs avis étaient assez mitigés concernant l'utilité et l'impact sur leurs patients. Ils estimaient que leurs patients avaient compris les messages, surtout la population jeune, sans pour autant les mettre en pratique. Certains pensaient que cette campagne coûtait cher à la collectivité et que, par ailleurs, la consommation de cinq fruits et légumes par jour restait un luxe.

Pour la majorité des médecins, la principale cause de l'obésité était alimentaire avec pour certains des problèmes d'éducation nutritionnelle. Certains citaient la sédentarité et les troubles psychologiques sous-jacents. Un médecin évoquait une possibilité d'origine génétique. Pour 84,3% des médecins généralistes interrogés dans l'étude de Foster, l'inactivité physique était une cause très importante d'obésité, pour 69% les excès alimentaires, pour 44,5% les troubles psychologiques et pour 50,7% les facteurs génétiques [17]. De manière similaire, dans la population de médecins généralistes français de l'étude de Bocquier, l'importance des excès alimentaires étaient estimée à 5,2 (sur une échelle allant jusqu'à 6), 4,7/6 pour le manque d'activité physique, 4,5/6 pour les facteurs génétiques et 4,1/6 pour le stress et l'anxiété [19]. Par contre, le rôle de l'éducation et de la famille, évoqué par la moitié des médecins de notre panel, n'avait pas été évalué comme cause de l'obésité dans les autres études.

Les médecins interrogés émettaient des opinions négatives sur les patients obèses, mais beaucoup plaignaient ces patients du fait du retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Dans la littérature, on retrouve cette vision négative et stéréotypée des patients obèses de la part des médecins généralistes, qui pourrait interférer sur la relation médecin-malade. L'étude de Bocquier, montrait que 90,2% des médecins généralistes français considéraient l'obésité comme une maladie et que 30% des médecins avaient des opinions négatives concernant les patients obèses [19]. Dans l'étude de Ferrante aux Etats-Unis, les médecins généralistes avaient des attitudes négatives vis-à-vis de leurs patients obèses massifs, 80% pensaient que leurs patients obèses manquaient de discipline et 52% qu'ils

manquaient de motivation [6]. Ces résultats confirmaient ceux de l'étude de Foster où plus de 50% des médecins généralistes trouvaient les patients obèses peu attrayants, maladroits et non observant [17]. Ces opinions négatives sont parfois perçues par les patients eux-mêmes. Anderson et al. ont montré que 21,6% des patients obèses non opérés s'étaient parfois ou souvent sentis traités de manière irrespectueuse par les équipes médicales [23]. Ce chiffre passait à 43,3% pour les patients obèses ayant eu recours à la chirurgie bariatrique.

Concernant la chirurgie bariatrique, les médecins de notre panel estimaient leur niveau de connaissance assez modeste. Cela peut s'expliquer par le fait que l'apprentissage de ces techniques, de développement récent, n'a pas fait partie de leur cursus universitaire. En région Centre, on notait une augmentation du nombre d'actes de chirurgie bariatrique de 239 en 2005 à 540 en 2007 [27].

La majorité des médecins avait reçu des informations au travers de revues médicales, de réunions de formation médicale continue, ou de sites internet. Certains disaient également s'être informés après avoir eu des patients opérés. Dans l'étude d'Avidor, les médecins généralistes déclaraient aussi manquer d'informations concernant la chirurgie bariatrique, cependant, ceux qui avaient déjà adressé des patients semblaient mieux connaître les recommandations [5]. Malgré ce manque déclaré de connaissances, les médecins interrogés étaient peu demandeurs d'informations souvent parce qu'ils estimaient avoir peu de patients concernés. Dans l'étude de Bocquier, seuls 1,9% des médecins généralistes français interrogés souhaitaient effectuer une formation complémentaire en priorité sur la chirurgie de l'obésité parmi les possibilités de prise en charge des problèmes de poids [19].

En juillet 2009, la HAS a publié des recommandations sur la chirurgie bariatrique spécifiquement destinées aux médecins traitants, avec pour objectifs « d'améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie et réduire la survenue de complications par une meilleure sélection, information et préparation des patients » et de « réduire la gravité des

complications par leur détection et leur prise en charge précoce » [13]. Huit des dix médecins interrogés ne connaissaient pas le contenu de ces recommandations récentes voire ignoraient leur publication. Aucun des médecins n'a dit se tenir informé via le site internet de la HAS des nouvelles recommandations, certains médecins disaient ne lire que les recommandations qui concernaient leur pratique quotidienne, dont la chirurgie bariatrique ne faisait pas partie. Les études françaises dont nous disposons n'évoquaient pas les recommandations HAS puisque récentes. Balduf et al. avaient montré que 11,9% des médecins généralistes avaient lu les recommandations du National Institutes of Health américain sur la prise en charge de l'obésité et 3,8% les recommandations concernant la chirurgie de l'obésité [16].

Les médecins de notre étude se disaient peu informés, peu intéressés et peu concernés par le sujet de la chirurgie bariatrique. Pourtant, tous disaient suivre, ou avoir suivi, au moins un patient opéré. La plupart des médecins avait d'ailleurs déjà eu des demandes de patients, et la moitié des médecins avait déjà adressé un patient en vue d'une opération. De manière similaire, l'étude de Balduf aux Etats-Unis, montrait que plus de 85% des médecins généralistes avaient déjà traité des patients opérés, et 76% avaient adressé des patients au cours de l'année précédente [16].

Une des principales contraintes après la chirurgie bariatrique est la nécessité d'un suivi à vie. Pourtant, six médecins de notre panel ont évoqué des patients opérés perdus de vue. Ce phénomène a pu être accentué à Chartres après les départs successifs de chirurgiens pratiquant la chirurgie bariatrique. Ceci souligne l'importance de médecins généralistes formés au suivi et à la prise en charge de ces patients.

Alors que la moitié des médecins disait avoir adressé des patients pour chirurgie bariatrique, peu connaissaient les indications en fonction de l'IMC ou l'importance de la présence de comorbidités. De manière concordante avec les recommandations de la HAS, certains médecins du panel estimaient qu'il était également indispensable que le patient soit motivé et informé et dispose d'un temps de réflexion. La notion de « risque opératoire

acceptable », précisée par la HAS, n'a été citée que par un seul médecin. Pour beaucoup de médecins, la chirurgie bariatrique n'était indiquée qu'en deuxième intention ou en dernier recours, ce qui est tout à fait conforme aux recommandations HAS [11]. Une étude française de 2005, montrait déjà que pour 89% des médecins généralistes, ces opérations n'étaient indiquées que dans des cas exceptionnels [15].

La plupart des médecins estimait qu'il ne s'agissait pas d'une chirurgie anodine et qu'il fallait prendre en compte la balance bénéfices/risques. La moitié des médecins était favorable à cette chirurgie, notamment après avoir vu d'importantes pertes de poids chez leurs patients, mais l'autre moitié estimait que le risque était trop grand, craignait les complications et pensait que l'on manquait de recul. Les résultats de notre étude rappellent ceux de l'étude d'Avidor aux Etats-Unis, qui montrait que les médecins étaient favorables à la chirurgie, avec, d'après eux, une efficacité pour 64,2% des patients opérés, même si 60,1% des médecins craignaient les complications [5]. Dans l'étude de Perlman, on retrouvait déjà cette crainte des complications avec 53% des médecins généralistes qui disaient ne pas adresser de patients pour chirurgie bariatrique du fait de craintes de complications ou de décès [18]. Il semble donc que la crainte des complications et la sous-estimation du bénéfice attendu soit un obstacle à porter l'indication de la chirurgie bariatrique en médecine générale.

Dans notre étude, la majorité des médecins estimait que ces techniques étaient efficaces sur le long terme, mais peu pensaient qu'il s'agissait du seul moyen efficace pour obtenir une perte de poids durable. Dans l'étude de Thuan, en France, la chirurgie n'était le seul moyen efficace et durable pour obtenir une perte de poids que pour 17% des médecins généralistes [15]. L'étude de Perlman montrait que 61% des médecins généralistes américains sous-estimaient la possibilité de perte de poids après chirurgie et l'amélioration des co-morbidités et que seuls 6% pensaient que l'obésité pouvait mieux être contrôlée chirurgicalement [18]. Malgré les preuves et le recul de ces chirurgies, les médecins généralistes restent sceptiques et méfiants vis-à-vis du traitement chirurgical de l'obésité.

Quelques médecins disaient ne pas aborder le sujet de la chirurgie bariatrique avec leurs patients, soient parce qu'ils n'étaient pas favorables à ce type de chirurgie, soit parce qu'ils estimaient que cela était en dehors de leurs compétences. Bien que quelques-uns disaient avoir déjà proposé cette chirurgie à leurs patients, dans la grande majorité des cas, les patients abordaient eux-même le sujet. Dans l'étude d'Avidor, les médecins généralistes américains ne proposaient la chirurgie bariatrique qu'à 21,9% de leurs patients avec obésité massive [5]. Dans l'étude de Foster, 45,1% se disaient prêts à adresser leurs patients à un chirurgien si l'indication était bonne [17]. L'étude de Kaminsky, qui s'était intéressée au ressenti des patients opérés, montrait que sur les 40 patients interrogés, 7 avaient changé de médecin généraliste car ils percevaient une opinion négative vis-à-vis de la chirurgie bariatrique, et 20% des médecins généralistes avaient refusé de les adresser pour chirurgie [20].

La majorité des médecins interrogés ne connaissaient pas les modalités techniques de chirurgie bariatrique et ne se sentaient pas capables de les expliquer aux patients, bien que beaucoup connaissaient l'existence de l'anneau gastrique et du bypass gastrique, un seul médecin citait la sleeve gastrectomy. Beaucoup faisaient la différence entre l'anneau avec présence d'un corps étranger et le bypass gastrique, irréversible. Dans l'étude américaine de Perlman, les médecins généralistes étaient 57% à se sentir capables d'expliquer les techniques opératoires à leurs patients [18]. Cette différence peut s'expliquer par des lacunes des médecins généralistes de notre panel dans ce domaine, ou, plus probablement, par une plus forte prévalence de l'obésité et un recours plus fréquent à la chirurgie bariatrique aux Etats-Unis.

Les médecins généralistes interrogés connaissaient mal le parcours préopératoire des patients, mais la nécessité de consultations psychologique (ou psychiatrique), nutritionnelle, cardiologique et d'anesthésie étaient évoquées. Quant aux consultations chirurgicale, diététique, gastro-entérologique et pneumologique, ainsi que le bilan biologique préopératoire, elles n'étaient chacune citées que par un médecin. Quelques-uns

des médecins semblaient donc connaître le bilan préopératoire du patient, notamment car ils avaient eu des patients opérés dans leur patientèle.

Face à une demande de chirurgie de l'obésité de la part d'un patient, la voie privilégiée par les médecins était d'adresser directement au chirurgien. Ces chirurgiens s'étaient faits connaître en animant des réunions de formation médicale continue. Le départ fréquent des chirurgiens du privé a été décrit comme une difficulté supplémentaire pour le suivi des patients. La possibilité d'adresser directement à un endocrinologue était parfois privilégiée. Les médecins n'ayant jamais adressé de patients ont évoqués la possibilité de s'informer auprès de collègues pour connaître la voie de recours si la situation se présentait. Quelques-uns évoquaient les centres spécialisés géographiquement proches tels que Tours, Orléans ou Paris. Néanmoins, un des médecins estimait que la distance était une barrière pour le partage des informations et le bon suivi du patient. Dans l'étude d'Avidor, 18,2% des médecins généralistes interrogés estimaient que les voies de recours entre médecins généralistes et chirurgiens bariatriques étaient mal définies [5].

Quelques médecins estimaient qu'il y avait eu, surtout par le passé, des abus de la part de certains chirurgiens en raison d'enjeux financiers. Ils citaient des exemples de patients opérés avec de mauvaises indications voire des contre-indications, tandis que la moitié des médecins estimait que les indications étaient bien posées citant parfois des patients recusés par le chirurgien. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données comparables.

Le suivi postopératoire était très mal connu des médecins généralistes interrogés qui ne réalisaient pas de surveillance particulière pour leurs patients opérés. Le suivi était généralement réalisé par le chirurgien ou l'endocrinologue, bien que quelques médecins disaient renouveler les suppléments vitaminiques ou prescrire des bilans biologiques, généralement sur demande du spécialiste en charge du suivi ou du patient. Certains pensaient que c'était au patient de gérer et organiser seul son suivi avec les spécialistes, tandis que d'autres s'informaient régulièrement auprès de leurs patients du contenu des

dernières consultations avec les spécialistes. L'importance du suivi, notamment biologique, et la nécessité de prévenir les carences par supplémentation vitaminique était connue par quelques médecins, mais seuls deux médecins pensaient devoir poursuivre ces suppléments la vie durant. Ont également été évoqués le suivi diététique et psychologique. Dans l'étude de Balduf, parmi les médecins généralistes qui avaient déjà adressé des patients pour chirurgie, 36,5% estimaient que le suivi à long terme devait être réalisé par le chirurgien, et 71,4% pensaient avoir les capacités pour suivre les patients opérés [16]. Les médecins généralistes de notre étude, comme ceux de la littérature, semblent sous-estimer le rôle qu'ils ont à jouer dans la prise en charge des patients obèses après chirurgie bariatrique et sont en discordance avec les recommandations de la HAS selon lesquelles le suivi post-chirurgical doit être « assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire et par le médecin traitant » toute la vie [11]. Par ailleurs, le suivi de la perte de poids du patient et la surveillance des co-morbidités et de leur amélioration n'ont été cités par aucun médecin.

Pour quelques médecins, le suivi spécialisé postopératoire était suffisamment fréquent et dépendait surtout de l'observance des patients. Tandis que d'autres trouvaient que les patients étaient livrés à eux-mêmes après ce type d'opération et disaient ne pas recevoir de courriers concernant le suivi, hormis le compte-rendu opératoire. Certains médecins regrettaient même que parfois les patients leur « échappaient », ce qui ne ressortait pas des études précédentes sur le sujet. Parmi les informations que les médecins généralistes aimeraient recevoir de la part des chirurgiens après une opération de ce type, ont été citées des informations concernant la chirurgie réparatrice et les objectifs de poids pour chaque patient. Ces données apparaissent comme nouvelles puisqu'il n'a pas été retrouvé d'étude qui s'intéressait aux besoins d'informations ressentis par les médecins généralistes après cette intervention chez un de leurs patients.

Les médecins généralistes ne semblaient pas méconnaître les risques postopératoires et étaient préoccupés par les troubles digestifs pouvant apparaître après ces

interventions et leur retentissement sur les habitudes alimentaires des patients, leur quotidien, et les conséquences psychologiques, ainsi que les risques de carences provoquées par la malabsorption. La nécessité d'une chirurgie réparatrice n'avait été évoquée que par deux médecins, tandis qu'un des médecins craignait une perte de poids trop importante, et un autre le risque de décès. Aucun des médecins n'avait évoqué les risques d'une grossesse dans les mois suivant l'intervention et la nécessité d'une contraception. Les médecins de notre panel estimaient que c'était au chirurgien de prendre en charge les complications.

Concernant le rôle futur de la médecine générale dans la prise en charge de l'obésité par chirurgie, la majorité des médecins répondait qu'ils préféraient avoir un rôle éducationnel de prévention « pour ne pas en arriver là » et ne semblaient pas prêt à intégrer la chirurgie dans leur prise en charge. Seuls quelques médecins répondaient qu'ils auraient un rôle à jouer dans la sélection des patients pouvant avoir recours à ces chirurgies. Dans l'étude française de Thuan, 75% des médecins généralistes estimaient que seul un nutritionniste pouvait poser l'indication de cette intervention [15].

La moitié des médecins interrogés estimait que ces chirurgies ne représentaient pas une avancée en matière de prise en charge de l'obésité, et que les indications ne resteraient que marginales. A l'opposé, certains pensaient que les patients obèses étaient de plus en plus nombreux, de plus en plus jeunes, et que ces techniques, récemment développées, étaient appelées à se démocratiser.

Quand on demandait aux médecins généralistes s'ils seraient prêts, de manière hypothétique, à envisager cette intervention pour eux ou un membre de leur famille, la moitié des médecins répondaient que oui, pour beaucoup en dernier recours, mais quelques-uns avouaient ressentir une crainte et n'étaient pas prêts à l'envisager. Dans l'étude de Perlman, 63% des médecins généralistes disaient être prêts, à envisager cette chirurgie pour eux ou un membre de leur famille [18].

Pour mieux prendre en charge l'obésité, les médecins généralistes disaient manquer

de temps et de rémunération adaptée. Ils déclaraient un manque de connaissances en diététique et de structures adaptées aux patients obèses, notamment pour la reprise d'une activité physique. Par ailleurs, dans notre étude, beaucoup de médecins se trouvaient confrontés à des consultations diététiques, essentielles pour la prise en charge, non remboursées. Dans l'étude de Ferrante aux Etats-Unis, le point le plus important évoqué par les médecins généralistes pour améliorer la prise en charge de l'obésité était un meilleur remboursement, estimé à 4,14 sur une échelle de 5 (le score de 5 décrivant les stratégies essentielles) [6]. Malgré un système d'assurance maladie plus protecteur en France comparé aux Etats-Unis, le mauvais remboursement semble constituer une barrière supplémentaire pour les médecins de notre étude. Enfin, un seul médecin estimait que, pour mieux prendre en charge l'obésité, il lui fallait une meilleure connaissance de la chirurgie bariatrique. Dans l'étude d'Avidor, 23% des médecins généralistes estimaient que pour augmenter le nombre de patients adressés en chirurgie il fallait améliorer les informations auprès des patients, infirmières et médecins, 13% qu'il fallait augmenter les taux de réussite, 10% qu'il fallait une disponibilité des chirurgiens expérimentés et 8% qu'il fallait une meilleure prise en charge financière [5].

Nous devons reconnaître plusieurs limites à notre travail. Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, plutôt qu'une étude quantitative, pour mieux cerner les difficultés rencontrées par les médecins généralistes et leurs attentes. Ce type de recherche biomédicale permet l'étude des aspects sociaux et personnels de la santé, elle contribue à notre compréhension du système de santé et de la pratique médicale, surtout dans des domaines encore peu explorés comme celui-ci. Notre panel étant assez petit, les résultats n'ont qu'un but informatif et ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des médecins généralistes français. Nous avons choisi d'interroger des médecins généralistes de Chartres concernant la chirurgie de l'obésité. Chartres est une ville de taille moyenne, de 40 000 habitants, en périphérie de la région parisienne, elle est peu représentative concernant la chirurgie bariatrique car on n'y trouve que deux chirurgiens du

secteur privé pratiquant ce type d'opération. Les patients doivent fréquemment se faire opérer à Paris, Orléans ou Tours. Ceci avait été montré en 2007 dans la publication de l'Union Régionale d'Epidémiologie Hospitalière (UREH), parmi les patients domiciliés en Eure-et-Loir hospitalisés pour obésité, seuls 49% étaient hospitalisés en Eure-et-Loir, 20 à 25% dans le Loiret (Orléans), 15 à 20% à Paris, 5 à 10% dans les Yvelines, 1 à 5% dans l'Essonne, et moins de 1% en Indre-et-Loire (Tours). L'Eure-et-Loir était aussi le département de la région Centre qui réalisait le moins d'hospitalisation « pour » obésité [27]. La chirurgie bariatrique est peu pratiquée à Chartres avec 61 patients opérés sur les 540 opérés en région Centre en 2007. Il est possible que des médecins installés à proximité d'un centre hospitalier spécialisé en chirurgie bariatrique aient eu des opinions autres. De plus, nous n'avons pas dans notre panel de médecin récemment diplômé ou installé, qui aurait pu avoir une opinion et des connaissances différentes sur ces techniques de chirurgie de développement récent

Ce travail a permis de mieux cerner les difficultés des médecins généralistes face au développement récent de la chirurgie bariatrique, notamment pour adresser les patients, et pour le suivi postopératoire, ce dernier point n'ayant pas été exploré par les études antérieures. De telles informations sont rares et pourtant indispensables pour améliorer le chemin clinique des patients candidats à la chirurgie de l'obésité et pour améliorer le suivi des patients opérés.

Tableaux

Tableau 1 : Constitution du panel de médecins généralistes par ordre de contact

(M1 à M10 sont les médecins du panel interrogé)

Ordre de contact	Dates d'appels	Sexe	Décision
1	15/12/09 17/05/10	H	Non joignable Non joignable
2	15/12/09	F	Accord (M2)
3	15/12/10	F	Accord mais délai supérieur 1 mois
4	15/12/10 01/06/10	F	Non joignable Accord (M10)
5	15/12/09	H	Accord (M3)
6	15/12/09 17/05/10 01/06/10	H	Non joignable Non joignable Refus (manque de temps)
7	15/12/09 17/05/10	H	Non joignable Non joignable
8	15/12/09	F	Accord (M1)
9	17/05/10	H	Non joignable
10	17/05/10	H	Refus (manque de temps)
11	17/05/10	H	Non joignable
12	17/05/10	H	Accord (M7)
13	17/05/10 01/06/10	F	Non joignable Refus (manque de temps)
14	17/05/10 01/06/10	H	Non joignable Accord (M9)
15	17/05/10	H	Refus (manque de temps)
16	17/05/10	H	Accord (M4)
17	17/05/10	H	Non joignable
18	17/05/10 01/06/10	F	Non joignable Accord (M6)
19	17/05/10	H	Non joignable
20	17/05/10	H	Accord (M5)
21	01/06/10	H	Non joignable
22	01/06/10	H	Refus (manque de temps)
23	01/06/10	H	Refus (manque de temps)
24	01/06/10	F	Non joignable
25	01/06/10	F	Non joignable
26	01/06/10	F	Accord (M8)

Non joignable = répondeur ou secrétariat. F = Femme, H = Homme.

Tableau 2 : Description du panel de médecins généralistes

	Sexe	Age	Années d'installation (années depuis la thèse)	IMC (kg/m ²)	Auto-estimation du nombre de patients vus chaque mois	Auto-estimation de la proportion de patients obèses
M1	F	41	7 (10)	23,1	400	15 %
M2	F	52	18 (18)	21,0	150-200	1 à 2 patients
M3	H	42	14 (14)	18,7	450	3 %
M4	H	45	16 (17)	26,9	400	12-15%
M5	H	59	27 (27)	22,9	400-500	20%
M6	F	55	25 (26)	20,3	400	20%
M7	H	55	27 (28)	22,2	400-500	Pas beaucoup
M8	F	53	23 (22)	19,6	400	5,00%
M9	H	58	30 (32)	28,4	300	Très peu
M10	F	54	27 (27)	21,6	NSP	2 à 3 patients

Tableau 3 : Déroulement des entretiens

Numéro du médecin	Date	Lieu	Durée de l'enregistrement
M1	17/12/09	cabinet	19 min 36 s
M2	18/12/09	cabinet	14 min 49 s
M3	22/12/09	hôpital de Chartres	18 min 12 s
M4	21/05/10	cabinet	18 min 57 s
M5	28/05/10	cabinet	21 min 20 s
M6	02/06/10	cabinet	21 min 40 s
M7	08/06/10	cabinet	24 min 40 s
M8	09/06/10	cabinet	24 min 08 s
M9	09/06/10	cabinet	20 min 55 s
M10	24/06/10	cabinet	18 min 45 s

Bibliographie

- [1]-Popkin B, Doak C (1998) The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. *Nutr Rev* 56: 106-14
- [2]-World Health Organization (1997) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity.
- [3]-Roche ObEpi, Inserm, TNS Healthcare, (2009) Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité
- [4]-Charles MA, Eschwege E, Basdevant A (2008) Monitoring the obesity epidemic in France: the Obepi surveys 1997-2006. *Obesity*, Silver Spring, Md 16(9): 2182-6
- [5]-Avidor Y, Still CD, Brunner M, et al. (2007) Primary care and subspecialty management of morbid obesity: referral patterns for bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 3(3): 392-407
- [6]-Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. (2009) Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. *Obesity*, Silver Spring, Md 7(9): 1710-6
- [7]-Chapdelaine P, Bissonier C (2008) Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2008 - Étude N°41
- [8]-Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. (2004) Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *The New England journal of medicine* 351(26): 2683-93
- [9]-Sjostrom L, Narbro K, Sjostrom CD, et al. (2007) Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *The New England journal of medicine* 357(8): 741-52
- [10]-Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. (2007) Long-term mortality after gastric bypass surgery. *The New England journal of medicine* 357(8): 753-61
- [11]- Haute Autorité de Santé (janvier 2009) Obésité: prise en charge chirurgicale chez l'adulte, synthèse des recommandations de bonne pratique
- [12]-Basdevant A, Paita M, Rodde-Dunet MH, et al. (2007) A nationwide survey on bariatric surgery in France: two years prospective follow-up. *Obesity surgery* 17(1): 39-44
- [13]-Haute Autorité de Santé (juillet 2009) Chirurgie de l'obésité chez l'adulte, information pour le médecin traitant
- [14]-Sansone RA, McDonald S, Wiederman MW, Ferreira K (2007) Gastric Bypass Surgery: A Survey of Primary Care Physicians. *Eating Disorders* 15: 145-152
- [15]-Thuan JF, Avignon A (2005) Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *International Journal of Obesity* 29: 1100-1106

- [16]-Balduf LM, Farrel TM (2008) Attitudes, Beliefs, and Referral Patterns of PCPs to Bariatric Surgeons. *Journal of Surgical Research* 144: 49-58
- [17]-Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. (2003) Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obesity Research* 11(10): 1168-1177
- [18]-Perlman SE, Reinhold RB, Nadzman GS (2007) How do family practitioners perceive surgery for the morbidly obese?. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 3: 428-433
- [19]-Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux JC, et al. (2005) Management of Obesity, knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in the PACA region: results of a telephone survey. *Presse Med* 34: 769-75
- [20]-Kaminsky J, Gadaleta D (2002) A study of Discrimination within the Medical Community as Viewed by Obese Patients. *Obesity Surgery* 12: 14-18
- [21]-Epstein L, Ogden J (2005) A qualitative study of Gps' views of treating obesity. *British Journal of General Practice*, October 2005: 750-754
- [22]-Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T (2006) Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinician. *BMC Family Practice* 7: 35
- [23]-Anderson DA, Wadden TA (2004) Bariatric Surgery Patients' Views of Their Physicians' Weight-Related Attitudes and Practices. *Obesity Research* 12(10): 1587-1595
- [24]-Giacomini MK (2001) Les "preuves" issues de la recherche qualitative : une route semée d'embûches. *EBM Journal (édition française)* 29: 08
- [25]-Britten N, Jones E, et al. (1995) Qualitative research methods in general practice and primary care. *Fam Pract* 12: 104-14
- [26]-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Ministère de la santé (2006) Programme National Nutrition Santé
- [27]-Union Régionale D'épidémiologie Hospitalière (2005-2007) Prise en charge de l'obésité en région Centre
- [28]-Haute Autorité de Santé (juillet 2009) Chirurgie de l'obésité, ce qu'il faut savoir avant de se décider
- [29]-Chevallier JM, Paita M, Rodde-Dunet MH, et al. (2007) Predictive Factors of Outcome After Gastric Banding: A Nationwide Survey on the Role of Center Activity and Patients' Behavior. *Annals of Surgery* 246(6): 1034-1039

Annexes

Annexe 1 : Trame finale d'entretien semi-dirigé

Identification du médecin :

- Age, sexe, poids, taille ;
- Années de pratique, années d'installation ;
- Nombre de patients vus par mois ;
- Pourcentage de patients obèses, (consultant ou non pour l'obésité).

Les patients obèses :

- Quelles sont les pathologies pour lesquelles vos patients obèses vous consultent ?

Cette question avait pour but d'apprécier la perception de la diversité des motifs de consultation des patients obèses en médecine générale.

- Quelles difficultés rencontrez-vous pour aider à la perte de poids, vous sentez-vous bien préparé ?

L'objectif était d'aborder les difficultés propres à la médecine générale dans la prise en charge de l'obésité.

- Quelles prises en charge préconisez-vous à vos patients ? A quelle fréquence ?

Dans quel ordre ?

Nous souhaitons connaître les méthodes et conseils préconisés par les médecins généralistes à leurs patients obèses pour les aider et les accompagner dans leur perte de poids.

- Que pensez-vous du programme national nutrition-santé (PNNS) ?

Le but de cette question était d'évaluer l'impact de cette campagne nationale sur les médecins généralistes et leurs patients.

- D'après vous, quelles sont les causes de l'obésité ?

Nous souhaitons connaître la vision des médecins concernant les étiologies possibles de l'obésité.

- Que pensez-vous des patients obèses ?

Les opinions personnelles exprimées par les médecins généralistes et leurs représentations des personnes obèses ont été colligées.

La chirurgie bariatrique :

- Que pensez-vous de votre niveau de connaissance et d'information concernant la chirurgie de l'obésité ?

- Quels sont les moyens d'information dont vous disposez sur le sujet ?

- Que connaissez-vous des recommandations HAS concernant la chirurgie de l'obésité ?

- Quel type d'information complémentaire souhaiteriez-vous recevoir sur ce sujet ?

L'objectif de ces questions n'était pas d'évaluer ou de juger les connaissances des médecins généralistes, mais bien le ressenti des médecins concernant leurs connaissances et d'estimer l'impact sur les médecins généralistes des recommandations éditées et diffusées par la HAS.

- Comment avez-vous, au cours de votre activité de médecin généraliste, été confronté à la chirurgie de l'obésité ? (demandes, patients déjà opérés, perdus de vue...) ?

Cette question était destinée à évaluer la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité par chirurgie à partir de ses expériences personnelles.

- Pouvez-vous me citer les indications de la chirurgie de l'obésité que vous connaissez ?

L'objectif était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes interrogés concernant les indications de ces interventions.

- Que pensez-vous de la chirurgie de l'obésité dans le traitement de l'obésité

(bénéfices, efficacité à long terme sur le poids et les co-morbidités, risques, craintes...) ? Pensez-vous que ce soit le seul moyen efficace et durable pour la perte de poids ?

Nous cherchions ici à connaître l'opinion et le ressenti des médecins généralistes sur la chirurgie bariatrique et son efficacité.

- Quelles difficultés rencontrez-vous à aborder le sujet de la chirurgie de l'obésité avec le patient ? Qui en parle en premier, vous ou le patient ?

L'objectif de ces questions était de mieux cerner les obstacles que le médecin généraliste peut rencontrer pour aborder la question de la chirurgie au cours d'une consultation de patient obèse.

- Quelles techniques de chirurgie connaissez-vous ? Seriez-vous à l'aise pour les expliquer aux patients ?

Connaître les modalités de ces interventions est important pour les proposer et les expliquer aux patients.

- Quel est le parcours suivi par un patient avant ce type d'opération ?

Cette question avait pour but de savoir si les médecins généralistes connaissaient les modalités du bilan préopératoire.

- Quel sont les obstacles que vous rencontrez pour adresser un patient vers un confrère spécialiste pour une demande en rapport avec la chirurgie de l'obésité ? A qui l'adressez-vous et comment l'avez-vous connu ?

Cette question visait à savoir à qui et comment les patients étaient adressés par leur médecin généraliste en vue d'une intervention et comment ces derniers créaient leur réseau.

Le post-chirurgical :

- Pensez-vous que l'indication soit toujours bien posée ? D'après vous, y a-t-il des abus de certains chirurgiens ?

- Que connaissez-vous du suivi post-chirurgical ? Que faites-vous pour vos patients

opérés, qui consultent ou non pour ça ? (suivez-vous des patients) Quelle surveillance ?

Cette question avait pour objectif d'une part, de savoir si les médecins suivaient des patients déjà opérés, et d'autre part ce qu'ils connaissaient des modalités de surveillance et ce qu'ils réalisaient en pratique.

- Parmi vos patients opérés, quelle est la fréquence du suivi et pensez-vous que ce soit suffisant ?

- Parmi les correspondances que vous recevez du chirurgien, quelles informations aimeriez-vous recevoir ?

Cette question permettait d'évaluer la bonne communication entre médecin traitant et chirurgien, pour le bon déroulement du suivi du patient.

- Quels risques post-chirurgicaux connaissez-vous ?

Connaître les risques post-chirurgicaux pour un médecin généraliste est important pour pouvoir mieux les détecter et les prendre en charge.

Perspectives d'avenir :

- Comment imaginez-vous dans le futur votre rôle en tant que médecin traitant dans la prise en charge de l'obésité par chirurgie de l'obésité ? Pour vous, quel est l'avenir de ce type de chirurgie ?

Le but de ces questions était de savoir comment les médecins se projetaient dans l'avenir avec ces chirurgies.

- Proposeriez-vous cette chirurgie à un membre de votre famille ou à vous-même ?

Cette question permettait de juger de l'indice de confiance des médecins vis-à-vis de ce type de chirurgie.

- De quoi avez-vous besoin pour une meilleure prise en charge de l'obésité ?

Cette dernière question permettait au médecin de s'exprimer et d'exposer son opinion personnelle sur la prise en charge de l'obésité.

Annexe 2 : Transcription des entretiens

(E= Enquêteur)

ENTRETIEN DOCTEUR M1

- E : Donc en fait, moi je voulais savoir si au cours de votre activité de Médecin Généraliste, que ce soit remplaçante ou de ville, vous avez déjà été confrontée à la chirurgie bariatrique ?
- 5 M1 : Euh... j'ai un patient qui a été opéré.
E : De quel type de (*rires...*) c'est un peu difficile...
M1 : Mmmm je ne sais pas, il a un anneau.
E : C'est un anneau ?
M1 : Je crois.
- 10 E : Et donc un seul patient ?
M1 : Un seul patient, qui a été opéré avant que je ne le connaisse, voilà.
E : Que vous avez repris en charge ensuite en consultation ?
- 15 M1 : Oui mais... pour surveillance en fait du bilan biologique.
E : D'accord.
M1 : Je l'ai vu deux fois.
E : Et vous savez... enfin, quelqu'un vous a dit ce qu'il y avait à surveiller en particulier ou... vous faites ça euh...
20 M1 : Y'avait... non, mais j'ai demandé justement.
E : D'accord.
M1 : A un Endocrinologue (*rires...*) quel euh... qu'est-ce qu'il fallait surveiller mais le patient lui-même me donnait des indications.
25 E : Il savait à peu près déjà ?
M1 : Oui.
E : D'accord. Et il est revu régulièrement quand même par euh... ?
- 30 M1 : Ca fait un moment que je ne l'ai pas vu donc j'espère.
E : Ouais, c'est ça c'est qu'il y a... en fait ouais le souci c'est qu'y en a beaucoup qu'ont tendance à être perdus de vue en fait, d'où l'intérêt d'avoir un médecin généraliste derrière qui, parfois, est plus à même de les voir plus souvent.
35 M1 : C'est un milieu social défavorisé.
E : D'accord. Et vous-même vous avez jamais proposé à des patients ou...
40 M1 : Non.
E : D'accord. Il n'y a jamais eu non plus de patients qui vous ont demandé des renseignements ?
M1 : Non.
E : D'accord.
- 45 M1 : Étonnant...
E : Peut-être que vous n'avez pas de patient obèse (*rires...*)
M1 : Euh... si un peu, si, si quelques-uns.
E : Et en ce qui concerne votre niveau de connaissance
50 euh... sur la chirurgie de l'obésité ?
M1 : Elle est assez modeste (*rires...*).
E : Bon ouais, vous avez l'impression de ne pas connaître... ?
M1 : Ben non, parce que je n'ai pas eu l'occasion
55 effectivement, pour les patients, de me renseigner euh ... voilà.
E : D'accord. Et en ce qui concerne les moyens d'information...il y a... enfin, vous n'avez pas cherché à vous informer outre ?
- 60 M1 : Non, je n'ai pas eu l'occasion.
E : D'accord. Il y a des recommandations HAS qui sont sorties, vous n'en avez pas eu connaissance non plus ?
M1 : Alors, je reçois les recommandations HAS, je ne les lis pas toutes, je les stocke toutes (*rires...*). Je lis ce qui
65 justement fait parti de ma consultation régulière.
E : Ce qui est plus logique effectivement.
M1 : J'ai plus tellement de temps pour la curiosité au-delà.
E : Ouais. Donc, vous... enfin, vous ne vous sentez pas
70 en manque, enfin, en besoin d'information supplémentaire du coup, forcément ?
M1 : Pour l'instant non, je serais bien embêtée si un patient me demandait effectivement euh...
E : D'accord.
- 75 M1 : Je crois que je botterais en touche en l'envoyant voir un Endocrinologue.
E : Quelles sont euh... Quelles sont les indications de la chirurgie que vous connaissez ? Enfin, à qui vous pensez que ça s'adresse ce genre de chirurgie ?
- 80 M1 : Dans l'obésité morbide euh... (*Silence*)... Bien en fait je ne sais pas... je sais pas parce que c'est quand on prend en charge le surpoids c'est vraiment difficile, ça c'est vrai. On parle des différentes techniques, les patients ont des demandes aussi et euh... en fait ce sont
85 des patients qui consultent souvent à l'occasion d'une euh... d'une complication ...de diabète...
E : De l'obésité ?
M1 : Comme au départ c'est axé sur le traitement du diabète, souvent au prix d'une obésité morbide, donc je
90 les envoie en hôpital de jour à l'hôpital, et là en fait le patient... m'échappe pas, c'est pas le problème, mais il est pris en charge et il y a souvent des pertes de poids significatives euh... qui sont parfois difficiles à maintenir mais quand même et euh... c'est surtout sur le
95 diabète qu'on travaille après.
E : Et des pertes de poids liées à des régimes diététiques ou ...
M1 : Il y a une prise en charge... diététique. Mais souvent il y a des erreurs de rigueur d'alimentation donc
100 les premiers mois sont assez gratifiants en terme de perte de poids, parce qu'une fois qu'on arrête certaines choses...
E : Et cette perte de poids elle vous semble durable en général ?
- 105 M1 : Elle est difficile à maintenir.
E : Elle est difficile...
M1 : Oui, et souvent ils échappent à nouveau. Ils n'osent plus consulter. C'est plutôt des patients que j'essaye de déculpabiliser en général, en tout cas vis-à-vis de moi, je
110 leur dis que c'est pas pour moi qu'il faut le faire, c'est pour eux, pour qu'ils puissent revenir, même lorsqu'ils sont en échec. Il y a souvent quand même un sentiment d'échec assez fort.
E : D'accord. Euh... Alors j'avais une autre question,
115 c'est savoir ce que vous vous pensez de la chirurgie de l'obésité, justement dans le traitement, à quel moment

- est-ce que vous trouvez que c'est intéressant, est-ce que vous trouvez...?
- 120 M1 : Alors chirurgie de l'obésité c'est uniquement sur l'estomac ou c'est aussi par exemple le fameux tablier ou des choses comme ça, parce que ça j'en ai quelques unes des patientes...?
- E : Alors le tablier je ne connais pas (*rires...*)
- 125 M1 : Non, mais ça par exemple c'est une patiente qui a perdu beaucoup de poids...
- E : Non, la chirurgie... oui, non pas la chirurgie reconstructrice, non je vous parle de la chirurgie de l'obésité à visée de perte de poids, donc il y a les anneaux gastriques, les by-pass, ce genre de chose...
- 130 M1 : Oui, voilà oui bah, je, euh...
- E : Est-ce que vous avez une opinion vous sur euh... Est-ce que vous en pensez du bien, du mal ? Est-ce que vous pensez que ça n'a pas d'intérêt ?
- 135 M1 : Ben, je ne sais pas si je peux penser en fait, parce que ne connaissant pas assez bien ni les techniques, ni le devenir des patients au long cours... Je trouve ça, ça fait pas physiologique quoi.
- E : Hum, hum...
- M1 : Donc forcément il y a un trouble.
- 140 E : Il y a une crainte ?
- M1 : Une crainte, ouais.
- E : Le devenir on ne connaît pas, il n'y a pas assez de recul pour vous ?
- M1 : Enfin, moi j'ai pas assez de connaissance, ça c'est
- 145 indéniable. Elle ne ce sont pas non plus... disons, que j'ai pas pris le temps de connaître et puis il y a tellement de choses que je dois réviser, ça ne passe pas en priorité, puisque je n'ai pas de patient pour qui ça s'est posé. Est-ce qu'ils osent demander ? Je sais pas. C'est vrai que je
- 150 ne le propose pas quoi.
- E : Ca ne vous viendrait pas à l'idée ne connaissant pas assez?...
- M1 : Bah, c'est pas que ça ne me viendrait pas à l'idée, c'est que j'attends que le patient...
- 155 E : Vous le demande ?
- M1 : Ouais le propose.
- E : Ouais. OK.
- M1 : Ca ne me semble pas être une chirurgie bénigne, anodine.
- 160 E : Ah ça c'est sûr (*rires...*)
- M1 : Voilà, et donc à cause de ça, j'aimerais que le patient en ait l'initiative, ils connaissent hein, ils connaissent très bien, il y a des émissions télévisées, euh... voilà.
- 165 E : D'accord. Euh... Donc vous le principal problème que vous rencontrez avec le patient, à en parler avec le patient, c'est que euh...
- M1 : Ben, soit on a autre chose à traiter et puis... c'est vrai aussi que quand ils reprennent une activité physique
- 170 enfin, qu'ils adoptent un régime alimentaire normal, déjà normal, en supprimant pleins de choses, enfin pleins de choses complètement hors alimentation voilà, la difficulté elle est plus de maintenir la perte de poids, mais comme il y en une au départ qui est quand même
- 175 impressionnante en général, on parle d'une dizaine de kilos quand même, et bien je les encourage à poursuivre plutôt toujours dans ce sens-là.
- E : D'accord. Euh, donc, oui enfin il y avait une question c'était les difficultés que vous avez à adresser à un
- 180 confrère mais vous n'avez jamais eu le problème finalement ?
- M1 : Non.
- E : D'accord. Et est-ce que vous savez dans ce cas-là, si vous aviez un patient qui serait demandeur de cette
- 185 chirurgie, à qui adresser le patient, vous l'adresseriez à qui dans ces cas-là ?
- M1 : Euh... et bien il faudrait que je me renseigne. Si si, je connais quelques praticiens mais je ne sais pas si les structures chartraines, par exemple, sont suffisantes pour
- 190 euh... proposer ce genre de chirurgie, et j'essayerais de l'envoyer dans un centre où vraiment on fait ça de façon très régulière, avec beaucoup de recul et pas seulement une fois de temps en temps.
- E : D'accord. Donc vous voudriez quelque chose de
- 195 sérieux, ou plutôt vous renseigner sur la qualité de... ?
- M1 : Voilà, je demanderais conseil à des gens qui ont l'habitude de traiter ce genre de problème pour savoir vers qui adresser, je me demande si c'est entouré de précautions psychologiques ou psychiatriques même ?
- 200 E : Donc, ça vous n'en savez rien en fait ?
- M1 : Non.
- E : D'accord.
- M1 : Mais j'imagine que ça doit être nécessaire, voilà c'est tout.
- 205 E : D'accord. Ça vous semble indispensable que la part psychologique soit prise en compte ?
- M1 : Oui, je n'imagine pas le passage Médecin généraliste-Chirurgien-opération, quoi.
- E : Voilà, d'accord.
- 210 M1 : Il me semble que c'est un geste important.
- E : Pas dénué de conséquence ?
- M1 : Voilà.
- E : D'accord.
- M1 : Que les patients connaissent bien les risques,
- 215 qu'est-ce qu'on peut en attendre etc...
- E : Qu'il ait une information suffisante ?
- M1 : Ouais ouais, qu'il soit dans un service où vraiment on pratique ça de façon probante.
- E : D'accord.
- 220 M1 : Voilà.
- E : Et donc là en ce qui concerne le suivi post-chirurgical, vous me disiez que vous aviez un patient euh... dont vous euh... qu'est-ce que vous connaissez, qu'est-ce que vous redoutez, qu'est-ce que vous
- 225 recherchez... ?
- M1 : Eh bien ce que je redoute c'est qu'il ne revienne plus .
- E : Ouais.
- M1 : J'ai peur qu'il échappe au système médical, parce
- 230 que là, il a obtenu ce qu'il voulait, une perte de poids significative.
- E : Donc, ça a marché pour ce patient-là ?
- M1 : Oui, mais moi je connais le reste de la famille en fait et euh... le reste de la famille s'alimente très mal...
- 235 donc je ne sais pas ce que ça peut donner dans ce contexte, je me dis qu'il a fait des efforts aussi, en plus de l'intervention, et combien de temps est-ce qu'il peut tenir ?
- E : Des efforts alimentaires ?
- 240 M1 : D'hygiène alimentaire, mais combien de temps il

va tenir, parce que le contexte est très mauvais ?
 E : Est-ce que vous pensez que l'indication a été mal posée, vis-à-vis du contexte social?
 245 M1 : Je ne sais pas justement, si c'est pris en charge ça, si c'est évalué ?
 E : Normalement, il y a une prise en charge psychologique.
 M1 : Et puis, il est majeur, je parle de son contexte familial, c'est ses parents, ses frères et sœurs...
 250 normalement jusqu'au jour où il quitte le nid, est-ce qu'il peut poursuivre ?
 E : C'est un patient qui a quel âge ?
 M1 : Il est très jeune, peut-être 22 ans.
 E : D'accord. Donc, il avait vraiment une obésité
 255 importante ?
 M1 : Je ne l'ai pas connu avant, j'ai connu toute la famille après qu'il ait été opéré.
 E : D'accord.
 M1 : Et donc, il est venu deux fois pour un bilan
 260 biologique, qui avait été conseillé par le chirurgien, je sais qu'il a revu son chirurgien plusieurs fois, mais depuis ça fait bien un an que je ne l'ai pas vu.
 E : Donc, il est suivi par le chirurgien uniquement en fait ?
 265 M1 : Peut-être, ça c'est le problème de la médecine libérale je ne peux pas...
 E : Vous ne recevez pas de compte-rendu particulier ?
 M1 : Là je n'ai pas reçu de compte-rendu, aucun non.
 E : D'accord.
 270 M1 : Mais peut-être aussi parce que le patient ne donne pas mes coordonnées et je ne peux pas démarcher à domicile.
 E : Est-ce que ça... vous trouvez ça inquiétant le fait que ce patient soit un peu comme ça ?
 275 M1 : Ben, soit il a changé de Médecin, pourquoi pas, soit il a changé de ville parce qu'il n'avait pas de travail.
 E : D'accord.
 M1 : Et ça c'est probable, j'espère simplement qu'il continu à être suivi, parce qu'il me semble comprendre
 280 qu'une fois qu'on a été opéré on reste quelqu'un à surveiller de façon attentive.
 E : Ouais.
 M1 : Et ça j'espère qu'il l'a bien compris.
 E : En fait, c'est l'un des risques de cette chirurgie, c'est
 285 vraiment suite aux opérations, de plus en plus ça va vers des opérations irréversibles, autant l'anneau gastrique ça avait été fait initialement pour pouvoir être retiré, les chirurgies qui sont faites maintenant sont complètement irréversibles et nécessitent un suivi euh... un suivi
 290 continu. Euh... voilà. Sinon on arrive à la dernière question, je voulais savoir si en tant que Médecin Généraliste vous avez l'impression que dans le futur euh... vous allez avoir une part plus importante justement dans cette décision de prise en charge vu le
 295 nombre d'obèses qui va augmenter ou vous ne pensez pas que ce soit une solution en soi ?
 M1 : Moi je préférerais que le problème soit pris à la base (*rires...*) et qu'on n'en arrive pas là. J'ai l'impression que c'est une décision,... pas de désespoir
 300 mais...
 E : De dernier recours ?
 M1 : Oui. (*silence*)... Mais c'est vrai aussi qu'on est en

échec, en tant que soignant, par rapport aux surcharges
 305 pondérales et à l'obésité, parce que finalement on ne sait pas très bien quels sont les objectifs que l'on doit se fixer, donc moi je vois ça plutôt d'une fenêtre de comorbidité quoi. Est-ce qu'il y a des complications ? Il y en a forcément à un moment donné rien que la gonarthrose euh... ça dépend des âges aussi, les gens
 310 jeunes auront très envie de se bagarrer. Quand on est chez des sujets plus âgés, et bien ça devient plus compliqué. Il y a des gens qui ne peuvent plus se mouvoir parce qu'ils sont trop gros et qu'ils ont les genoux... ils veulent toujours des prothèses, des
 315 prothèses mais... c'est pas...ça c'est plus embêtant parce que je pense que cette chirurgie ne s'adresse pas à eux.
 E : Bah oui ,en plus oui, c'est sûr.
 M1 : Alors est-ce qu'il faut les diététici... Enfin le recours aux diététiciens je suis un peu déçue.
 320 E : Vous avez... voilà, vous avez essayé des prises en charges...
 M1 : Ca beaucoup, et je suis un peu déçue je trouve que c'est hors réalité et c'est trop... (*silence*)
 E : Trop cadré ?
 325 M1 : Bah, c'est trop cadré ou délirant.
 E : Pas adapté à la personne ?
 M1 : Oui. Je pense que le problème de la façon de l'alimentation il est profond, je me demande si c'est pas
 330 psychiatrique en fait, enfin si c'est pas une prise en charge de pourquoi vous mangez ? Est-ce que vous avez faim ? Est-ce que c'est l'heure de manger ? Est-ce que vous mangez tant ? est-ce que vous avez pris le temps de mâcher ? Est-ce qu'il est raisonnable de manger ça quand on a mangé ça ? J'ai l'impression que c'est plus
 335 un problème d'éducation finalement ou de...ou bien de fausse réponse à d'autres problèmes qui sont l'anxiété, le manque de temps (*silence*) et puis la sur-proposition aussi, c'est vrai que si on se ballade en ville ou si on regarde les collégiens sortir, voire les primaires, sortir de
 340 l'école on peut s'acheter des choses qu'on ne doit pas manger à quatre heures et demie.
 E : C'est en amont qu'il faudrait...
 M1 : J'ai l'impression que c'est plus dans l'éducation nutritionnelle qu'on pourrait faire quelque chose et ne
 345 pas toujours céder à la..., enfin maintenant quand on va au cinéma il faut forcément s'acheter trois kilo de machin là comment ça s'appelle...
 E : Pop corn ?
 M1 : Les pop corn, je ne sais pas si ça fait grossir,
 350 probablement c'est un peu gras et voire sucré, mais c'est fou, on ne peut plus...quoi que quand j'étais gamine on achetait un esquimau. Je sais pas, je trouve que c'est ça qui est inquiétant c'est la sédentarité et la consommation de repas qui ne sont pas adaptés, et je ne sais pas si c'est
 355 seulement en prenant en charge...enfin j'ai l'impression que c'est un problème de société vraiment quoi, de redonner des repères.
 E : Mais la question après c'est, est-ce qu'on va réussir à lutter contre ce phénomène, enfin l'arrivée de l'obésité
 360 massive, ça va être autre chose ?
 M1 : Par contre, on voit en Pédiatrie, les courbes de croissance on essaye de les... on fait l'IMC à chaque fois.
 E : De rechercher précocement ?

365 M1 : Le plus précocement possible, pour voir avec les parents comment faire, quelle est l'erreur alimentaire s'il y en a une, est-ce que l'enfant remue assez, est-ce que... voilà, c'est plus comme ça que je vois les choses, après il n'y a pas un stéréotype des canons de beauté féminine ou masculin (*rires...*) qu'il faut absolument. Ca aussi c'est pas facile, avec les ados par exemple, parce qu'il y a les versions anorexiques qui existe aussi et qui est souvent motif d'une consultation complètement détournée, c'est autre chose, l'aménorrhée ça serait presque trop simple, c'est plutôt j'ai mal à la tête ou j'ai mal au ventre ou j'ai des nausées et quand on discute...

E : Il y a un trouble alimentaire.

M1 : Il y a un trouble alimentaire oui, donc c'est vrai qu'on n'est pas très performant.

380 E : Sur l'alimentation ?

M1 : Ca dépend aussi de l'adhésion du patient à la correction de ses troubles alimentaires, bon l'anorexie ce n'est pas la même pathologie mais euh... une fois que le problème alimentaire est déterminé, puisque les courants d'airs ne font pas grossir etc... une fois que la bonne foi est là, qu'on se dit « c'est vrai, si je regarde je mange n'importe quoi et n'importe quand » bien là on peut discuter, essayer de faire des efforts mais c'est vrai qu'on peut pas... enfin je ne sais pas si la médecine peut jouer sur tout, j'ai l'impression que c'est un problème d'éducation au départ.

E : Qu'on arrive trop tard ?

M1 : Presque... bien que de toute façon, moi je ne peux pas leur tenir la main lorsqu'ils font les courses, on fait des bons conseils et après on va dans la rue et (*rires...*) rien que pour la glycémie, et on voit un bon pain au chocolat, moi aussi hein, j'aime bien, mais bon ce n'est pas facile...

E : Donc, pour vous, la chirurgie de l'obésité finalement,

400 c'est un peu se voiler la face et ça ne règle pas franchement le problème ?

M1 : Ben... non mais disons qu'elle s'adresse à quelqu'un qui est déjà obèse euh... qui serait peut-être en échec d'autres techniques, enfin nutritionnelles en particulier, mais j'aurais peur de l'échec après la chirurgie, je me demande ce que ça peut donner si on ne

450

ENTRETIEN DOCTEUR M2

E : Donc euh... Donc moi, la première question, c'est pour ça que je vous disais d'attendre un peu avant de répondre, au cours de votre activité en Médecine Générale euh... comment est-ce que vous avez déjà été confrontée à la chirurgie de l'obésité ?

5 M2 : Alors, eh bien, par une de mes patientes qui avait elle-même déjà un by-pass, voilà, que je voyais pour une première fois et qui m'a signalé qu'elle avait eu la pose d'un by-pass et donc à l'ouverture de mon dossier ça faisait partie des choses qu'elle m'a mentionné dans euh... dans les renseignements médicaux, voilà.

10 E : A aucun autre moment vous n'avez eu l'occasion de parler de chirurgie de l'obésité avec des patients ?

M2 : Alors, après postérieurement. Ca c'était ma première confrontation, ça date, ça je pourrais vous le retrouver parce que je l'ai dans mon dossier, allez je vois cette personne maintenant depuis peut-être 3-4 ans,

15

change pas le comportement alimentaire, comment ça se passe ?

E : Après ce qu'il y a avec les nouvelles techniques, ça shunte complétement l'estomac donc, en fait, les aliments sont presque, enfin sont pas intégrés enfin...

M1 : Sont pas digérés ?

E : Sont pas digérés.

M1 : Mais c'est un petit peu comme euh... c'était quoi

415 la pilule qui donnait la diarrhée ?

E : (*rires...*) Ouais c'est le même principe, ouais.

M1 : Ca c'est quand même anti-physiologique, quoi.

E : Ouais c'est...

M1 : C'est de la chirurgie palliative, c'est de la

420 chirurgie... c'est pas... c'est pas correction. Alors peut-être aussi qu'il y a des vomissements s'ils continuent à ingurgiter ?

E : Oui, puisque du coup il y a une réduction de la taille de l'estomac, comme pour les anneaux gastriques.

425 M1 : Mais ça donne pas des gens normaux ça, si ?

E : (*rires...*) Une vie différente quoi avec un suivi différent.

M1 : Ouais, j'ai l'impression qu'il faut un gros suivi psy quand même avec ça ?

430 E : Alors en fait au niveau des... en fait ils sont pris en charge dans les centres, ça je ne pense pas que ça se passe comme ça forcément dans les cliniques où parfois c'est un peu plus léger...

M1 : Comme à la Clinique Saint François.

435 E : Oui, il n'y a pas forcément tout le réseau dans, normalement dans le réseau il est censé y avoir une diététicienne, ils ont des consultations... Il doit y avoir un médecin nutritionniste, une diététicienne, le psychologue, le psychiatre et le chirurgien, normalement

440 c'est vraiment un travail en réseau et ensuite, il y a des staffs où ils discutent et décident si le patient est candidat ou pas, surtout pour, maintenant pour ces chirurgies, tout ce qui est by-pass et les sleeve gastrectomy parce qu'en fait, effectivement, on ne peut plus revenir en arrière, ils

445 coupent carrément, ils shuntent une partie de l'estomac...

M1 : Et il y a des risques cancérogènes ?

E : Alors les cancers a priori non, mais on n'a pas de recul effectivement.

hein... donc ça c'était ma première expérience, elle était suivie sur Paris, par un médecin qui avait a priori

20 l'habitude de faire ce genre de pose, euh... deuxième confrontation c'est par l'intermédiaire euh... donc d'un Endocrinologue du secteur qui pour une de mes patientes, qui vraiment présente une obésité, et qui lui a proposé ça pour gérer son problème de poids en sachant que... il lui a proposé que ça soit fait sur Chartres donc

25 c'est comme ça que j'ai appris que nous avions maintenant un chirurgien localement qui les faisait.

E : A la clinique ?

30 M2 : A la clinique Saint François, voilà. Et puis du coup un jour, j'ai vu dans la documentation médicale un truc sur les by-pass, donc je me suis vite empressée de regarder.

E : Pour savoir de quoi ça parle ?

M2 : (*rires*) Exactement, il y avait des beaux schémas et

- 35 voilà, et puis voilà.
E : Et euh...
M2 : Bon je me suis pas plus...
E : Elle ne s'est pas faite opérée finalement cette patiente ?
- 40 M2 : Non, parce qu'elle n'avait pas... bon c'est une personne qui a un potentiel intellectuel assez limité, et donc moi je lui expliqué, du coup a posteriori, que c'était une véritable intervention chirurgicale, que ça nécessitait quand même qu'elle fasse attention etc... et je
- 45 pense que d'elle-même, dans le contexte, elle a en fait différé, en sachant que ça pourrait être une bonne indication, mais c'est quand même quelqu'un qui intellectuellement est limitée donc je ne sais pas si elle est capable de gérer ça.
- 50 E : D'accord. Autrement vous, vous n'en parlez pas avec vos patients ?
M2 : Pas spécialement, mais j'ai pas... à part... la personne dont je vous ai parlé pour laquelle j'ai été la première fois confrontée à cette technique chirurgicale,
- 55 bon moi je l'ai vue, elle faisait moins de 100 kg, elle m'a parlé qu'elle avait pesé jusqu'à 160 kg donc a priori (*rires...*) je pense qu'elle a bien fait euh... après j'ai pas de très gros obèses.
E : D'accord.
- 60 M2 : Dans ma clientèle, à part cette personne là, et ça c'est une histoire récente, qui pourrait, je pense, bénéficier parce que peut-être du fait du contexte un petit peu psychique gèrera... de toute façon.
E : Ce n'est pas une bonne indication ?
- 65 M2 : Ca pourrait être une bonne indication médicale, après ça pourrait être difficile dans la gestion des suites, mais d'un autre côté elle a du mal aussi à gérer ...
E : Et tout à l'heure vous parliez d'information, c'était quel type de documentation ?
- 70 M2 : arrrrfff c'était le quotidien du médecin tout simplement, ça doit être dans cette pile là (*rires...*)
E : Donc voilà y avait, y avait un...
M2 : Un petit encart, voilà tout à fait.
- 75 E : Et il y a des recommandations HAS qui sont sorties cette année, vous n'en avez pas entendu parler ?
M2 : Non, j'ai pas entendu, je n'ai pas reçu les fameuses petites fiches là, je crois.
E : Il y a une fiche destinée aux... enfin vraiment globale à tous les médecins un peu spécialisée, et puis là ils
- 80 viennent de sortir, au mois d'octobre-novembre, destinée aux médecins généralistes.
M2 : D'accord. Eh bien je ne l'ai pas encore reçue, pas à ma connaissance en tout cas.
E : Et est-ce que vous, les informations que vous avez
- 85 reçues, c'est suffisant à votre niveau comme besoin de connaissance ou vous estimez avoir besoin d'autre information sur le sujet?
M2 : Alors, se pose le problème que ça reste quand même des indications très ciblées euh... je dirais que bon je suis un petit peu peut-être obligée de me replonger dans la théorie à chaque fois pour me remettre à jour, parce que je n'en vois pas tous les jours, ça c'est le problème d'entretien des connaissances euh... bon c'est vrai que, ouais c'est des choses qui nécessiteraient
- 90 d'être rebriefées régulièrement, je pense.
E : Pour remettre à jour ses informations ?
M2 : Ouais, tout à fait, c'est vrai par exemple, en terme
- d'indication, justement les bonnes recommandations de la HAS, je pense, à qui le proposer? Quel type
- 100 d'obésité?... voilà.
E : Et ça d'après vous, l'idée que vous en avez...? Quelles sont les indications de cette chirurgie-là, à qui ça s'adresse exactement ?
M2 : Bien, je pense que c'est enfin... les gros obèses, les
- 105 gens qui ont un IMC...je sais plus quand, enfin bon de combien euh... très élevé. Les gens pour lesquels les méthodes classiques, régime etc... n'ont pas apportées de contribution à la perte de poids parce que, par exemple, moi j'ai une patiente qui a fait jusqu'à 120 kg
- 110 pour une taille d'1 m 60 à peu près et qui... et pourtant qui était aussi intellectuellement très limitée, et qui a très bien géré par le régime et qui maintenant fait 80 kg depuis plusieurs années, donc voyez, à la limite, on aurait peut-être été tenté de lui proposer ça, mais bon, la
- 115 première méthode à bien fonctionné, donc je pense que c'est plutôt en dernier recours, moi je le verrais comme ça.
E : D'accord, euh... l'autre chose c'est vous de votre expérience, de votre opinion même enfin... personnelle
- 120 et professionnelle, quelle est l'idée que vous vous en faites ? Est-ce que vous avez des opinions favorables ou défavorables au sujet de ces méthodes qui arrivent ?
M2 : Favorables plutôt, parce que pour éventuellement des gens à qui vraiment on n'arrive pas à proposer autre
- 125 chose, ou tout du moins toutes les autres méthodes ont été vouées à un échec, je dirais que c'est quand même bien de pouvoir faire ça.
E : Et vous pensez que c'est efficace ?
M2 : Alors, je pense que c'est efficace, oui je pense que
- 130 c'est efficace. Mais je ne suis pas persuadée que ça peut s'adresser en effet à n'importe qui, quoi.
E : D'accord et est-ce que vous avez des craintes ou vous pensez qu'il y a des choses...?
M2 : Alors, ce que je ne sais pas, du moins je ne me
- 135 rappelle plus, c'est les modalités de l'intervention chirurgicale. Ca, ne me posez pas de question là-dessus, je ne pourrais pas vous répondre euh... je pense que c'est une anesthésie générale, j'en suis même pas sûre là aujourd'hui (*rires*) mais bon voilà, je pense que c'est
- 140 un acte, par contre, une fois qu'il est mis en place, je pense qu'il ne doit pas être très très compliqué mais bon, euh... je sais qu'il y a plusieurs méthodes, il y a les fameux by-pass et puis il y a les anneaux qui doivent être une autre méthode euh... bon voilà.
- 145 E : et... est-ce qu'il y...
M2 : Une hospitalisation plutôt courte.
E : Et sur le post-chir, enfin ce qui se passe après, est-ce qu'il y a des craintes, des risques, des choses que...?
M2 : Si c'est une intervention chirurgicale sous
- 150 anesthésie générale ça rentre dans n'importe quel...
E : Et pour le long terme ?
M2 : Alors, pour le long terme, après, par exemple la patiente que je suis, je sais qu'elle est supplémentée en vitamine B12, voilà, voilà... voilà, euh... voilà (*rires*) et
- 155 à la limite pour le by-pass je comprends pourquoi (*rires*)
E : D'accord.
M2 : Euh, voilà.
E : D'accord, est-ce qu'il y a un suivi...? Enfin, c'est vous qui effectuez le suivi ou... ?
- 160 M2 : Alors, en termes de renouvellement pour sa

- vitamine je le fais, euh c'est vrai qu'elle a été sur Paris, parfois je suis un petit peu gênée, j'aurais aimé que le suivi du chirurgien soit lui-même un petit peu plus fréquent, tout du moins, au moins deux fois dans
- 165 l'année, a priori pour l'instant je sais qu'elle ne l'a pas revu et qu'il ne lui a pas demandé de revenir la revoir régulièrement ou quoi que ce soit...
- E : C'est-à-dire elle le revoit tous les...?
- 170 M2 : En fait il... enfin, il faudrait que je retrouve, euh... je n'ai pas ouvert mon dossier mais euh... je crois qu'elle ne l'a pas vu depuis plus d'un an par exemple.
- E : D'accord, oui, donc vous avez l'impression que ça manque de suivi quand même ?
- 175 M2 : Moi, en ce qui me concerne, là, pour ce cas-là, j'ai l'impression que c'est un peu léger quoi, parce que ce que j'aimerais savoir moi ...c'est vrai que, par exemple, particulièrement cette patiente, elle est maintenant en dessous des 100 kg, je ne connais pas la durée de vie, est-ce qu'on propose de l'enlever au bout d'un certain
- 180 temps? Au bout de combien de temps, quand le poids est stabilisé, ou est-ce qu'on peut le garder pendant des années? Après tout en supplémentant en vitamine c'est peut-être pas forcément une bonne chose... euh voilà, et quelle est la chirurgie réparatrice? Comment ça se
- 185 passe? ça je ne sais pas.
- E : Et vous, vous ne recevez pas de compte-rendu du chirurgien ?
- M2 : J'ai reçu un compte-rendu une première fois, mais donc là maintenant ça fait 4 ans que je la vois, depuis
- 190 pas de nouvelle.
- E : Et lui, il ne vous dit pas s'il y a un suivi particulier à avoir?
- M2 : Et bien il m'avait bien spécifié l'histoire des vitamines.
- 195 E : Mais il n'y a pas des prises de sang, des choses particulières, des examens...?
- M2 : Non, non, j'ai pas... non, non, je vais regarder le dossier si vous voulez comme ça je vais être beaucoup plus concrète et euh... je peux même aller chercher si
- 200 vous voulez couper, je peux aller chercher le dossier parce que je devrais retrouver la lettre, j'ai dû la garder, je devais la voir d'ailleurs hier et elle n'est pas venue et je pense que c'est la neige. Mais là depuis... j'dirais, aller, 2 ans, c'est un peu le calme plat en termes de
- 205 suivi, d'un autre côté c'est pas quelqu'un non plus que je vois très souvent et qui a priori gère bien son truc, quoi.
- E : Vous avez l'impression qu'elle fait ça sérieusement ?
- M2 : Oui, oui, tout à fait, alors c'est (*cherche le dossier*)... tiens j'ai pas de dossier pour elle, peut être qu'avec le nom de jeune fille (*cherche de nouveau*) il me faudrait le nom de jeune fille, je pourrai aller regarder après dans le document papier.
- E : D'accord, euh donc là, je voudrais aussi savoir
- 215 qu'est-ce qui vous bloque, vous, à parler de ça avec les patients?
- M2 : Là pour l'instant, je trouve que, moi personnellement, la situation ne s'est pas présentée.
- E : Donc c'est qu'il n'y a pas de...
- 220 M2 : J'en ai reparlé avec la personne à qui... du coup n'avait pas très bien compris le message qui avait été fait par l'endocrinologue, donc je l'ai un peu, j'ai un peu... enfin tout du moins supplémenté les informations,
- et c'est d'elle-même qu'elle a dit, « non, si c'est ça je
- 225 ne le fait pas » quoi.
- E : D'accord.
- M2 : Voilà.
- E : Elle manquait d'information sur...
- 230 M2 : Elle n'avait pas compris, elle n'avait pas compris ce que c'était, mais bon je pense que ça tient à son niveau intellectuel qui bon voilà, ça part de bonnes intentions mais c'était... mais bon, je pense qu'il fallait une redite, une ré-explication.
- E : Si vous vous aviez vraiment l'intention d'en parler à
- 235 un patient qui souhaiterait avoir des informations ou aller un peu plus loin, est-ce que vous savez à qui adresser?
- M2 : Ben là du coup, maintenant je suis contente de savoir qu'il y a un chirurgien qui le fait sur le secteur,
- 240 parce que quand même c'est plus facile de diriger quelqu'un quand il y a quelqu'un localement que quand vous l'envoyez sur Paris ou...
- E : Donc oui, vous l'adresseriez à ce chirurgien, puis euh...?
- 245 M2 : Bien éventuellement je l'adresserais à ce chirurgien hein, c'est vrai que je l'adresserais quand même pour des obésités importantes, et pour lesquelles, comme je le pensais, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, euh... à mon avis, il faut d'abord avoir fait les
- 250 autres méthodes classiques pour en arriver là, donc là où on sent qu'on est dans le dernier recours.
- E : OK euh donc, alors ça on en a parlé un peu du suivi post-chirurgical de vos patients... donc la question c'est, vous, vous avez l'impression qu'il y a un espèce de
- 255 manque de suivi derrière? Après...
- M2 : Ben... c'était peut-être parce que avant on n'avait pas un chirurgien localement, je crois que ça doit être assez récent quand même qu'il fait, qu'il fait ça, euh du coup c'est vrai ici on est confronté quand même aux
- 260 kilomètres et donc quand les gens sont opérés dans un secteur géographique autre que local c'est tout de suite, c'est de toute façon pour toute chose (*rires*) c'est toujours plus compliqué parce que d'abord les infos, enfin les relations sont plus anonymes et euh, et puis
- 265 même les patients, euh... sont moins à même de se déplacer en cas de problème ou de chose particulière.
- E : Et euh... est-ce que vous avez l'impression que dans le futur, en tant que médecin généraliste, vous allez avoir un rôle à jouer dans cette prise en charge de
- 270 l'obésité ?...
- M2 : Ben sûrement, oui parce que quand même... je ne sais pas.
- E : ...Notamment par le moyen chirurgical?
- M2 : Je ne sais pas depuis quand ça se fait cette
- 275 méthode-là...?
- E : C'est tout récent je crois que ça fait 2-3 ans, pas plus.
- M2 : C'est ça, donc forcément les indications vont être, à mon avis, plus souvent portées et que du coup...
- 280 E : Et puis avec l'augmentation de l'obésité aussi.
- M2 : Voilà, c'est ça tout à fait, je crois que oui, sachant que ça existe, moi j'ai trouvé que les deux, enfin la personne, « LA » personne, c'est un peu juste quand même comme recul (*rires*) mais... ça a super bien
- 285 marché, elle faisait quand même 160 kg hein, et d'ailleurs il va falloir qu'il y ait de la chirurgie

réparatrice maintenant dans un deuxième temps.

E : Donc voilà vous avez vraiment l'impression que...

M2 : oui, oui.

290 E : Qu'il faut un suivi vraiment...

M2 : Oui, parce que là elle a besoin du coup, bon c'est dommage que je ne l'aie pas vu hier parce que je pense qu'on en aurait parlé parce qu'on en parle assez régulièrement quand je la vois, même pour d'autres motifs...

295 M2 : Oui, mais euh, je ne sais pas jusqu'à quel... , elle est petite donc c'est vrai que si elle faisait 70 kg ça serait à mon avis bien, mais bon je ne pense pas qu'elle puisse aller en dessous quand même hein, elle n'est pas très grande elle doit faire un mètre soixante, quelque chose

315

ENTRETIEN DOCTEUR M3

E : Alors la première question c'était de savoir si au cours de votre activité de médecin généraliste vous aviez déjà rencontré des patients qui avaient subis des opérations de ce type ou si vous avez déjà eu l'occasion

5 d'en parler avec vos patients ?

M3 : Oui, j'ai plusieurs patients qui ont été opérés déjà

E : d'accord, donc vous avez combien de patients à peu près ?

M3 : euh... je pense que je dois en avoir quatre.

10 E : quatre patients opérés ?

M3 : Oui.

E : D'accord. Que vous avez vous-même envoyé, euh... chez un chirurgien ?

M3 : Alors pour... euh... une oui, et les trois autres non, les autres en fait euh...

15 E : Vous les avez repris ensuite ?

M3 : Voilà, enfin ils sont venus me voir, mais ils avaient déjà pris la décision eux-mêmes de faire ça.

20 E : D'accord, donc ils sont venus vous voir pour que vous les adressiez ?

M3 : Voilà, voilà.

E : D'accord, mais il n'y a pas eu de patient que vous avez repris en charge à la suite d'un confrère, qui avait déjà été opéré ?

25 M3 : Euh... non.

E : Non, donc c'est vraiment des patients que vous avez connus avant qu'ils soient opérés ?

M3 : Oui

30 E : D'accord, euh... et vous-même est-ce que vous avez des patients qui avaient des besoins d'information, qui sont déjà venus vous demander ? même s'ils n'ont pas été opérés, est-ce qu'il y a déjà eu des... ?

M3 : Euh... alors des besoins d'informations précises non, parce que je ne suis pas très..., je ne me sens pas tout à fait apte à leur donner des informations précises, mais qui m'ont demandé conseil éventuellement oui, ça oui.

35 E : Oui, vous en avez déjà parlé avec des patients ?

M3 : Oui

40 E : d'accord, et en ce qui concerne, vous parliez de vos connaissances là, est-ce que vous avez l'impression que vous avez une petite lacune en ce qui concerne les informations que vous pourriez apporter aux patients ?

45 M3 : C'est-à-dire que je connais globalement, oui..., non, je ne connais pas bien le détail des techniques, quoi.

E : Voilà, vous avez, est-ce que vous avez l'impression

300 comme ça, euh... une fois qu'elle sera stabilisée moi je ne sais pas quel est le recul que l'on se donne une fois que les gens ont atteint leur poids de stabilité, est-ce qu'il faut attendre un peu ? Sûrement. Tout ça, moi je ne connais pas la durée de vie, combien de temps...

305 E : oui, oui tout à fait, justement le but c'est pas de juger aussi, mais de savoir.

M2 : Oui oui, non non, voilà, moi si je la voyais et qu'on en reparlait, je serai tentée de lui dire, il faut que vous repreniez contact et puis...surtout qu'elle à l'air

310 d'avoir confiance en son chirurgien qui c'est vrai, au demeurant, l'a bien aidée (*rires*) sans trop d'ennui, donc euh.

que vous auriez besoin d'en connaître plus ou est-ce que ce que vous connaissez vous suffit pour votre pratique

50 quotidienne ?

M3 : Ce que je connais, je m'en débrouille (*rires*), bon maintenant ça serait sûrement intéressant d'en savoir un peu plus,... oui je ne peux pas dire..., j'ai pas une grande connaissance des techniques, quoi...

55 E : D'accord. Et il y a des recommandations HAS qui sont sorties cette année, est-ce que vous en avez entendu parler ou ... ?

M3 : Non.

E : Non, d'accord, et euh... Les informations que vous avez recueillies jusqu'à présent, parce que bon c'est quand même une chirurgie assez récente, je pense qu'on en parlait peut-être pas quand vous avez fait vos études, ces informations vous les avez recueillies par quel biais de... ?

60 M3 : Par euh,... la presse, euh... essentiellement par la presse en fait.

E : D'accord, euh... et en ce qui concerne les indications de ce type de chirurgie, vous connaissez quoi ? Qu'est-ce que... euh... pour vous ça s'indique pour quel type de patient ?

70 M3 : Pour les obésités morbides euh... résistantes à l'équilibre alimentaire et à une augmentation de l'activité physique.

E : C'était le cas de vos patients qui ont été opérés ?

75 M3 : Pas tous, c'était le cas d'une de mes patientes que j'ai adressée.

E : Qui avait un IMC... ?

M3 : Qui avait un IMC... alors je ne sais plus le chiffre précis mais qui était dans l'obésité morbide. Euh... voilà, et un autre aussi qui était en obésité morbide mais qui avait pris lui-même la décision parce que son père a été opéré, son frère a été opéré donc...

E : D'accord

80 M3 : ... c'est comme ça qu'il a pris la décision, une autre qui n'était pas dans une obésité morbide et qui à mon avis n'avait pas un bon équilibre alimentaire, elle avait plutôt une vie sédentaire et je pense qu'il aurait eu sûrement un moyen de faire autrement.

85 E : Vous pensez que c'était une mauvaise indication, là ?

90 M3 : Oui, et d'ailleurs elle n'a pas perdu tant que ça donc voilà. Et une autre qui euh... elle aussi avait pris la décision qui était obèse, mais pas obèse morbide non plus.

- 95 E : Sans co-morbidité particulière ?
M3 : Non, non plus, ni l'une ni l'autre, et qui a perdu... mais qui a beaucoup de mal, qui se bat un petit peu avec son poids.
E : C'est des gens qui ont dans quelle tranche d'âge à peu près ?
- 100 M3 : Alors, plutôt jeune, enfin jeune...? je dirais la plus jeune à moins de 40 ans, moins de 35 ans je pense, euh...la plus âgée a... 50 ans.
E : d'accord,
- 105 M3 : Un peu plus de 50 ans,
E : Oui, c'est dans une tranche d'âge relativement jeune ?
M3 : Oui.
E : D'accord. Est-ce que vous pensez que ce type de chirurgie apporte vraiment quelque chose dans le traitement de l'obésité, est-ce qu'il y a des craintes, qu'est-ce que vous en pensez de cette chirurgie-là qui arrive ?
- 110 M3 : De ce que j'ai lu, oui il y a des pertes de poids, par contre en terme de diminution de la morbi-mortalité ça n'a pas l'air d'être très convainquant.
E : D'accord.
M3 : Voilà donc euh... bon, voilà c'est pour ça que je ne le propose pas systématiquement et...voilà.
- 120 E : Vous trouvez qu'on n'a pas encore assez de recul sur, euh...?
M3 : oui, je pense que...
E : ...sur l'efficacité à long terme?
M3 : Oui, c'est ce que j'ai lu en tout cas.
- 125 E : D'accord, et est-ce qu'il y a..., là vos patients qui ont été opérés sont suivis par des équipes pluridisciplinaires ou par un chirurgien seul ? Comment ça se passe ?
M3 : bah alors en fait, pour 3 d'entre eux, ils ont été opérés par le chirurgien de la clinique Saint-François qui a été mis en cause dernièrement...
- 130 E : Ouais
M3 : donc euh... ils ont été suivis essentiellement par lui, et pour le 4^e il a été opéré sur Dreux, et là je ne sais pas trop en fait, il a été opéré il n'y a pas très très longtemps donc... je n'ai pas trop de nouvelle.
E : Ils sont revus régulièrement par ces équipes, par ces chirurgiens ou pas ?
M3 : Alors les 3 ont été revus par le chirurgien, il y avait aussi une consultation, je crois, avec un diététicien.
- 140 E : D'accord, donc il y a quand même un suivi derrière ?
M3 : Oui.
- 145 E : Qui vous semble suffisant ?
M3 : euh... pas forcément.
E : Vous avez l'impression que ça..., qu'ils sont un peu laissés...?
M3 : Ouais.
- 150 E : D'accord, et du coup, vous, face à ces patients qui sont un peu livrés à eux-mêmes, vous avez l'impression d'avoir une part à jouer ? d'avoir quelque chose à faire?
M3 : Non, car ils n'ont pas l'air très demandeurs, donc ils ont l'air de s'en débrouiller malgré tout, mais c'est que je ne suis pas sûr que le suivi soit optimal.
E : D'accord. Vous de votre côté, est-ce qu'il y a un suivi particulier qui vous a été demandé, il y a des prises de sang que vous leur faites faire ?
M3 : Non.
- 160 E : D'accord, et ils sont supplémentés en vitamine vos patients ? Ils ont des traitements par rapport à ça ?
M3 : Oui, pour les trois, enfin oui les trois que j'ai en tête, ils ont été supplémentés en vitamine au départ mais compte tenu que ce n'est pas remboursé et que l'intérêt et là aussi discuté, ils n'ont pas poursuivi.
- 165 E : Donc il n'y en a aucun qui, finalement ils ont été opérés et il n'y a pas de traitement particulier en rapport avec ça ni de suivi ?
M3 : Non, non.
- 170 E : D'accord. Et donc vous me parliez tout à l'heure des pertes de poids, est-ce que ça a été notable ?
M3 : Oui, ça a été notable pour euh, ça a été notable pour euh... deux des trois, le quatrième j'en parle moins parce qu'il a été opéré il n'y a pas longtemps.
- 175 E : Il n'y a pas encore de recul ?
M3 : Voilà.
E : D'accord.
M3 : pour deux des trois, ils ont perdu quand même 40 kg, ce qui est quand même pas... pas négligeable.
- 180 E : D'accord
M3 : Pour un poids de départ qui était à peu près entre 120 et 130 kg, et la troisième, elle a perdu aussi, mais elle a repris du poids et là ça a l'air de se stabiliser mais... je n'ai plus les chiffres précis en tête, mais je dirais qu'elle a perdu entre 20 et 30 kg.
- 185 E : D'accord, donc plutôt quelque chose d'assez efficace, en tout cas sur le point de vue du poids, quoi? D'accord. Et donc aucun n'avait des co-morbidités : d'hypertension, de diabète ou des choses comme ça ?
- 190 M3 : Non
E : D'accord, est-ce que... donc vous, vous n'aborder pas forcément le sujet avec des patients obèses euh...?
M3 : Non.
E : Pas de prime abord, vous attendez qu'on vous en parle en fait ?
- 195 M3 : Oui, euh...et puis je trouve que c'est une indication qui est quand même de seconde ligne...
E : Ouais,
M3 : ...la première ligne avant toute chose, quand même, s'est d'essayer de rétablir, de mettre déjà un minimum en activité physique, d'essayer de veiller à leur équilibre alimentaire, je pense que ça c'est quand même la chose primordiale, donc, en cas d'échec dans ce cas-là, éventuellement, mais compte tenu du fait qu'on a pas forcément une diminution de la morbi-mortalité derrière, et si les gens ne sont pas spécialement demandeurs, je suis pas sûr...
- 200 E : Donc personnellement, vous n'êtes pas forcément convaincu que ce soit la meilleure solution d'opérer les gens ?
M3 : Non.
- 210 E : D'accord, OK et euh... pour ce qui concerne donc vous, votre prise en charge de l'obésité donc c'est vous-même qui suivez les patients, quand vous essayez de leur faire perdre...?
M3 : J'essaye de me faire aider, parce que je trouve que c'est lourd.
E : Ouais ? Vous trouvez ça difficile ?

- 220 M3 : Oui, plus on est nombreux mieux c'est, donc... j'essaie à la fois, effectivement, de leur donner des conseils mais, en même temps, souvent, j'adresse chez le diététicien.
E : Et vous arrivez... vous arrivez à avoir des résultats quand même positifs chez ces patients-là ?
- 225 M3 : Parfois, pas toujours.
E : D'accord
M3 : Là, un petit plus dernièrement, parce que j'ai moi-même perdu du poids et je sens que mes patients sont sensibles à ça...
- 230 E : Ils sont sensibles à ça ?
M3 : ...très curieusement en fait les gens...
E : Ils essayent de...
M3 : Voilà. (*rires*)
E : Parce que c'est vrai que souvent les médecins sont mis en échec, enfin, face à l'obésité parce qu'on a l'impression de ne pas s'en sortir, les patients obèses finalement restent obèses. C'est vrai que si vous avez des résultats positifs, c'est quand même bien...
- 235 M3 : euh c'est pas, c'est pas toujours facile et euh... il y a quand même beaucoup d'échec, il y a beaucoup de gens chez qui c'est difficile, c'est aussi tout un changement et ça c'est...
E : Et vous avez l'impression que ces patients-là, qui n'arrivent pas, déjà à la base, à changer leurs habitudes alimentaires et leurs activités physiques, la chirurgie serait déjà pas forcément indiquée parce qu'ils ont déjà des problèmes en amont ?
- 240 M3 : Oui, en tout cas c'est le sentiment que j'ai.
E : Parce qu'il y a d'autres problèmes plus profonds ?
- 245 M3 : Oui, je pense qu'il faut, je pense que la chirurgie ne résout pas tout et que... ça peut être une aide mais que malgré tout il faut, il faut... il faut modifier son mode de vie, quoi.
E : D'accord, donc vous les trois patients qui étaient venus vous voir pour se faire opérer ils avaient pris les décisions avant ?
- 250 M3 : Pour deux d'entre eux, pour le troisième non, la troisième en fait c'est moi qui lui est proposé.
E : D'accord, OK. Spontanément parce que vous la sentiez prête ou ?
- 255 M3 : Oui, je la sentais prête, je sentais qu'elle faisait...En fait, c'est une patiente qui venait me voir depuis plusieurs mois pour des douleurs des épaules et rachidiennes, c'est une femme qui euh... qui fait du ménage et donc à l'évidence elle avait déjà des lésions dégénératives, alors qu'elle a 40 ans, alors je lui ai dit que ça serait bien qu'elle perde du poids, je sentais qu'elle faisait, enfin à mon sens, j'ai le sentiment qu'elle faisait ce qui fallait pour, et donc voilà, c'est pour ça que je lui ai proposé et le résultat a été très concluant.
- 260 E : D'accord et quand c'est comme ça, à qui adressez-vous les patients en fait ?
M3 : Alors pfff... jusqu'ici je les adressais au seul chirurgien que je connaissais qui le faisait...
- 265 E : Sur Chartres ?
M3 : ...sur Chartres voilà, donc maintenant, depuis le cas ne s'est pas reposé.
E : Donc vous n'avez jamais vraiment eu de difficultés à adresser le patient, vous saviez exactement comment faire en fait, déjà à la base ?
- 270 M3 : Oui, enfin, je connaissais le chirurgien qui le faisait donc...
E : Vous adressiez aussi au chirurgien quand c'est comme ça ?
- 275 M3 : Oui
E : D'accord, vous savez s'ils étaient vu par des équipes pluridisciplinaires ou c'était ... ?
M3 : Oui, il y avait tout un bilan médical de fait auparavant, enfin au préalable, il y avait une consultation cardio, une consultation psy, une consultation endocrino,...
- 280 E : D'accord
M3 : euh... oui avec quand même un délai de réflexion, une explication de la méthode, enfin les gens ne partaient pas à l'inconnu, quoi.
- 285 E : D'accord, donc vous aviez l'impression qu'il y avait quand même une bonne prise en charge ?
M3 : Une prise en charge pré-opératoire, oui.
E : Vous avez jamais entendu parlé de patients récusés, justement, pour des indications qui n'étaient pas bonnes, ou des patients qui étaient, sur le plan psychologique, un peu trop instables, ou des choses comme ça ?
- 290 M3 : Non, enfin parmi mes patients je n'en ai pas eu.
E : D'accord, et en ce qui concerne le suivi post-chirurgical, c'est-à-dire dans vraiment les années, est-ce que vous avez une notion particulière de choses à rechercher, d'examen à pratiquer ?
- 295 M3 : Pas trop, non.
E : D'accord, et donc là, chez vos patients qui sont opérés, le suivi de la chirurgie il n'est pas vraiment assuré finalement ?
M3 : Oui, enfin là, en l'occurrence, le chirurgien n'est plus là donc ça a été un petit peu difficile, mais oui, j'avais un peu le sentiment qu'effectivement c'était un peu...un peu léger, oui.
- 300 E : D'accord, donc en fait, finalement, ils sont opérés et puis vous les...vous les récupérez ?
M3 : Ils sont un petit peu dans la nature.
- 305 E : Voilà donc ça c'est quelque chose qui vous fait un peu peur aussi ?
M3 : Peur je ne sais pas, je sais pas s'il faut avoir peur mais euh... je ne suis pas sûr qu'effectivement, enfin... peut-être qu'il n'y a pas lieu remarquez, peut-être qu'une fois qu'ils sont opérés il n'y a plus besoin de les voir non plus, donc euh...
- 310 E : D'accord
M3 : Voilà, en tout cas les gens ne sont pas spécialement demandeurs donc...
- 315 E : D'accord, est-ce que dans le futur vous avez l'impression qu'en tant que médecin traitant vous allez avoir une place à jouer dans, justement, les indications de la chirurgie de l'obésité ? Est-ce que vous avez l'impression qu'avec l'augmentation de l'obésité, les indications de cette chirurgie vont s'accroître ?
M3 : Je ne suis pas certain, non non, dans ce que j'ai lu en fait, je ne suis pas certain que ce soit la solution miracle en fait. Je pense que je vais avoir de plus en plus un rôle à jouer dans la prise en charge de l'obésité, car il y a de plus en plus de gens obèses mais la prise en charge à mon avis avant toute chose elle est, quand même avant tout, alimentaire et centrée sur l'activité

- physique .
E : D'accord
- 345 M3 : Pour le coup, il y a un domaine qui, à mon avis, n'est pas assez exploité c'est de remettre les gens en activité physique et de faire un plan adapté à leur...
E : Vous avez l'impression que ça, ça manque ?
M3 : Oui énormément, oui ça c'est énorme.
- 350 E : Même chez les patients qui ont pu être opérés on leur donne pas forcément ces conseils là de... ?
M3 : Non globalement, et puis il n'y a pas trop de lieu en fait. C'est-à-dire que les gens on leur dit, bah... remettez vous à l'activité physique mais on ne leur dit pas forcément quel type d'exercice faire, en fonction de s'ils sont diabétiques, s'ils ont des problèmes articulaires, s'ils sont asthmatiques... et ça là, il y a un gros manque, je trouve.
E : D'accord.
- 360 M3 : Parce que là il faudrait en fait des éducateurs médicaux physiques.
E : Adaptés pour ce type de patient ?
M3 : Oui, Oui, ça c'est, je pense que ça c'est...
E : Vous voyez vous plus l'avenir s'ouvrir sur ce genre de chose-là en fait ?
M3 : Oui, tout à fait.
E : Et donc pour vous la chirurgie c'est quelque chose vraiment d'à part qui... ?
M3 : Oui, qui à mon avis... enfin, peut-être qu'elle fera ses preuves, mais pour l'instant je trouve enfin ça reste de la seconde ligne.
- 370 E : Vous n'êtes pas encore convaincu par l'efficacité à long terme de ce type de chirurgie ?
M3 : Non, tout à fait.
- 375 E : D'accord, et est-ce qu'à long terme vous avez l'impression qu'il y a des risques pour les patients par rapport à ces chirurgies qui sont... ?
M3 : Probablement, puisqu'on modifie quand même le transit, donc on peut imaginer qu'on peut effectivement créer des malabsorptions, enfin je pense que si on supplémente les gens c'est pas par hasard, donc oui c'est à mon avis pas dénué d'effets secondaires...
E : D'accord.
M3 : ...de ce que j'ai lu aussi, il y a quand même un certain nombre de suicide aussi derrière ces chirurgies, ce qui est quand même pas anodin.
- 385 E : La part psychologique ne serait peut-être pas assez prise en compte ?
M3 : Peut-être oui.
- 390 E : D'accord, donc vous restez encore assez distant par rapport à ça ?
M3 : Oui.
E : Vous essayez de voir un petit peu ce que l'avenir va... ?
- 395 M3 : Oui tout à fait, je reste encore un peu observateur.
E : D'accord, ça ne vous a pas empêché quand même d'adresser un patient ?
M3 : Tout à fait.
E : Parce que vous avez l'impression que c'est vraiment quand on arrive en bout de ligne et qu'il n'y a plus d'autre... ?
M3 : oui et puis euh... oui ça peut être, c'est une
- solution mais de seconde ligne, voilà.
E : Vraiment presque de dernier recours finalement ?
- 405 M3 : euh... je ne sais pas si on peut dire ça mais... faut-il encore que les gens soient aussi demandeurs, enfin demandeurs... si on leur propose, il faut aussi qu'ils sachent un petit peu où ils vont et ce qu'on peut en attendre.
- 410 E : Est-ce que vous avez l'impression que les patients ont conscience de tout ce que ça implique quand ils décident de se faire opérer ?
M3 : Je pense que oui, quand même, enfin je pense qu'il y a une information qui est bien faite au préalable.
- 415 E : Qui est suffisante ?
M3 : Suffisante, je ne sais pas, mais je pense qu'ils savent un petit peu où ils vont.
E : D'accord.
M3 : Ceci étant, je pense qu'ils en attendent aussi un petit peu un miracle, faut se méfier un petit peu de ça.
E : Il faut aussi temporiser un petit peu ?
M3 : Oui, parce qu'ils ont un petit peu tendance à fermer les yeux sur les éventuelles complications, je pense.
- 425 E : Donc ils prennent un peu ce qui les intéresse et... ?
M3 : Oui, je pense que oui.
E : OK, est-ce que sur le sujet vous aviez d'autres choses spécifiques à dire, des opinions, des...c'est libre hein, s'il y a des choses ... ?
- 430 M3 : oui euh... non, je crois qu'on a fait le tour. (silence) Non, peut-être la seule chose c'est que... si oui, peut-être, quand même, qu'il faudrait une information plus précise ciblée sur les généralistes quand même, parce que je trouve qu'on n'est pas trop trop informé, enfin j'en ai déjà discuté avec d'autres confrères et effectivement, je pense que les médecins généralistes ne connaissent pas très bien...
E : C'est juste des petites brides par si par là et puis pas de vraie information concrète ?
- 440 M3 : Oui ça mériterait peut être effectivement de faire une information sous quelle forme j'en sais rien.
E : Parce que la HAS a publié au mois d'avril des recommandations, mais assez précises plus destinées aux chirurgiens, où quand même la part du médecin généraliste était bien évoquée, et donc là ils ont publié mais c'est tout récent, hein, ça date d'octobre ou novembre, des recommandations destinées aux médecins généralistes, justement, avec vraiment quelque chose de très, euh... pas du tout précis, enfin, le but ce n'est pas non plus d'expliquer aux patients la chirurgie mais de plus savoir quelles informations apportées, je pense qu'ils essaient en effet de palier à ces lacunes-là parce que ce sont des choses qu'on n'a même pas dans les livres encore forcément, dans les livres qu'on a dans nos tiroirs. D'accord, donc voilà.
M3 : C'est bon ?
E : Ouais, c'est gentil d'être venu en tout cas
M3 : non bah, je vous en prie.
- 460 E : J'ai eu pas mal d'information, vous êtes bien bavard, donc...
M3 : (rires)

- E : Pour quelle maladie vos patients obèses vous consultent en général ?
- M4 : Alors... bah il y a les malades... Tout ce qui est ostéo-articulaire, il y a parfois pour l'obésité elle-même
- 5 en tant que telle, il y a toutes les maladies métaboliques aussi donc, il y a euh... le diabète euh... la dyslipidémie euh... enfin ça ce ne sont pas des maladie mais...
- E : Ouais, mais ils consultent pour ça, c'est des motifs...
- M4 : Des motifs de consultation, euh... voilà bon il y
- 10 a...enfin c'est très large finalement parce que c'est des gens très très polypathologiques.
- E : D'accord.
- M4 : Il y a les problèmes respiratoires, les problèmes cardio, euh... j'ai l'impression que ça concerne un peu
- 15 tout... (rires) tout le panel. Enfin, ce qui m'est venu en premier quand même, effectivement, c'est l'ostéo-articulaire.
- E : L'ostéo-articulaire, ils consultent beaucoup pour ça les patients obèses ?
- 20 M4 : Ouais, parce qu'en fait, ils ne vont pas consulter en disant « je viens vous voir parce que j'ai du diabète ».
- E : Oui.
- M4 : Après c'est moi qui le cherche le diabète, mais le motif de consultation c'est souvent des trucs comme ça.
- 25 E : D'accord.
- M4 : C'est ça que je veux dire.
- E : OK. En ce qui concerne l'aide à la perte de poids, est-ce que vous vous sentez bien préparé, vous ?
- M4 : Non.
- 30 E : Pas du tout.
- M4 : Enfin, pas pas du tout, mais moyennement on va dire.
- E : D'accord. Et c'est.. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez le plus par rapport à ça ?
- 35 M4 : Bah...c'est l'éducationnel, c'est très...je trouve ça très dur, quoi.
- E : D'accord.
- M4 : Et puis le temps, le temps qui manque aussi.
- E : Le temps de consultation ?
- 40 M4 : Ouais, enfin moi je prends 3 patients par heure...un patient obèse, de toute façon au départ, ça prend forcément du temps, parce qu'il y a pleins de choses à voir, et quand il faut en plus rajouter du temps de conseil et d'éducation, je trouve ça...je trouve ça dur.
- 45 E : C'est dur d'accord. Vous préconisez quoi généralement comme traitement pour la perte de poids ? Comme prise en charge ?
- M4 : Bah...comme prise en charge ? Parce que comme traitement médicamenteux moi je préconise rien du tout,
- 50 hein.
- E : Comme prise en charge oui.
- M4 : J'essaie beaucoup d'envoyer les gens chez les diététiciennes parce que je trouve qu'elles prennent plus le temps, enfin elles ont plus de temps, enfin il faut que
- 55 les gens puissent parce que c'est pas...c'est pas toujours remboursé sauf dans le cadre de certains réseaux.
- E : Oui, au niveau financier voilà.
- M4 : J'envoie beaucoup mes obèses diabétiques à la Maison Du Diabète aussi à Chartres parce qu'ils ont pas
- 60 mal de conseils intéressants aussi.
- E : D'accord. Est-ce que vous connaissez le plan national nutrition-santé ?
- M4 : Oui, j'en ai entendu parler.
- E : Il y a pas mal d'affiches dans votre salle d'attente
- 65 (rires) bon d'accord. Euh...qu'est-ce que... concernant la chirurgie de l'obésité, donc c'est la chirurgie bariatrique...
- M4 : Oui.
- E : Qu'est-ce que vous pensez de votre niveau de
- 70 connaissance et d'information sur cette chirurgie ?
- M4 : Euh... je crois avoir quelques repères, euh... sur le euh... l'IMC à partir duquel c'est...ça apporte un bénéfice, et encore je ne suis pas tout à fait sûr de la valeur de l'IMC en question (rire de E) enfin quand j'ai besoin de
- 75 rechercher, je recherche mes informations.
- E : Oui.
- M4 : S'il fallait que je vous le dise comme ça...il faut peut-être que je vous le dise d'ailleurs (rires).
- E : Ça viendra tout à l'heure oui. Quels sont les moyens
- 80 d'informations dont vous avez disposé ou que vous disposez, là vous me dites que vous regardez sur l'ordinateur, vous allez sur quel genre de site quand c'est comme ça ?
- M4 : Alors, on fait des...Moi je fais partie de groupes de
- 85 pairs, donc c'est des sujets qu'on aborde régulièrement...
- E : D'accord.
- M4 : Donc on fait des recherches entre nous euh... est-ce que j'ai un site particulier ? Non, moi je suis très Prescrire donc...
- 90 E : D'accord.
- M4 : Ma grosse référence c'est Prescrire et puis le BM (Bulletin Médical) aussi, le site de la revue Minerva aussi qui est intéressant.
- E : Est-ce qu'il y a eu des articles dans certains...
- 95 M4 : Dans Minerva il y a eu des choses là-dessus.
- E : Sur ça. D'accord. OK. Vous connaissez les recommandations HAS sur le sujet, enfin vous en avez entendu parler ou pas du tout ?
- M4 : J'en ai entendu parler mais, enfin...je ne saurais pas
- 100 vous les citer comme ça.
- E : D'accord. Vous les avez lues ou non ? Ou vous en avez juste entendu parler ?
- M4 : Lu oui, j'ai du les lire.
- E : Elles sont sorties l'année dernière, il y en a eu deux,
- 105 une destinée aux médecins tout venant, et une deuxième en fin d'année pour les médecins généralistes.
- M4 : Autant dire que je ne les connais pas bien.
- E : D'accord. Non mais il n'y a pas de souci bien sûr. Est-ce que vous vous seriez demandeur de plus
- 110 d'information sur le sujet, ou là vous vous en sortez avec les informations que vous avez ?
- M4 : Bah, il me semble que je euh... il me semble que l'information principale pour moi c'est à partir de quel...enfin c'est ça, ce que je disais tout à l'heure...
- 115 E : A quels patients ça s'adresse.
- M4 : A quels patients ça s'adresse, après...parce que...on a de temps en temps des patients qui nous disent « j'aimerais bien me faire opérer » mais bon pour leur répondre il faut savoir...il faut les peser, les mesurer, leur
- 120 calculer leur IMC et leur dire...Bon alors après, il y a que des cas particuliers hein, mais voilà je trouve que c'est important d'avoir ce repère-là, après avoir plus de détails

- ? Euh...(sourir).
- E : Sur les techniques en elles-mêmes ou les choses
- 125 comme ça ?
- M4 : Sur les techniques en elles-mêmes qu'est-ce que ça pourrait m'apporter ? Euh... si là si peut-être que je manque d'information là-dessus pour pouvoir expliquer aux gens les conséquences pour eux en pratique de ces
- 130 chirurgies-là.
- E : D'accord. Est-ce qu'au cours de votre activité là de médecin généraliste vous avez été confronté à ça, à la chirurgie de l'obésité, soit par des patients qui vous ont demandé, soit par des patients que vous avez qui ont déjà
- 135 été opérés ?
- M4 : Alors qui m'ont demandé oui, des patients qui ont été opérés ? Je ne suis pas sûr d'en avoir eu, enfin pas récemment en tout cas.
- E : Vous le sauriez enfin...
- 140 M4 : Oui, oui je m'en rappellerais.
- E : Alors vous avez...vous ne suivez aucun patient qui a été opéré?
- M4 : Qui a été opéré récemment non.
- E : D'accord.
- 145 M4 : J'ai eu des patients mais ça commence à dater quoi, c'était pas encore...
- E : A l'époque des anneaux peut-être ?
- M4 : Voilà.
- E : Et en ce qui concerne les demandes c'est assez
- 150 fréquent vous diriez je ne sais pas sur l'année ou sur le mois ?
- M4 : C'est pas si fréquent que ça je trouve, mais...je pense que les patients n'osent pas trop le demander non plus en fait, il me semble.
- 155 E : Ils n'osent pas le demander parce que vous êtes médecin généraliste ou ?
- M4 : Euh...je ne sais pas mais enfin j'ai l'impression qu'ils n'osent pas trop aborder ça non plus toujours.
- E : D'accord. Et est-ce que vous vous l'abordez
- 160 facilement ? Enfin est-ce que vous a vous est déjà arrivé de l'aborder pour des patients obèses...?
- M4 : Oui, oui ça m'est déjà arrivé de l'aborder lorsqu'on a un IMC supérieur à 30 par exemple.
- E : Quand vous avez l'impression qu'il n'y a pas d'autre
- 165 solution enfin que vous avez déjà fait le tour...
- M4 : Oui oui.
- E : D'accord. Donc là on parlait tout à l'heure des indications, donc pour vous c'est quoi les indications de la chirurgie de l'obésité, dont vous vous souvenez, enfin
- 170 ce que vous avez en tête?
- M4 : Bah euh... pour moi la principale indication, alors je vais peut-être dire une bêtise, mais c'est pas grave...
- E : Non c'est pas grave.
- M4 : C'est l'IMC supérieur à 30 mais peut être que je me
- 175 trompe, voilà vous me direz tout à l'heure ça m'intéresse (rires) ça va me rafraîchir la mémoire euh... voilà puis bon après, je pense qu'il y a certains cas particuliers d'obésité, des co-morbidités importantes dont on arrive pas à se tirer quoi.
- 180 E : D'accord. Et donc dans le traitement de l'obésité, la place de cette chirurgie vous en pensez quoi vous, en terme de bénéfiques, de risques, de craintes vous avez quelle opinion vous exactement sur cette chirurgie ?
- M4 : Euh... je trouve que, euh comment dire (*silence*),
- 185 c'est une solution pragmatique dans certains cas mais que ce n'est pas une solution idéale au point de vue de son principe quoi, notamment sur le plan psychologique je trouve que ça pose des tas de problèmes.
- E : D'accord. Par rapport à la perte de poids rapide ou par
- 190 rapport au fonctionnement, enfin au dysfonctionnement de l'organisme ?
- M4 : Voilà, et puis pour la personne elle-même c'est euh... une manière pour elle de ne pas prendre en charge son problème aussi et donc...
- 195 E : D'accord.
- M4 : Il y a quelque chose d'un petit peu...je ne sais pas comment exprimer ça.
- E : Palliatif.
- M4 : Ouais palliatif enfin ça déresponsabilise un peu la
- 200 personne.
- E : Ouais c'est ça, d'accord.
- M4 : Mais, je suis d'accord pour l'utiliser de temps en temps.
- E : Et est-ce que vous pensez que c'est une méthode
- 205 efficace, d'après vous, de ce que vous en avez entendu parlé ?
- M4 : Ben, il me semble que oui si on la limite aux indications.
- E : D'accord.
- 210 M4 : Enfin, je pense que c'est une méthode efficace voilà, après il y a toujours la question du rapport bénéfique/risque quoi.
- E : D'accord. Et pour vous les risques c'est euh... quelles sont les craintes que vous pouvez avoir par rapport à ça?
- 215 M4 : Bah il y a les complications euh... les complications euh... digestives enfin je ne connais pas très bien en fait hein...les complications digestives, les complications psychologiques aussi psychiatriques etc...
- E : D'accord. Est-ce que vous pensez que c'est le seul
- 220 moyen efficace et durable pour la perte de poids ?
- M4 : Non.
- E : Vous avez déjà...voilà vous avez déjà des expériences de patients qui ont perdu du poids efficacement et durablement sans passer par là.
- 225 M4 : Oui.
- E : D'accord.
- M4 : ça m'étonne mais... (*rires*).
- E : Et vous pourquoi est-ce que vous avez du mal à aborder ce sujet avec les patients, qu'est-ce que, c'est
- 230 quoi les plus grosses difficultés que vous pouvez rencontrer par rapport à ça ?
- M4 : Euh... bah les difficultés c'est quand on a affaire à un patient obèse qui veut pas parler de son obésité.
- E : Mmh, Déjà à la base on est bloqué.
- 235 M4 : Des gens qui ne veulent pas se peser...ça arrive hein.
- E : Oui oui.
- M4 : On ne va pas les mettre de force sur la balance.
- E : Oui, oui.
- 240 M4 : ça veut dire qu'ils ne sont pas encore...ils sont dans le déni, ils ne veulent pas en parler, enfin voilà, on va pas...c'est comme ça.
- E : Euh...et quelles sont les techniques de chirurgie que vous connaissez, est-ce que vous avez des noms en
- 245 particulier ou pas forcément ?
- M4 : Bah... le by-pass.

- E : Oui (*rire de E*) le by-pass c'est bien. D'accord. Et vous savez un petit peu, vous avez un peu compris la technique du by-pass ou vaguement.
- 250 M4 : Euh ouais vaguement on va dire, je serais incapable de vous faire un schéma anatomique mais euh...je vois bien la réduction, enfin, du volume de l'estomac, enfin on coupe un bout de l'estomac pour faire un...
- E : D'accord et ça vous seriez à l'aise pour l'expliquer au patient un petit peu ?
- 255 M4 : Non.
- E : Non, vous laisseriez faire le chirurgien ?
- M4 : Enfin, je pourrai expliquer, en gros si j'ai un patient pour qui je suis convaincu que ça serait utile, je lui explique en gros le principe et je lui dis d'aller consulter un chirurgien pour avoir plus d'explications.
- 260 E : D'accord. Euh vous n'avez jamais adressé de patient à un chirurgien du coup pour ça ?
- M4 : Euh... bah non pas...
- 265 E : D'accord, si vous deviez adresser un patient qui voudrait ce faire opérer vous adresseriez à qui ?
- M4 : Ah ça c'est une très bonne question euh... je crois que j'adresserais soit sur un CHU ou...enfin sur Chartres à ma connaissance, enfin je ne pense pas connaître de chirurgien qui fasse ça sur Chartres en fait.
- 270 E : D'accord donc vous adresseriez plutôt sur Tours sur Paris ?
- M4 : Ouais, ou sur Orléans.
- E : Sur Orléans ?
- 275 M4 : Oui, il me semble que sur Orléans il y a des gens qui font ça.
- E : D'accord.
- M4 : Alors il y a peut-être quelqu'un à Dreux mais je ne sais pas. Dans ces cas-là j'appelle mes confrères, je me renseigne et je vois...
- 280 E : Vous voyez avec vos confrères. D'accord. OK. En ce qui concerne les patients qui ont déjà été opérés est-ce que vous pensez que les indications sont toujours bien posées ou est-ce que d'après vous il y a des abus de ce côté-là ?
- 285 M4 : (*silence*)
- E : Je parle éventuellement aussi pour les patients qui ont eu des anneaux, si vous en avez connu plus.
- M4 : Ouais les anneaux enfin (*souffle*) ouais (*silence*), je..il me semble qu'il y a eu des abus oui mais euh...que maintenant ont a les idées un peu plus claires sur les indications et que ça doit être moins courant quand même.
- 290 E : D'accord. C'est mieux...
- 295 M4 : J'ai pas une grande expérience.
- E : D'accord. Au niveau du suivi post-chirurgical est-ce que vous connaissez un petit peu le suivi que nécessitent les patients opérés ou vous n'avez pas plus d'idée que ça ?
- 300 M4 : Il y a les histoires pulmonaires euh...(silence) ouais il y avait les histoires pulmonaires avec la douleur dans l'épaule là mais ça c'était peut-être pas...Enfin les risques de...(silence) d'épanchement pleural je crois...
- E : D'accord.
- 305 M4 : Et puis surtout le fractionnement des repas et tout ça .
- E : D'accord.
- M4 : Mais bon non je ne connais pas très bien.
- E : Au niveau du suivi biologique est-ce que vous sauriez ce qu'il y a à surveiller ou pas ?
- 310 M4 : Non.
- E : Non et vous n'avez aucun patient de toute façon donc c'est vrai que c'est difficile. D'accord. D'accord. En ce qui concerne donc dans le futur, l'obésité va venir probablement à augmenter encore, cette chirurgie va sûrement prendre un peu plus de place...Quel est le rôle que vous, en tant que médecin, vous aimeriez avoir dans cette prise en charge de l'obésité ? Ou est-ce que vous pensez ne pas avoir de rôle à jouer ?
- 320 M4 : Ah bah si si on a un rôle à jouer euh...mais on a des capacités qui sont un peu limitées quoi donc euh le rôle, théoriquement le rôle qu'on a à jouer nous c'est...c'est éducationnel, c'est pouvoir aider les gens à trouver les informations nécessaires pour se prendre en charge notamment chez les diététiciens et puis, et puis de pouvoir sélectionner les patients qui seraient concernés par cette chirurgie éventuellement quoi.
- 325 E : D'accord. Un patient à qui vous proposeriez, ce serait quoi comme patient type ou comme historique de suivi que vous auriez eu avec ce patient ?
- 330 M4 : Bah, je dirais c'est un patient euh... qui aurait déjà tout un parcours quoi de tentatives d'amaigrissement mais c'est surtout un patient qui aurait un parcours psychologique, avec une prise de conscience, avec un réel désir de...
- 335 E : ...de se prendre en charge ?
- M4 : ...de se prendre en charge, des...un parcours psychologique, je vous l'ai déjà dit et puis...
- E : Donc vous voyez ça après, ça arrive après un cheminement qui aurait échoué.
- 340 M4 : Ouais.
- E : Finalement c'est...
- M4 : Oui voilà.
- E : D'accord. OK. Est-ce que vous pensez que cette chirurgie elle est viable pour l'avenir ou à votre avis ça ne va pas faire long feu et ça va un peu s'atténuer sur les prochaines années ? Comment vous voyez les choses ?
- 345 M4 : Euh... je ne crois pas avoir trop d'avis là-dessus, euh...
- E : Il n'y a pas de souci.
- 350 M4 : Je pense que c'est...que c'est intéressant et...non ça m'étonnerait que ça s'arrête mais c'est pas non plus, c'est pas non plus...c'est pas non plus la panacée je crois.
- E : D'accord. Est-ce que vous, si vous étiez obèse vous-même ou quelqu'un de votre famille, est-ce que vous proposeriez cette technique pour perdre du poids, après échec des autres méthodes ?
- 355 M4 : Bah euh... c'est difficile de répondre à ça je trouve.
- E : Est-ce que vous avez suffisamment confiance en ces techniques ?
- 360 M4 : Oui il me semble que si vraiment j'en étais à ce point-là, je ne pense pas que j'écarterais la solution mais...
- E : Et pour un membre de votre famille également ?
- 365 M4 : Ouais enfin je vous dis ça avec pleins de réserve parce que (*rires*) c'est difficile de se projeter, mais peut-être, oui oui, oui je ne pense pas que je l'écarterais de principe quoi.
- E : Donc on vas passer à la dernière question. Pour une meilleure prise en charge de l'obésité vous avez
- 370

- l'impression qu'il vous manque quoi?
- M4 : Du temps, c'est ce que je vous ai dit tout à l'heure, euh... alors sûrement des connaissances aussi en diététique, je pense que j'ai des principes de diététique qui ne sont pas mauvais mais on est pas diététicien quoi, et ce qui me manque surtout je trouve c'est l'accès, l'accès plus facilité ou au moins partiellement remboursé pour les patients qui en ont vraiment besoin chez les diététiciennes.
- 375 E : ça le coût pour vous ça reste quand même un...
M4 : Bah oui les gens ils y vont enfin...j'arrive à envoyer des gens chez le diététicien, comme chez le psychologue, comme chez les paramédicaux non remboursés mais euh...y'en a chez qui on peut pas quoi.
- 380 E : Il y a un certain coût qui reste rédhibitoire ?
D'accord. Est-ce que vous aviez des choses à rajouter sur le sujet ou des choses qui vous viennent à l'esprit?
M4 : Euh non... si il y a une pathologie que j'ai oublié de

- vous dire pour les motifs c'est les apnées, enfin les apnéiques, les obèses sont souvent apnéiques et il y a souvent ça voilà.
- 390 E : D'accord. OK. Bon et bien c'est parfait.
M4 : ça vous va ?
E : ça me va c'est parfait, c'est gentil en tout cas de m'avoir consacré ces quelques instants, euh... concernant les indications que vous me demandiez tout à l'heure.
M4 : Oui alors.
E : Donc en faite l'IMC à 35 avec co-morbidité .
- 400 M4 : Ah oui d'accord c'est avec co-morbidité.
E : Ou 40 sans co-morbidité.
M4 : Ah oui j'étais encore loin du compte.
E : Oui c'est-à-dire que c'est vraiment pour les obèses voilà c'est juste ça, si je peux avoir servi à ça (*rire de E*).
- 405 M4 : ah oui, oui, merci.

ENTRETIEN DOCTEUR M5

- E : D'accord (*rire de E*). Donc, pour en venir plus précisément donc, là l'interrogatoire concerne la chirurgie de l'obésité, la chirurgie bariatrique. Le but ce n'est pas de piéger ou quoi que ce soit, c'est de voir un petit peu où en sont les médecins généralistes par rapport à ça. Euh... vos patients obèses généralement vous consultent pour quelles raisons ?
- M5 : (*silence*).
- E : Quels types de pathologies ?
- 10 M5 : Toute autre raison que...
E: L'obésité.
M5 : Que l'obésité en général. C'est diabète, hypertension, dyslipidémie et voilà quoi.
E: D'accord. Et en ce qui concerne...
- 15 M5 : Il n'y a que les filles...
E : Que les femmes ?
M5 : Qui se trouvent trop grosses.
E : D'accord.
M5 : Et elles ont souvent raison.
- 20 E : (*rire de E*) Et les hommes ne s'en plaignent pas du tout ?
M5 : Non ils ne s'en plaignent pas.
E: D'accord. Euh... et au niveau de l'aide à la perte de poids est-ce que vous vous sentez à l'aise avec ça bien préparé pour aider les patients à perdre du poids ?
- 25 M5 : Non.
E: Pas du tout ?
M5 : Pas du tout.
E : Qu'est-ce qui, qu'est-ce qui vous manque, c'est quoi les difficultés que vous rencontrez ?
- 30 M5 : Ils en n'ont rien à cirer, ils veulent un truc magique.
E : D'accord.
M5 : La pilule magique en ne faisant aucun effort quoi.
E: D'accord, ils ne sont pas du tout prêts à s'investir ?
- 35 M5 : Non.
E : Et c'est plus le côté patient qui vous bloque, en fait, finalement ?
M5 : Oui.
E : C'est plus de leur côté qu'il n'y a pas de...
- 40 M5 : De toute façon ils savent très bien que c'est vachement difficile, ils cherchent une solution magique

- euh... ils ont tout essayé, ils se plaignent et on doit résoudre le problème.
E : D'accord.
- 45 M5 : Le problème c'est que je fais pas les courses avec elles à Carrefour.
E : (*rire de E*) Au niveau de la prise en charge vous faites quoi en général pour les patients obèses, qu'est-ce que vous préconisez ?
- 50 M5 : Celles qui me gonflent, je les envoie chez un endocrinologue spécialisé.
E : D'accord.
M5 : Sur Chartres, il y en a un, il fait ça très bien, on la voit plus, on est tranquille.
- 55 E : C'est qui ?
M5 : Je ne donnerai pas de nom.
E : (*rire de E*) Vous avez raison.
M5 : Mais disons qu'il hospitalise ses patients dans une clinique diététique de je ne sais où et avec bilan complet, cardio-vasculaire, pulmonaire, pendant 4 semaines, ça coûte un pognon fou à la Sécu, ils perdent 2 kilos 350 grammes et on les encourage dans leurs efforts.
- 60 E : Et les patients sont contents parce qu'ils ont l'impression d'avoir été bien pris en charge dans leur globalité ?
- 65 M5 : Bah, ils ont été cocoonés comme des gonzesses qu'on papouille du matin au soir, elles sont ravies ; et bien eux ils sont heureux. Moi, ils me foutent la paix, mais ça ne fait pas avancer le schmilblick pour autant.
- 70 E : Voilà, et vous avez l'impression que finalement ce n'est pas une solution en soi, ça apporte pas grand chose.
M5 : Le pognon y part, y part.
E : D'accord.
M5 : Voilà, moi je ne supporte pas mais...
- 75 E : D'accord.
M5 : On se calme...
E : (*rire de E*) Non, mais le but c'est de donner votre opinion aussi, hein.
M5 : Je pense que je ne suis pas le seul.
- 80 E : Oui, effectivement. Concernant le plan national nutrition-santé est-ce que ça vous parle ?
M5 : Pas du tout.

- E : Euh... c'est toutes ces pubs sur les 5 fruits et légumes par jour, bien bouger bien manger et toutes ces choses-là.
- 85 M5 : Ouais.
E : Faites par le Ministère de la Santé.
M5 : Ouais.
E : Non ? ça ne vous parle pas plus que ça ?
M5 : Bah, si on voit passer des messages mais bon, je me pose la question de l'intérêt des messages.
- 90 E : Voilà. D'accord. OK.
M5 : C'est comme le Sida qui ne passera pas par moi, bon il est pas encore passé par moi mais c'était un peu con comme pub.
- 95 E : Oui (*rire de E*). Concernant vraiment la chirurgie de l'obésité...
M5 : Oui.
E : Qu'est-ce que vous pensez de votre niveau de connaissance et d'information concernant cette chirurgie ?
- 100 M5 : Ben, je crois qu'on a eu quelques trucs ouais, mais bon ça va.
E : Vous avez été informé par quel biais ?
M5 : Bah, par les chirurgiens qui en font.
E : D'accord. Mais vous me dites « on a eu quelques trucs », des articles ? OK.
- 105 M5 : Oui des articles de presse, bon les chirurgiens, surtout le retour des patients (*rires*).
E : D'accord. Et euh...vous avez eu des informations sous type de réunions, de FMC, des choses comme ça ou pas ?
- 110 Pas du tout ?
M5 : Il me semble qu'il y a eu un truc oui.
E : D'accord.
M5 : Mais je ne saurais plus dire quoi.
E : Il y a ça et puis les revues quoi ?
- 115 M5 : Bah les revues, la presse ouais.
E : D'accord. OK. Vous connaissez les recommandations HAS qui sont sorties sur le sujet ou pas du tout ?
M5 : Non.
E : D'accord. Elles sont sorties l'année dernière.
- 120 M5 : Ah si si si, ça me dit quelque chose, si si ça me dit quelque chose. Il faut éliminer les patients psychiatriques, c'est en général ceux qui sont opérés en premier, je ne sais pas pourquoi...(*rires*) Moi je suis généraliste, voilà c'est effectivement ... voilà c'est ça que j'ai retenu...
- 125 E : Que vous avez retenu...
M5 : C'est surprenant par rapport à ce qui est fait...
E : A ce qui est fait dans la réalité ?
M5 : Ouais, ouais, ouais.
E : D'accord. C'est ce qui... Ouais ça vous avait marqué ça.
- 130 M5 : Oh que oui.
E : D'accord. Est-ce que vous sentez le besoin de recevoir plus d'information sur le sujet ou vous vous sentez suffisamment informé ?
- 135 M5 : Non, non je suis anti chirurgie esthétique donc.
E : D'accord. Donc vous considérez ça comme de la chirurgie esthétique finalement ?
M5 : Ouais.
E : D'accord.
- 140 M5 : Vu les emmerdements qu'il peut y avoir, je préfère enrobé que mutilé, voilà.
E : D'accord. Au cours de votre activité là de médecin généraliste vous avez déjà été confronté à cette chirurgie ou pas ? Dites moi, il y a des patients qui ont déjà été
- 145 opérés ?
M5 : Des patientes ouais.
E : Vous en avez combien ?
M5 : Euh...une, une, une, une, et une deuxième sous le coude.
- 150 E : D'accord.
M5 : Les autres s'étant dégonflées. On parle de la chirurgie gastrique on parle pas de liposuction ?
E : Euh, non, on parle vraiment de la chirurgie euh...
M5 : D'accord. Donc une.
- 155 E : Vous savez quelle méthode avait été faite chez elle ?
M5 : Ah bah on peut retrouver ouais, je cherche ?
E : Si vous voulez oui.
M5 : Elle y a survécu avec beaucoup de mal.
E : Oui (*rires*).
- 160 M5 : oh la la la la la (*silence*). Elle m'a demandé ce que j'en pensais. Euh... elle a survécu hein (*silence*) elle a survécu... Alors elle a bénéficié d'une sleeve gastrectomy par vidéochirurgie le 30 décembre 2009.
E : D'accord donc c'est tout récent encore.
- 165 M5 : Ouais ouais ouais ouais.
E : Et donc c'est en clinique que...
M5 : Ah bah c'était en clinique ouais, (*il lit*) "j'ai dû ré-intervenir le 6 janvier afin d'évacuer une collection abdominale", etc etc.
- 170 E : Donc ça a été compliqué ?
M5 : Oh la la que oui, on a rebouché les trous...
E : Donc là on en est à pratiquement 6 mois d'opération, elle a perdu du poids cette patiente ?
M5 : Alors je vais vous dire ça tout de suite (*il lit*) "je suis intervenu une fois, deux fois, trois fois"... Alors "en consultation de contrôle de Madame machin nous somme à 4 mois de la sleeve, elle va beaucoup mieux, elle a perdu 22 kg 300 en 4 mois".
- 175 E : D'accord. Il y a quand même des résultats effectifs.
- 180 M5 : Il faut dire qu'elle est restée en Réanimation pendant 2 mois aussi (*rires*).
E : D'accord. Donc du coup ça ne vous en donne pas une bonne image de cette... ?
M5 : Non.
- 185 E : C'était votre première patiente opérée ?
M5 : Euh non mais l'autre je ne sais pas qui c'était.
E : D'accord.
M5 : Je ne sais plus.
E : Mais ça c'était bien passé pour l'autre? Dans vos
- 190 souvenirs à priori ?
M5 : Ouais.
E : Et celle-là par contre, ça ne vous encourage pas à aller en adresser d'autres en chirurgie je suppose ?
M5 : Ah pas du tout, non.
- 195 E : D'accord.
M5 : J'adresse personne en chirurgie pour ça.
E : Vous n'adressez jamais personne, à aucun chirurgien ?
M5 : Non.
E : D'accord. Et si la personne, si le patient vient vous
- 200 demander ? Vient en consultation dans ce but-là ?
M5 : Je lui dis que je suis contre.
E : D'accord. Vous, vous êtes contre ce type d'opération de toute façon ?
M5 : Oui. Comme les plasties mammaires, comme toutes
- 205 les conneries de chirurgie esthétique.
E : D'accord. Donc, si vraiment ils sont motivés, c'est à

- eux de se débrouiller par leur propres moyens.
M5 : Ils se débrouillent et après ils reviennent donc voilà
210 ils en ont vu un, ils en ont vu deux, ils en ont vu trois, ils ont vu les machins, y'a des prix, y'a des prises en charge... plus ou moins mais enfin...
E : D'accord. Concernant les prix, c'est quoi qui les bloque ?
M5 : Les dépassements qui sont pas...
215 E : Les dépassements d'honoraires ?
M5 : Oui.
E : D'accord. Et votre patiente là, qui est en cours de consultation en vue de se faire opérer c'est ça, il y en avait une vous m'avez dit ?
220 M5 : Ouais, alors elle on est plutôt justifiée, parce qu'elle doit être dans les 300 kg.
E : D'accord.
M5 : Mais complètement folle dans sa tête.
E : Donc vous pensez que l'indication risque de ne pas
225 pouvoir se porter pour...
M5 : Ah si si, c'est bien parti pour, elle va être opérée bientôt.
E : Elle va être bientôt opérée d'accord.
M5 : Elle va être bientôt opérée.
230 E : Et vous vous estimez que niveau psychiatrique c'est un peu limite cette indication ?
M5 : Alors au niveau cardiaque ça serait certainement impressionnant si elle maigri car elle est pas bien.
E : D'accord. Donc vous pensez qu'il peut y avoir un
235 bénéfice pour sa santé ?
M5 : Ouais. Mais au niveau psychiatrique...Là elle ne prend plus rien.
E : Elle a quel âge cette patiente ?
M5 : Elle a 49 ans.
240 E : D'accord.
M5 : Elle est en invalidité psychiatrique depuis des années. Actuellement, elle n'a plus de traitement quasiment, elle a 2 Zolpidem le soir, 100 gouttes de Théralène et 3 Norset 15.
245 E : D'accord. Donc elle a encore un petit traitement.
M5 : Moi je regarde les boîtes je dors déjà.
E : Oui (rires).
M5 : Elle non, elle non et 221 kg le 13 Avril.
E : D'accord.
250 M5 : Donc elle...
E : Vous l'avez pesée sur votre balance ici ?
M5 : Non, ma balance elle fait pas ça, ma balance elle est réservée aux belles, elle s'arrête à 48 kg.
E : (rires)
255 M5 : Euh, non ma balance elle doit faire 140 ou 150.
E : D'accord donc euh... C'est limité à 150 kg, c'est sûr que...
M5 : Je crois. Elle, elle va se peser à la gare.
E : (rires).
260 M5 : La pauvre.
E : Oui c'est pas évident.
M5 : Voilà bon, pour elle oui, il faudrait quelque chose parce qu'on n'est plus dans l'esthétique pur.
E : Donc, vous estimez que pour elle, voilà, il y aura un
265 bénéfice pour sa santé secondairement quoi ?
M5 : Mais ça me paraît difficile quand même.
E : Mais difficile à gérer sur le plan...psychiatrique ?
M5 : Psychiatrique, je ne sais pas comment ça va se faire.
E : Il faudrait un suivi vraiment très... très adapté quoi ?
270 M5 : Elle l'a, elle l'a mais bon.
E : D'accord. Et votre autre patiente qui a été opérée elle a quel âge ? Celle dont vous me parliez tout à l'heure.
M5 : Celle dont je parlais tout à l'heure...
E : A peu près quoi.
275 M5 : Euh...(il cherche dans son ordinateur) elle a, donc elle a 56 ans.
E : D'accord. Et elle avait un poids qui était ?
M5 : Oh, c'était pas le bout du monde hein...Est-ce que j'ai ça quelque part ...? (il cherche dans son dossier)Non
280 je trouve pas...102 kg.
E : D'accord donc ce n'était pas un IMC...
M5 : Non c'était pas...
E : D'accord.
M5 : C'était pas le truc monstrueux quoi, c'était pas le
285 truc...(il lit) "Repren du poids, 90 kg en 2007".
E : Au niveau de son suivi...Du coup, donc elle pour le coup elle est vraiment bien suivie je suppose, vu toutes les complications qu'elle a eu. Vous estimez que le suivi est suffisant pour cette patiente ?
290 M5 : Ah j'en sais rien moi, ça fait 3 mois que je ne l'ai pas vu...
E : Donc elle ne voit que son chirurgien en fait ?
M5 : Tous les 2 mois sinon elle a son petit traitement.
E : Et son traitement ça consiste en quoi ?
295 M5 : Euh anti-hypertenseur, Co-Aprovel, Daonil pour le diabète, Elisor pour le cholestérol, Lévothyrox pour la thyroïde, et puis ben après un petit coup d'Urbanyl, Fluoxétine et Contramal.
E : Et elle a un traitement spécifique par rapport à cette
300 opération, des compléments vitaminiques ou autre ?
M5 : Aucune idée.
E : Vous ne la suivez plus du tout en fait maintenant, vous ne la voyez plus ?
M5 : Non, ça je ne prends pas en charge.
305 E : Vous ne prenez pas du tout en charge ça, d'accord. Ni les suivis, ni les, les, les bilans sanguins tous ça ?
M5 : Non, non.
E : Vous ne vous en occupez pas ?
M5 : Non.
310 E : D'accord. En ce qui concerne donc le traitement de l'obésité par chirurgie vous n'êtes pas du tout convaincu que ce soit une, un des traitements de l'obésité ?
M5 : Non, de l'obésité morbide, pour des gens pour lesquels il n'y a pas de cause métabolique particulière ou
315 diététique particulière peut-être, mais pour les rondeurs... les rondeurs modérées on va dire...
E : D'accord. Donc vous pensez qu'il y a un excès d'indication pour des patients qui ne sont pas dans l'obésité...
320 M5 : Moi je pense oui.
E : D'accord. Au niveau des indications de cette chirurgie, vous savez quelles sont les indications exactement par rapport à l'IMC, aux types de patients ?
M5 : Non.
325 E : Non, ça vous...d'accord. Donc pour vous c'est pas du tout le seul moyen, est-ce que vous pensez que c'est le seul moyen efficace durable pour la perte de poids ?
M5 : Non.
E : Non, vous pensez qu'il y a d'autres solutions que
330 celle-ci ?

- M5 : bah...une prise en charge alimentaire.
E : La prise en charge alimentaire principalement.
M5 : Bah oui.
E : D'accord. Au niveau des techniques de chirurgie vous
- 335 en connaissez quelques unes ou pas du tout ? Là on parlait tout à l'heure de la Sleeve Gastrectomy.
M5 : Donc ça j'ai oublié ce que c'était, il y a le by-pass, le court-circuitage là, la réduction gastrique, voilà bah c'est ouais..
340 E : D'accord. Est-ce que vous seriez capable de les expliquer.
M5 : Il y a la pose d'un anneau aussi.
E : Ouais il y avait les anneaux ouais. Au niveau des...est-ce que vous seriez capable d'expliquer au
- 345 patient si jamais on vous demandait en quoi ça consistait ?
M5 : Non, parce que je ne me penche pas trop sur la question.
E : Vous ne vous penchez pas...
350 M5 : C'est pas ma tasse de thé donc euh...
E : D'accord. Et en ce qui concerne les effets indésirables, les risques de cette opération vous connaissez quoi comme problème qu'on peut rencontrer suite à l'opération ?
- 355 M5 : (silence) Bah, les perforations comme il s'est passé là, les lâchages de suture, les machins.
E : Les complications de la chirurgie ?
M5 : Voilà, les complications de la chirurgie, quelles qu'elle soit.
360 E : Et les complications à long terme ?
M5 : Je ne les connais pas.
E : Vous ne les connaissez pas, d'accord. Tous les risques de carence ?
M5 : Je ne les connais pas.
- 365 E : D'accord. Donc vous avez l'impression qu'il y a vraiment des abus dans cette chirurgie ?
M5 : Ah oui.
E : Est-ce que le fait que ce soit fait en clinique ou en hôpital, pour vous ça... il y a un biais qui fait qu'il y a
- 370 plus ou moins une sélection qui se fait bien ou pas bien ?
M5 : Je pense qu'au CHU les indications sont peut-être mieux posées.
E : D'accord.
M5 : Il y a un travail d'équipe. En clinique c'est
- 375 d'avantage le patient qui commande quoi.
E : D'accord. Et puis vous avez l'impression que la prise en charge est vraiment faite par le chirurgien, qu'il n'y a pas une équipe derrière ?
M5 : Oui, c'est l'impression que ça donne.
- 380 E : En clinique, il n'y a pas d'équipe d'après vous ?
M5 : Si, parce qu'ils disent qu'ils envoient le malade à droite, à gauche, mais bon ça reste...
E : ça reste le chirurgien qui prend un peu la décision au final ?
- 385 M5 : Oui, oui.
E : D'accord.
M5 : C'est une impression, hein.
E : D'accord. Euh.. L'autre question, j'avais une question concernant les correspondances des chirurgiens. Donc
- 390 vous là, concernant cette patiente qui a été opérée, vous avez reçu pas mal quand même de correspondance, il vous tient, il vous a tenu informé de ce qui se passait, des suivis ?
M5 : Ouais.
395 E : Donc ça d'accord. Vous avez l'impression quand même que le chirurgien il vous rend des comptes assez régulièrement ?
M5 : Oui.
E : Pour ça vous ne manquez pas d'information de sa part
- 400 ?
M5 : Non.
E : D'accord. Est-ce que dans le futur en tant que médecin traitant vous avez l'impression que cette chirurgie va venir à progresser ou vous ne lui laissez pas un avenir
- 405 euh...?
M5 : Moi je suis pas emballé.
E : Vous n'êtes pas emballé par cette euh...?
M5 : Non.
E : Vous ne pensez pas que c'est quelque chose de
- 410 révolutionnaire qui apporte beaucoup plus à la médecine ?
M5 : Non.
E : D'accord.
M5 : Dès le départ, donc depuis plus de 40 ans, je suis
- 415 contre la chirurgie esthétique, réparatrice oui, mais esthétique bof, bof...
E : Et dans le cadre de patients qui sont obèses, qui ont des complications de l'obésité type HTA, diabète, ou de l'arthrose, vous ne pensez pas que ça puisse apporter un mieux chez ces patients-là ?
- 420 M5 : ça peut apporter un mieux mais à quel prix ?
E : Les risques sont... la balance bénéfiques/risques pour vous...
M5 : Moi je pense que les risques sont disproportionnés par rapport aux bénéfices.
- 425 E : Est-ce que le cas de cette patiente a vous qui a été en Réanimation et qui a eu de grosses complications ça vous a encore plus conforter dans...
M5 : Ah bah oui tout à fait, bien sûr.
E : Voilà, c'est ça donc le fait d'avoir eu ce cas de patiente
- 430 avec des complications graves ça vous...
M5 : Hum hum...
E : D'accord. Est-ce que pour vous ou un membre de votre famille vous seriez prêt à proposer cette chirurgie ?
M5 : Ah non.
- 435 E : Pas du tout ?
M5 : Ah pas du tout non.
E : D'accord.
M5 : Sauf obésité morbide monstrueuse dans les 200, 300, 400 kg pour 1 mètre 50, là oui.
- 440 E : D'accord. Vous auriez l'impression qu'on est au bout du rouleau, qu'on est...?
M5 : Les gens seraient en train de claquer sur place, donc là oui. Mais pour les 100 kg qui bouffent n'importe quoi, non.
- 445 E : Vous vous avez l'impression qu'on opère les gens avec des IMC vraiment trop bas qui n'ont pas d'indication ?
M5 : Oui.
E : D'accord. Qu'est-ce qu'il vous faudrait vous pour une
- 450 meilleure prise en charge de l'obésité ? Qu'est-ce qui manque au médecin généraliste d'après vous pour euh... ?
M5 : Le temps.
E : C'est le temps ?

- 455 M5 : C'est le temps, parce que sur une consultation ils viennent pas pour ça, ça ça arrive après tout le reste.
E: Donc on a du mal à caser ça en plus du reste ?
M5 : Bah oui, sinon on n'en fini pas, c'est la journée par patient...
- 460 E: Est-ce que le fait que les patients soient réticents à en parler ça bloque aussi vous avez l'impression ?
M5 :Oh bah non, ils ne sont pas réticents.
E : Ils ont besoin qu'on parle de leur poids de leur problème de poids ? Vous avez l'impression qu'on....?
465 M5 : Quand on leur dit il faut maigrir un peu, il faut essayer de faire ci, il faut essayer de faire ça, y compris pour des chirurgies de hanche, de genou ou bon, ils "oooohhhh" ils râlent quoi.
E : Ils râlent ?
470 M5 : Tant qu'ils ne sont pas demandeurs...
E : OK.
M5 : Ils se reposent, ils cherchent de la magie, voilà.
E : Il faut que tout soit fait en un claquement de doigt.
M5 : A leur place...c'est l'impression que j'ai, ils cherchent de la magie, donc si les cosses d'haricot ne marchent pas ils iront au pharmacien. Euh... Ma copine m'a demandé quoi, ah bah tien elle m'a demandé Somatuline cosmétique ventre et hanches.
E : (*rire*)
480 M5 : Moi je la trouve canon mais bon.
E : (*rire*) oui.
M5 : Oui. Donc hein elle en a pas besoin.
E : Oui c'est du en plus, du superflu.
M5 : Oui c'est superflu dans ce cas-là.
485 E : Mais c'est vrai qu'on parle quand même de patients obèses, avec un IMC quand même au moins à 35.
M5 : Là elle avait un IMC qui était à 18 (*rires*).
E : Oui c'est pas pareil, c'est sûr.
M5 : Je raconte des bêtises. Voilà, il leur faut quelque chose de magique quoi.
490 E : D'accord. Il faut que tout soit, tout soit apporté comme ça ?
M5 : Oui, on leur propose une solution chirurgicale bah voilà c'est magique.
495 E : D'accord.
M5 : Mais ils...ils occultent complètement le risque et...et les suites.
E : Et vous pensez que le fait de faire cette chirurgie, sans demander d'effort finalement aux patients, c'est un petit peu trop leur faciliter la tâche ?
500 M5 : Non, c'est répondre à leur besoin de magie.
E : D'accord. Parce que effectivement ça vous donne des résultats très rapides donc...?
M5 : C'est tout et puis voilà.
505 E : Est-ce que vous aviez d'autres choses à rajouter concernant l'obésité ou cette chirurgie, vos opinions, des idées qui vous passent par la tête ?
M5 : Non, je vous l'ai dit, la chirurgie esthétique non, sauf réparatrice oui, esthétique non. Là c'est pareil.
- 510 E : Par contre dans le cadre de votre patiente qui a des gros problèmes cardiaques liés à son obésité, vous pensez quand même que l'indication est justifiée ?
M5 : Elle n'a pas de problème cardiaque, elle a pas de problème cardiaque, seulement elle ne peut pas se bouger.
515 E : Elle ne peut plus du tout bouger ?
M5 : Mais non, si elle marche 50 mètres ça y'est, on a un phoque en face de nous, mais il n'y a pas de problème cardiaque.
E : Pour elle, du coup, vous pensez quand même que l'indication...c'est le dernier recours pour elle ?
520 M5 : C'est le dernier recours, il n'y a pas d'autre solution.
E: Il n'y a pas d'autre solution ?
M5 : Bah non.
E : D'accord. Donc vous n'êtes pas complètement opposé à cette chirurgie, dans certains cas extrêmes ?
525 M5 : Non, et si ça marche sur elle peut-être que je réviserai ma position.
E : D'accord. Donc il y a ça aussi.
M5 : Mais pas en ce qui concerne les...
530 E : Oui vous ce qu'il y a aussi, c'est que vous avez eu la mauvaise expérience de patients pour qui ça a été fait un peu, un peu trop...pour des IMC un peu trop bas ?
M5 : Oui. Entre 40 et 60 ans, 3-4 mômes, le tablier devant, le chariot de carrefour pleins de trucs MacDo et surgelés, là non.
535 E : (*rires*) Enfin il ne faut pas exagérer.
M5 : C'est prendre un risque complètement.
E : D'accord. OK. Bon bah écoutez on a fait le tour de la question, j'ai pas mal d'informations.
540 M5 : Je ne sais pas ce que disent les collègues mais pfff.
E : Oh il y a de tout, il y a des gens qui sont quand même assez partants pour ces nouvelles techniques, mais c'est vrai que dans le cadre où vous avez eu une patiente pour qui ça c'est très mal passé...
545 M5 : Ben, elle a failli claquer hein ?
E: Et qui avait peut être eu une indication un peu abusive aussi, parce que je ne suis pas sûre qu'elle était vraiment dans les recommandations HAS.
M5 : Je ne crois pas.
550 E : Euh... Donc là...enfin après c'est le chirurgien qui a des comptes à rendre si jamais ça se passe mal aussi.
M5 : Pffff.
E : (*rires*) Vous ne pensez pas ?
M5 : Attendez, le chirurgien il travaille, hein ?
555 E : Il fait son travail.
M5 : C'est un peu comme les chirurgiens esthétiques, il y a des bons qui disent non, qui refusent un patient sur 2 ou un truc comme ça, et puis ils y a ceux qui font tout et n'importe quoi, ce qu'on leur demande, Lolo Ferrari c'est pas moi qui l'ai opérée.
560 E : Non, c'est sûr.
M5 : Donc je veux dire, le mec il a déconné quoi.
E : Ouais. D'accord, OK. Parfait.

565

ENTRETIEN DOCTEUR M6

E : Alors euh... je voulais savoir vos patients obèses qui vous consultent, vous consultent pour quel motif en général ?
M6 : Tout sauf l'obésité.

5 E : (*rires*) C'est bien ce que répondent les médecins en général.
M6 : Par contre, ils en profitent pour en parler.
E : Ils en parlent quand même.

- 10 M6 : Voilà, c'est-à-dire à la fin de la consultation, la plupart du temps quand ils sont rhabillés et qu'ils sont assis, hein... « bah tiens je voudrais bien maigrir ».
E : D'accord, ils ne viennent pas expr..., ils ne prennent pas de rendez-vous exprès pour ça ?
M6 : Non.
- 15 E : Et qu'elles sont les pathologies dont souffrent les patients obèses que vous voyez ?
M6 : Les mêmes que les autres, hein...peut-être plus l'HTA.
E : D'accord.
- 20 M6 : Hier justement j'ai vu une jeune, 35 ans hein, 35-40 ans, qui venait pour une HTA découverte à la médecine du travail.
E : D'accord.
M6 : Et à la première consultation elle m'a demandé de...
- 25 E : Une patiente qui est en surpoids ?
M6 : Oh là oui, alors elle l'IMC monte jusqu'à 30 !
E : D'accord, ouais, d'accord. Et vous comment vous aidez vos patients à perdre du poids ?
M6 : Moi je mmmhh... j'essaye même plus.
- 30 E : D'accord.
M6 : Moi j'essaye pas, mais par contre quand on a une demande j'envoie chez une de mes amies, médecin généraliste, qui s'est spécialisée dans la diététique.
E : D'accord.
- 35 M6 : Comme elle est médecin généraliste c'est très pratique parce qu'elle est remboursée.
E : Oui, par rapport à une diététicienne vous trouvez ça plus pratique ?
M6 : Voilà, et puis sinon il y a un endocrinologue de
- 40 Chartres qui essaye de faire maigrir les...les personnes obèses.
E : En clinique ?
M6 : Alors en clinique ou en...
E : En suivi au cabinet ?
- 45 M6 : Ouais, et ça marche pas mieux que...
E : ça marche pas ?
M6 : Non.
E : Et amie généraliste, vous avez l'impression qu'il y a des...qu'il y a des réussites ?
- 50 M6 : J'ai pas trop de répercussion parce que en fait souvent (*silence*) ben c'est pas des gens très malades...
E : Donc ils ne viennent pas régulièrement ?
M6 : Donc je propose, je donne son nom et j'explique qu'ils seront remboursés, que il faut qu'ils viennent de ma
- 55 part, enfin ce n'est pas du tout...
E : Oui bien sûr.
M6 : Elle ne fait plus de médecine générale.
E : D'accord,
M6 : Voilà, je ne suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de
- 60 réussites non plus.
E : Ouais, d'accord (*rires*). Et vous, vous avez arrêté d'essayer d'aider parce que vous avez rencontré des difficultés ?
M6 : Ah non, ça sert à rien, à mon avis ça sert à rien.
- 65 E : D'accord, c'était quoi les grosses difficultés ? C'était du point de vue du patient ou une mauvaise préparation du médecin généraliste ?
M6 : Non non, c'est qu'en fait ils maigrissent pas quoi.
E : D'accord.
- 70 M6 : De même que faire grossir les anorexiques mentaux, j'ai essayé il y a un bout de temps mais je ne le fais plus non plus, c'est peine perdue.
E : On n'a pas les capacités pour, d'après vous ?
M6 : C'est pas une question de capacité, c'est que les gens
- 75 sont motivés mais par intermittence.
E : D'accord.
M6 : Donc je veux dire que, pour reparler de la petite jeune, petite jeune qui a 35 ans, c'est pas la même motivation. Celle-ci elle a...elle a pris énormément de
- 80 poids pendant sa première grossesse, donc une femme médecin endocrinologue lui a conseillée d'avoir une deuxième grossesse pour perdre le poids qu'elle avait pris pendant la première.
E : D'accord (*rires*).
- 85 M6 : Elle a pris 10 kg de plus hein, donc euh... d'obèse elle est devenue sur-obèse.
E : D'accord. Alors qu'elle avait un poids avant ses grossesses qui était raisonnable ?
M6 : Quand elle était petite, je l'ai suivie elle était tout
- 90 bébé, donc quand elle était petite, elle était normale.
E : D'accord.
M6 : Elle a grossi dans son adolescence.
E : D'accord.
M6 : Et puis bah...après sa première grossesse ça a été une
- 95 horreur quoi, elle a fait de la rétention d'eau...mais euh...bon ce qu'elle disait à la secrétaire parce qu'elle à repris du poids, alors qu'elle avait dû perdre 5 kg avec le spécialiste, qu'elle a repris en peu de temps parce qu'elle a fait des excès.
- 100 E : Donc ça n'a pas été durable cette perte de poids ?
M6 : Non, parce qu'elle a fait des excès après. Moi j'ai passé six mois dans un service d'endocrino à Paris quand j'étais externe, quand on les hospitalisait quinze jours ils perdaient parfois 8-10 kg qu'ils reprenaient dans la
- 105 semaine qui suivait, quoi.
E : Donc c'est une perte rapide qui ne dure pas finalement ?
M6 : C'est une addictologie la plupart du temps.
E : Une addiction à la nourriture ?
- 110 M6 : Ah oui, souvent, souvent.
E : Donc pour vous, il faudrait une prise en charge plutôt psychologique ou psychiatrique ?
M6 : Mais ils ne la veulent pas, ils ne la veulent pas. Les anorexiques mentales ne veulent pas non plus de prise en
- 115 charge psy.
E : D'accord. Pour vous c'est assimilable l'anorexie c'est... ?
M6 : Ah c'est pareil !
E : D'accord, dans l'effet inverse quoi ?
- 120 M6 : J'ai connu un anorexique qui faisait des accès de boulimie, donc elle était à 40 kg et puis trois mois après elle était à 80 kg.
E : D'accord.
M6 : Je ne l'ai pas revue depuis longtemps, mais enfin il
- 125 valait mieux puisque enfin...
E : C'est compliqué (*rires*). Et concernant la chirurgie bariatrique qu'est-ce que vous en connaissez ? Est-ce que vous avez déjà eu des informations sur ce sujet-là ?
M6 : Alors les anneaux gastriques, je pense que c'est un
- 130 bon truc, mais c'est pas une chirurgie facile.
E : Ah oui, pour le patient vous voulez dire ?
M6 : Pour le patient, il y a des risques quand même.

- E : Ouais.
- 135 M6 : Euh...le tablier, enfin c'est le fait d'enlever un peu d'adiposité, à mon avis c'est extrêmement dangereux comme geste chirurgical.
E : D'accord.
M6 : On en a vu se retrouver un Réa quand même hein, et puis après il y a la troisième chirurgie...
- 140 E : Il y a les nouvelles techniques là...
M6 : Oui qui s'appelle le b..., le b...
E : Le By-pass ?
M6 : Oui c'est ça...
E : Vous en avez entendu parler par quel biais de ça ?
- 145 M6 : J'ai eu une patiente qui a eu ça.
E : Qui a eu ça ?
M6 : Mais je...je...je l'ai perdu de vue rapidement.
E : Une patiente de quel âge à peu près ?
M6 : Oh, j'ai dû la voir une ou deux fois, mais elle était pas vraiment de Chartres, donc...
- 150 E : Ouais.
M6 : Parce que son médecin était en vacances...
E : Dans la quarantaine ?
M6 : Elle avait 35-40 ans, oui.
- 155 E : D'accord, et vous savez à peu près le poids qu'elle faisait ?
M6 : Elle disait qu'elle avait...oh bah elle faisait encore très gros, mais elle me disait qu'elle avait déjà perdu, bon ce sont des gens qui ne peuvent pas vomir quoi, avec pas mal d'effets secondaires...
E : Oui c'est assez compliqué.
M6 : Voilà. Parmi mes patients je n'en ai pas, je réfléchis...
E : Vous avez eu cette patiente-là qui avait eu un by-pass, des anneaux gastriques il y en a jamais eu non plus ?
- 165 M6 : Si, si, j'ai dû en voir passer, c'est le cas de le dire (*rires*).
E : D'accord.
M6 : Mais pas dans mes patients.
E : Pas dans les vôtres d'accord. Euh...et les moyens d'information que vous avez eu concernant ces chirurgies ? Vous n'avez jamais reçu d'information, que ce soit dans des revues...?
- 170 M6 : Il y a celui qui les fait, il est sur la clinique Saint François.
E : Ouais.
M6 : Il a dû faire des...des tables rondes, des choses comme ça, mais je n'y suis pas allée.
E : D'accord.
M6 : Mais je pense qu'il a dû faire de l'information.
- 180 E : D'accord. Et les recommandations HAS vous n'en avez pas entendu parler non plus ?
M6 : Non.
E : D'accord. Concernant le plan national nutrition-santé ça vous parle ou pas ?
- 185 M6 : Bah je pense que...je pense que les jeunes maintenant, enfin les jeunes, les vraiment jeunes, ceux qui...il y a encore des obèses chez les jeunes hein, j'ai notamment un patient, je ne sais pas son poids euh...si je l'ai pesé la semaine dernière, je ne sais pas il devait dépasser plus de 100 kg...
E : D'accord. Il a quel âge ?
M6 : Euh... quel âge il a lui ?...Oh il doit avoir 18-20 ans.
E : D'accord.
M6 : Et puis en taille, une taille normale 1 mètre 70 quoi.
- 195 E : D'accord.
M6 : Donc euh...voilà. Mais je pense que beaucoup de jeunes maintenant font beaucoup plus attention, ils font du sport.
E : D'accord. Est-ce que vous pensez que toute cette médiatisation autour du sport et de la nourriture ça...?
- 200 M6 : Je pense, je pense que les moins de 25-30 ans, les moins de 30 ans sont plus motivés et font plus attention à 80 %.
E : Il y a une modification par rapport aux générations antérieures en fait ?
- 205 M6 : Pour beaucoup, pour beaucoup.
E : D'accord.
M6 : On voit encore des jeunes assez costauds sans être obèses, mais on en voit qui font beaucoup plus...en général c'est des sportifs.
- 210 E : D'accord.
M6 : Mais c'est vrai qu'ils font attention, pour en revenir aussi à l'allaitement maternel c'est de plus en plus prisé.
E : D'accord et vous me parlez de ça parce que vous...?
- 215 M6 : Parce qu'en fait j'ai un petit-fils qui a 6 mois, il est toujours à l'allaitement maternel (*rires*).
E : (*rires*) Et par rapport au poids ?
M6 : Et bien ils sont...c'est des gros bébés en général, ils sont assez...
- 220 E : D'accord.
M6 : Mais quand ils reprennent une alimentation normale, alors ça peut être 9 mois, ça peut être 6 mois, ça peut être...j'ai une patiente qui allaite généralement jusqu'à 18 mois.
- 225 E : Ouais.
M6 : Après ce sont des enfants qui s'affinent.
E : D'accord. Et quand...par rapport à la maman est-ce que...?
- 230 M6 : Euh non, elles font attention à ce qu'elles mangent, à ce qu'elles boivent...
E : Est-ce que le fait d'allaiter vous pensez que ça aide aussi à reperdre des kilos ?
M6 : Euh...
E : Pas forcément ?
- 235 M6 : Pas forcément, je pense qu'elles perdent plus après l'allaitement.
E : D'accord.
M6 : Parce qu'elles font de nouveau attention, parce que quand on allaite, à mon avis, on mange quand même, sinon on peut pas allaiter trop longtemps.
- 240 E : D'accord. OK. Concernant la chirurgie de l'obésité dont on parlait tout à l'heure, est-ce que vous vous seriez en demande d'avoir plus d'information ou finalement vous n'en ressentez pas le besoin ?
- 245 M6 : Non, parce qu'en fait si vraiment on me le demande...
E : Oui.
M6 : Je donne le nom du chirurgien qui fait ça sur Chartres...
E : Donc vous adresseriez au chirurgien ?
- 250 M6 : Après ils s'expliquent ensemble hein, les risques encourus.
E : Donc voilà, donc vous, si un patient vient vous voir, vous l'adrezsez ?
M6 : Oui, je veux dire, on a des consultations qui sont euh... à 22 euros et je veux bien passer 20 minutes, trois quarts d'heure même s'il le faut, avec quelqu'un qui est
- 255

- dépressif, mais passer trois quart d'heure avec quelqu'un pour lui expliquer la technique chirurgicale, non.
E : C'est pas de votre ressort quoi ?
- 260 M6 : C'est pas de mon ressort et puis j'en n'ai pas envie quoi.
E : D'accord.
M6 : Pour 22 euros voilà, faut voir les choses comme elles sont, par contre en cas d'urgence, de douleur thoracique, je suis tout à fait prête à passer 40 à 45 minutes, ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit (*rires*).
- 265 E : Oui, on n'est pas dans le même problème (*rires*). Et vous, vos patients, est-ce qu'il y en a qui vous ont déjà demandé ou parlé de cette chirurgie ou pas du tout ?
- 270 M6 : Oui oui, oui c'est sûrement arrivé en 25 ans oui, ben je les ai adressés.
E : Vous les avez adressés ?
M6 : Au chirurgien soit à Chartres, soit après ils prennent des rendez-vous...ils vont un petit peu partout et puis ils vont où ils veulent.
- 275 E : D'accord, et donc à priori il n'y en a aucun qui a été opéré alors, parmi vos patients ?
M6 : A priori aucun.
E : Donc il y en a quelques-uns qui ont consulté ?
- 280 M6 : Ou alors il y a très longtemps.
E : D'accord.
M6 : Des anneaux gastriques, il y a peut-être très longtemps.
E : Et vous personnellement, vous n'en parlez pas spontanément à des patients obèses qui viendraient vous voir ?
- 285 M6 : Euh...je vous dis des bêtises, j'ai une patiente qui s'est faite opérée...donc on lui a enlevé le tablier.
E : Parce qu'elle avait déjà perdu du poids en fait ?
- 290 M6 : Elle avait déjà perdu du poids.
E : D'accord.
M6 : Donc c'était des grossesses et elle avait énormément grossit, quatre ou cinq enfants je crois, et elle a été sur Paris ça c'est bien passé, voilà.
- 295 E : D'accord.
M6 : Bon elle était...
E : Ce n'était pas de la chirurgie à visée de perte de poids finalement ?
M6 : Non, c'était après le régime.
- 300 E : C'était une chirurgie réparatrice, plus ? D'accord.
M6 : Mais suite à une obésité quand même.
E : Oui. Donc voilà, vous sinon, vous ne proposez pas spontanément aux patients d'aller vers un chirurgien pour ça. Vous attendez que le patient vous en parle ?
- 305 M6 : Je ne suis pas très interventions chirurgicales.
E : D'accord, non mais il n'y a pas de soucis.
M6 : Maintenant s'ils le veulent ils ont le droit.
E : D'accord. Est-ce que concernant cette chirurgie vous en connaissez les indications ? A qui ça s'adresse exactement ?
- 310 M6 : Je crois qu'il faut déjà qu'il est un IMC... enfin je veux dire on en fait pas ça à quelqu'un qui pèse 70 kg quoi.
E : Hum, hum.
- 315 M6 : (*silence*) Je crois aussi qu'il y a aussi des contre-indications, je pense que l'insuffisance respiratoire, enfin tout...l'insuffisance cardiaque, enfin ce sont des contre-indications, mais comme souvent ce sont des sujets jeunes...
- 320 E : Donc voilà pour vous l'indication c'est plus un sujet jeune qui n'a pas de contre-indication et qui aurait l'IMC... ?
M6 : Et qui le souhaite, et qui le souhaite...
E : Et qui a le désir aussi ?
- 325 M6 : Et qui soit vraiment en surpoids quoi.
E : D'accord. OK.
M6 : Et qu'il soit très motivé.
E : D'accord. Oui (*rires*).
- 330 M6 : Parce que l'anneau gastrique quand même ça empêche d'avoir faim mais...enfin plutôt ça n'empêche pas trop d'avoir faim, mais ça empêche de remplir l'estomac, donc il faut quand même...
E : Une certaine motivation.
M6 : Voilà.
- 335 E : D'accord. Vous en pensez quoi vous de ce type de chirurgie, vous avez une opinion précise plutôt positive ou négative ?
M6 : Non. Ni l'un ni l'autre, je pense que si les gens après veulent s'améliorer sur un plan esthétique, sur un plan santé aussi, il n'y a pas que l'esthétique, après c'est à eux de faire leur choix. Moi je n'ai rien contre, mais je n'ai rien pour.
- 340 E : Voilà, vous n'avez pas du tout de jugement par rapport...vous ne portez pas de jugement, hum, d'accord.
- 345 Et concernant l'efficacité vous pensez que c'est des...des opérations qui sont efficaces ?
M6 : Euh... Je pense quand même, parce que ça empêche de remplir l'estomac donc... Moi le peu que j'ai vu ils avaient quand même perdu.
- 350 E : Ils avaient perdu quand même, d'accord. Et sur le long terme ça... ?
M6 : Non, je ne les ai pas vu assez.
E : D'accord. Est-ce que pour vous il y a d'autres moyens aussi efficaces ou ça reste un des bons...pour les pertes de poids ?
- 355 M6 : Et bien disons que lorsqu'ils sont un peu plus âgés, qu'ils ont eu des problèmes cardiaques, ça les motive d'avantage pour maigrir. J'ai eu le cas deux, trois fois, et ceux-là y arrivent avec un régime seul.
- 360 E : Donc il faut vraiment une motivation derrière, avoir déjà eu des complications presque ?
M6 : Médicales oui, oui.
E : D'accord.
M6 : Bon il y a des gens qui veulent maigrir en étant très motivé, c'est un peu comme les gens qui veulent arrêter de fumer mais...il faut qu'ils soient vraiment, vraiment motivés quoi.
E : D'accord.
M6 : En sachant que euh... le boulimique... il va remplir son frigo même s'il n'y touche pas il va le remplir quoi.
- 370 E : Hum, hum.
M6 : S'il a besoin d'avoir ça dans son frigo, enfin...autant je ne suis pas sur l'obésité, autant je suis sur la psy donc...
E : (*rires*)
- 375 M6 : C'est des sujets...
E : D'accord.
M6 : Mais c'est pas néanmoins pour ça qu'on arrive à les faire maigrir, ou que les autres on arrive à les faire grossir même si on gère bien le problème, médicalement parlant
- 380 euh... les motivations c'est pas nous qui devons les avoir

- donc euh...
- E : Donc c'est surtout ça la grosse difficulté, c'est la motivation pour vous ?
- M6 : Ben oui c'est ça.
- 385 E : La motivation du patient. D'accord euh...
- M6 : La motivation à long terme, parce qu'ils ont des moments où ils sont très motivés...
- E : Et dès qu'il y a la perte de motivation il y a la reprise de poids derrière ?
- 390 M6 : Non, c'est, c'est... je dirais que c'est euh... c'est comme fumer, c'est comme boire, c'est comme se droguer...
- E : C'est une addiction finalement ?
- M6 : C'est une addiction, il y a l'addiction au travail, y'a l'addiction au tabac, y'a l'addiction à la nourriture. Et ça à mon avis...alors on peut aussi voir les choses différemment, c'est-à-dire aussi on peut parler d'obésité familiale, dans des familles où on mange beaucoup.
- 395 E : Des contextes sociaux...?
- 400 M6 : Voilà, où on mange beaucoup gras, où la maman elle-même est obèse, où la grand-mère était obèse. C'est pas une fatalité c'est parce que on cuisine à l'huile toute la journée, ils mangent des graisses, il y a aussi ça, il n'y a pas que l'addiction, il y a les habitudes alimentaires.
- 405 E : Les habitudes alimentaires.
- M6 : Vous prenez les africains, moi qui en soigne énormément, elles sont toutes énormes. Elles viennent me voir elles font déjà 70-80 kg et veulent encore plus grossir.
- E : Elles veulent grossir ?
- 410 M6 : C'est un signe de richesse, en Afrique.
- E : hum hum.
- M6 : Et l'autre jour, je me suis heurtée, plusieurs fois, à des mamans africaines qui m'amènent presque leur fille en me disant « elle est trop maigre », pas les garçons, les filles. Et je me bas avec elles parce que leur filles sont tout à fait normales, elles sont normales, mais la maman estime qu'elle ne mange pas assez.
- 415 E : D'accord.
- M6 : On peut parler aussi de...
- 420 E : Il y a la culture quoi aussi ?
- M6 : La culture, voilà.
- E : D'accord. Est-ce que au niveau de la chirurgie de l'obésité vous savez quels sont les différents spécialistes que doivent rencontrer les patients ou pas ? Est-ce que vous savez un peu comment ça se passe ?
- 425 M6 : Je pense qu'il y a sûrement une psychologue, une psychologue à mon avis, bon il y a l'anesthésiste...et puis bah le chirurgien mais je pense qu'il y a sûrement...
- E : Une prise en charge psychologique ?
- 430 M6 : Ah oui, oui, bah oui, pour savoir comment ils vont supporter, je pense.
- E : D'accord. Euh... Autrement j'avais aussi des questions concernant le fait qu'il y ait parfois des abus, et qu'est-ce que vous en pensez ? Vous avez l'impression qu'il y a des problèmes de mauvaise indication de ce type de chirurgie ?
- 435 M6 : A vrai dire sur Chartres je ne pense pas.
- E : Vous ne pensez pas, d'accord.
- M6 : Maintenant je pense que dans les grandes villes il y a sûrement de l'abus comme partout et pour tout, hein.
- 440 E : Ouais, ouais.
- M6 : Mais je pense qu'il doit y avoir des chirurgiens esthétiques...peu honnêtes.
- E : D'accord.
- 445 M6 : Esthétiques ou viscéraux après...
- E : Oui. D'accord. Et concernant le suivi de ces patients vous savez un petit peu en quoi ça consiste ? La durée du suivi ? La prise en charge ?
- M6 : Pas du tout.
- 450 E : Vous n'en avez aucune idée, vous n'avez jamais fait de suivi ?
- M6 : Je n'en ai aucune idée et en fait je m'en moque un peu.
- E : D'accord (*rires*).
- 455 M6 : Je ne voudrais pas vous décevoir mais...
- E : D'accord. Donc vous, vous n'avez jamais reçu de courrier, enfin ce ne sont pas vos patients qui ont été opérés finalement ?
- M6 : Si, si, celle qui a eu sa chirurgie réparatrice par rapport à sa perte de poids, oui, c'est une de mes patientes et j'ai du courrier, mais elle n'a pas été suivie très longtemps.
- 460 E : D'accord.
- M6 : De mémoire, elle a dû être suivie deux, trois fois et
- 465 encore.
- E : D'accord.
- M6 : Bon c'était pas l'anneau c'était...
- E : Oui c'était le post...après la perte de poids quoi.
- M6 : Voilà.
- 470 E : Hum d'accord. Euh...concernant le risque de la chirurgie, quels sont les risques, d'après vous, d'opérer ce type de patients ?
- M6 : Je pense que dans la chirurgie de ma patiente c'était l'embolie graisseuse, je pense.
- 475 E : Elle avait fait ça comme complication ?
- M6 : Non, non, elle ne l'a pas fait.
- E : Ah, pardon.
- M6 : Par contre j'ai connu une autre patiente, mais qui n'était pas une de mes patientes, qui a fait une embolie graisseuse et qui a failli mourir.
- 480 E : Et ce n'était pas suite à une opération euh....?
- M6 : Si elle avait eu.....
- E : Le tablier aussi ?
- M6 : Oui c'est ça.
- 485 E : D'accord. Et les complications plus digestives par rapport à l'opération ?
- M6 : Oui, elle a été des semaines sans manger, enfin elle a fait de la réa, c'était il y a une dizaine d'années de ça, elle a fait de la réa au moins trois semaines ou quatre semaines.
- 490 E : D'accord et les carences ?
- M6 : Bah je ne l'ai pas revue après.
- E : ça vous ne savez pas trop quelles sont les carences qui peuvent arriver après les chirurgies ?
- M6 : Non.
- 495 E : Non ? D'accord.
- M6 : Je pourrais essayer de les deviner mais euh...
- E : Oui mais voilà, parce que vous, vous n'avez jamais été confrontée à ça finalement ?
- M6 : Non.
- 500 E : Ouais d'accord. Est-ce que dans l'avenir en tant que médecin traitant vous imaginez que cette chirurgie de l'obésité, enfin cette chirurgie de type by-pass, les sleeping gastrectomies etc.. va prendre plus de place dans la prise en charge de l'obésité, ou vous pensez que c'est un effet de

- 505 mode ?
M6 : Je ne sais pas, mais ce que je pense c'est qu'il faudrait plus faire de préventif que du curatif, voilà. C'est plus mobiliser les jeunes générations de maintenant, parce que pour les autres on ne fera pas grand chose, mais les mobiliser à manger de manière un peu plus adéquate, changer les habitudes alimentaires aussi mais...mais bon ça n'enlèvera pas...je veux dire, les patients boulimiques prévention ou pas...
E : ça ne réglera pas le problème ?
515 M6 : C'est un problème psychologique, donc ça ne réglera pas le problème.
E : D'accord.
M6 : Pour vous dire j'ai eu une stagiaire, il y a quelques années peu importe, qui était énorme, obèse, et en fait...
520 mais alors je vous assure elle était vraiment...elle disait « c'est plus fort que moi je rentre chez moi et je dévore »...
E : C'était des compulsions, quoi ?
M6 : C'était compulsif, généralement la boulimie c'est compulsif.
525 E : De toute façon oui.
M6 : Et voilà, donc elle a essayé de sortir un maximum pour ne pas être chez elle, mais à un moment elle était obligée d'être chez elle...et je la vois toujours, elle est super sympa, c'est un super bon médecin mais elle a...Chacun ses problèmes après !
530 E : Oui (*rires*).
M6 : C'est pas un jugement c'est pour vous dire, elle m'a expliqué bien le truc et, et elle savait très bien que voilà.
E : D'accord. Donc euh...Concernant l'avenir cette chirurgie, vous vous voyez plus le versant préventif que vraiment l'efficacité, enfin l'importance de ces opérations-là.
535 M6 : Oui.
E : D'accord.
540 M6 : Que ce soit familial ou que ce soit aussi ethnique.

- E : D'accord.
M6 : Enfin je pense qu'il faut changer les meurs.
E : Est-ce que vous, si vraiment vous étiez dans un cas d'obésité extrême, ou quelqu'un de votre famille, vous seriez prête à les adresser à un chirurgien pour faire ce type d'opération ou pas ?
545 M6 : Non.
E : Non, ça ne serait pas l'idée qui vous viendrait.
M6 : Non non, j'ai une sœur obèse et elle aime son obésité.
550 E : D'accord, ça ne vous viendrait pas à l'esprit ?
M6 : Y'en a qui sont aussi très bien, après c'est les problèmes médicaux...mais bon on peut aussi faire un cancer du poumon sans fumer, on peut aussi faire un infarctus sans être obèse, donc voilà.
555 E : D'accord.
M6 : Donc voilà je crois qu'il ne faut pas non plus...
E : Donc pour vous...
M6 : Ils ont plus de risques, mais bon.
E : D'accord. Pour vous c'est pas le seul...les opérations de ce type ne sont pas le seul moyen efficace, durable de perte de poids ?
560 M6 : Non je ne pense pas, je ne suis pas contre mais je ne suis pas spécialement pour.
E : Vous n'y voyez pas une ouverture pour l'avenir ?
565 M6 : Non, pas actuellement.
E : D'accord. OK.
M6 : Je peux changer d'idées (*rires de E*).
E : Il n'y a pas de soucis. Est-ce que vous aviez d'autres opinions à me signaler sur l'obésité sur ces chirurgies, le patient de manière générale ?
570 M6 : Non, je ne vois pas.
E : D'accord, OK, bon bah j'ai pas mal d'information.
M6 : Voilà hein (*rires de E*).
E : Et bien je vous remercie en tout cas de m'avoir reçue.
575 M6 : Bon courage.

ENTRETIEN DOCTEUR M7

- E : Euh... Parmi vos patients obèses qui vous consultent ils vous consultent pour quelles pathologies en général ?
M7 : Alors parmi mes patients obèses qui me consultent...moi j'ai l'impression, je trouve souvent
5 euh... moi je crois qu'ils me consultent pour de l'hy...enfin je trouve de l'hypertension et du diabète...du diabète non insulino-dépendant, moi je dirais...
E : D'accord.
M7 : Mes patients obèses c'est ça.
10 E : C'est surtout ça ?
M7 : C'est un diabétique non insulino-dépendant et euh... un hypertendu...
E : De l'hypertension, d'accord.
M7 : Euh...Ouais ouais, avec souvent une
15 pathologie...cardio-vasculaire associée, je dirais.
E : D'accord. Pour la perte de poids vous essayez de les aider un petit peu, par quelle manière ?
M7 : Pas beaucoup.
E : Pas beaucoup ?
20 M7 : Non. Pas beaucoup, je leur dis qu'il faut manger moins, bouger plus.
E : D'accord.
M7 : Alors, quand il faut rentrer dans le détail, alors je leur donne quelques conseils hein, éviter de prendre des apéros quand les gens...de toute façon les gens obèses c'est terrible parce que vous verrez que le jour où vous en interrogerez, « est-ce que vous buvez ? », ils ne boivent jamais, hein...
E : Hum.
30 M7 : « Est-ce que vous mangez ? », « bien non pas tant que ça », « est-ce que vous grignotez ? », « ah non pas tant que ça ».
E : Ils ont l'impression qu'ils ne mangent pas tant que ça ?
35 M7 : Et il faut vivre avec eux, et ça nous est tous arrivé dans les familles, vous vivez avec quelqu'un qui est un peu fort, et là vous le voyez vivre et vous vous apercevez que les gens consomment des apéros, prennent une tablette de chocolat par ci par là, s'achètent une bricole, mangent une glace...mais quand vous les interrogez « ah non », ils ne mangent rien. Alors je ne prends pas énormément de temps là-dessus.
E : D'accord. Vous préconisez quoi comme prise en charge, vous les adressez à quelqu'un ?
45 M7 : Alors la prise en charge pour les faire maigrir euh... si je tombe sur un diabète non insulino-dépendant je les

- envoie à la maison du diabète où il y a une diététicienne qui leur explique quelques schémas importants.
- E : Pourquoi la maison du dia... elle est payante la diététicienne ?
- 50 M7 : Elle est gratuite.
- E : Ah ouais, c'est pour ça d'accord.
- M7 : Pourquoi la maison du diabète, parce que c'est gratuit, et quand les gens ont les moyens d'aller par
- 55 contre chez une diététicienne, je les envoie, j'ai une diététicienne dans mes correspondants.
- E : D'accord. Est-ce que ça vous parle le plan national nutrition-santé, ça vous dit quelque chose ?
- M7 : Ouais mais ça ne m'intéresse pas.
- 60 E : ça ne vous intéresse pas plus que ça ?
- M7 : Ouais ce n'est pas très bien ce que je vous dis là, mais non parce que je trouve qu'on fait beaucoup de choses.
- E : Vous pensez que c'est inutile toute cette
- 65 médiatisation ?
- M7 : Je ne sais pas si c'est inutile, peut-être pas, peut-être pas, mais c'est pas...
- E : Vous ne savez pas si c'est la solution ?
- M7 : Je pense que vraiment...qu'il faut vraiment faire
- 70 prendre conscience à la personne un peu forte, et surtout obèse, de bouger et de maîtriser un peu son alimentation, mais bouger surtout, ce sont des gens qui ne bougent pas...
- E : D'accord.
- 75 M7 : Alors attention hein, il faut se méfier parce que vous avez aussi des obèses, et vous le savez aussi bien que moi, qui sont obèses génétiquement hein. Il y a des gens qui sont très très enveloppés génétiquement, alors ça il faut par contre interroger bien, c'est très important
- 80 ça parce que quand vous avez un grand-père, une grand-mère, que vous avez tous des gens très forts, vous pouvez toujours leur dire bouger, ça restera des gens très forts. Mais par contre quand ils restent très mobiles, je trouve que c'est pas tellement un souci, c'est des gens
- 85 qui resteront... C'est des gens qui font 110 kg mais qui sont d'une mobilité remarquable, vous en verrez, alors qu'il y a des 110 kg qui ne sont pas mobiles. Le 110 kg pas mobile il faut le faire maigrir tout de suite que le 110 kg mobile vous vous apercevez que bon, il faut le faire
- 90 maigrir, mais euh... il est pas si mal.
- E : Il arrive à avoir une vie correcte euh...?
- M7 : Et puis il n'a pas de pathologie délétère...
- E : D'accord. Pas de co-morbidité ?
- M7 : Un petit peu mais c'est pas énorme.
- 95 E : D'accord. Concernant la prise en charge est-ce que vous avez déjà entendu parler de la chirurgie bariatrique ?
- M7 : Bah oui, je vous l'ai dit l'autre fois.
- E : Ouais. Vous avez vous-même des patients ?
- 100 M7 : Bah il y a le by-pass ou le...ou l'anneau là.
- E : Oui ?
- M7 : Ouais, non, oui j'en ai quelques-uns mais pfff...
- E : Vous avez à peu près combien de patients qui ont déjà été opérés ?
- 105 M7 : Euh...(Silence)
- E : Vous n'avez pas plus d'idée que ça ?
- M7 : Deux.
- E : Deux, d'accord. Des patients qui ont été opérés
- récemment, ou c'est des opérations anciennes ?
- 110 M7 : J'en avais une qui avait un truc mais je ne sais même pas...mais je ne pense...c'est pareil cette femme-là euh... c'est des opérations anciennes.
- E : Hum. C'est assez ancien ?
- M7 : Ouais, mais j'ai pas de... de pathologie récente.
- 115 E : D'accord. Vous en avez entendu parler...à part par ces patients, il y avait des informations que vous avez eu par...
- M7 : J'ai été à un Ampel sur...(NDLA : FMC chartraine) il y avait une information sur la chirurgie Bariatrique il
- 120 n'y a pas longtemps.
- E : Un Ampel, d'accord.
- M7 : Et puis j'ai dû voir passer deux, trois articles.
- E : Dans des revues médicales que vous recevez à la maison ouais ? Euh... La HAS a édité récemment des
- 125 recommandations vous en avez entendu parler ou pas ?
- M7 : Pour la chirurgie bariatrique ?
- E : Oui.
- M7 : Non, enfin sûrement mais j'ai pas de demande hein, j'ai rien. En plus à priori je suis un peu contre,
- 130 alors je pense que c'est vraiment du dernier recours, mais quant à la chirurgie bariatrique je pense que ça a dépassé ma...mon champs d'action, parce que je l'aurais envoyé chez le diététicien, je l'aurais envoyé en diabéto
- 135 Dépendant), effectivement on a un DNID qu'on arrive pas à stabiliser, il faut peut-être passer par la chirurgie bariatrique. Mais euh...sinon le reste, enfin...Alors là on est...en fait on est en dernier recours, on est face à des pathologies qui ont des...une évolution péjorative donc
- 140 on va essayer de les aider par la chirurgie. Mais avant ça, la chirurgie bariatrique pour maigrir point à la ligne, je trouve qu'il y a beaucoup de choses à faire avant.
- E : D'accord. Dans votre idée c'est quoi les indications de cette chirurgie ?
- 145 M7 : Ben je vous l'ai dit, c'est une chirurgie permettant de maigrir, chez des gens qui ont des facteurs de risques qui vont euh...péjoratifs pour...
- E : Avec des co-morbidités ?
- M7 : Pour leur espérance de vie, des co-morbidités
- 150 comme vous dites.
- E : Ouais d'accord. Et au point de vue IMC vous avez retenu à peu près les indications ou pas ?
- M7 : Non.
- E : Non. D'accord. Euh... Donc vous à priori vous en
- 155 avez plutôt une mauvaise opinion de cette chirurgie ?
- M7 : Non.
- E : Vous n'avez pas de...?
- M7 : Pas d'opinion.
- E : Pas d'opinion, d'accord.
- 160 M7 : Ben je vous l'ai dit euh... de la chirurgie réservée à des gens à haut facteurs de risques.
- E : Vous êtes pas contre, y'a pas de...vous avez des craintes ? Il y a des choses qui vous bloquent un petit peu, qui vous embêtent dans ce type d'opération ?
- 165 M7 : Non, pfff...Vous savez vous allez me répondre, soit l'anneau, l'anneau on peut le retirer, il est souvent mal vécu au bout d'un moment, et puis soit la chirurgie plus lourde là, elle est quand même irréversible avec des petits troubles digestifs, des gênes qui vont faire que je
- 170 ne sais pas si le quotidien est aussi bien vécu que l'on

- pourrait l'espérer, j'en sais rien.
E : ça pourrait être ça la difficulté ?
M7 : Ouais c'est ça ouais. Donc en fait l'indication doit se réserver à des gens qui ont vraiment euh...des critères
- 175 péjoratifs euh...d'espérance de vie quoi.
E : Vous ne pensez pas que c'est le seul moyen efficace, durable pour maintenir une perte de poids ?
M7 : Peut-être.
E : D'accord.
- 180 M7 : Je ne sais pas mais dans ce que je vous ai dit là, mes critères sont assez...ils ne sont pas très fréquents en médecine générale, parce que ce sont des gens qui sont énormément en surpoids, qui dès qu'on pense à un DNID que j'arrive pas à maîtriser, qui ont une
- 185 hypertension artérielle sévère qui peuvent avoir bon d'autres choses, qui vont venir dessus, je ne sais pas moi, une gonarthrose invalidante...
E : Il faut que ce soit très ciblé, quoi ?
M7 : Mais c'est très ciblé, donc les gens ne peuvent plus
- 190 marcher, ne peuvent plus bouger, donc là je pense que ça rentre, ça rentre en fait dans le cadre d'une indication ciblée, qui va faire qu'on va leur rendre de la mobilité, qu'on va juguler des facteurs de risque importants.
E : D'accord. Donc vous, vous n'en avez jamais parlé
- 195 spontanément, proposer à un patient cette opération, ça ne vous est jamais arrivé ?
M7 : Bah non, d'ailleurs ça ne m'est pas tellement arrivé, en fait ça ne m'est jamais arrivé.
E : D'accord. Si vous deviez adresser à quelqu'un, vous
- 200 adresseriez à qui dans ces cas-là pour la chirurgie ?
M7 : Bien si je suis ennuyé, si la pathologie m'échappe, on est dans le DNID, la pathologie m'échappe, les médicaments par voie orale ne marchent plus, je passe à l'insuline, je suis embêté, j'envoie à un diabétologue,
- 205 c'est lui qui va commencer à traiter le problème.
E : D'accord, donc c'est plus l'endocrino qui gère après...?
M7 : Qui va gérer la chirurgie bariatrique, mais moi de mon côté euh pfff...
- 210 E : Vous, vous n'allez pas le proposer spontanément à un patient ?
M7 : Sans avoir avant essayé tous les moyens médicaux.
E : Oui voilà, bien sûr.
M7 : Donc en fait je l'aurais envoyé avant chez
- 215 l'endocrino, je l'aurais envoyé chez la diététicienne, j'aurais essayé de voir avant quels sont ses...les possibilités thérapeutiques classiques.
E : D'accord, donc et ça, ça reste du dernier recours, du dernier ressort après avoir essayé les autres techniques
- 220 c'est ce que...?
M7 : Tout à fait.
E : D'accord. Et euh... concernant les techniques dont vous m'avez parlé tout à l'heure, donc vous aviez en tête le by-pass et l'anneau c'est surtout ça que vous aviez
- 225 retenu des...?
M7 : Hum, hum.
E : D'accord. Vous seriez capable de les expliquer un petit peu aux patients ? Vous avez des petites notions quand même, vous me disiez il y en a une qui est
- 230 réversible l'autre non ?
M7 : Et bien écoutez, il y en a une...oui, oui on coupe un bout de l'estomac ça permet d'en mettre moins dans
- l'estomac et du coup ils ne peuvent pas manger tant que ça et puis ils mangent plus dans la journée.
- 235 E : Quelles sont les complications à prévoir, d'après vous, de ce type de chirurgie ? Qu'est-ce qu'on peut craindre ?
M7 : Moi je pense que les habitudes alimentaires sont fortement perturbées. Vous savez l'alimentation c'est un
- 240 facteur social extrêmement important, en France, aujourd'hui, on se met à le matin, le midi et le soir.
E : D'accord.
M7 : Et c'est hyper important parce que ça s'intègre dans un cadre familial, donc il faut bien le vivre, alors
- 245 tout dépend après des gens, de leur autonomie, de la façon dont ils peuvent le gérer.
E : ça peut être un handicap au point de vue social de...?
M7 : Sûrement mais je vous l'ai dit, et puis moi je vais du coup, alors c'est peut-être un petit peu...c'est vrai, j'ai
- 250 tendance à...je sens que la situation va m'échapper, donc... Après si les gens en ont vraiment besoin pourquoi pas mais...
E : D'accord. Vous connaissez le parcours suivi par un patient qui souhaite se faire opérer ou pas du tout ? Les
- 255 consultations et les différents spécialistes ?
M7 : Ben moi je ne le gère pas, donc moi j'envoie d'abord, je vous l'ai dit, j'envoie chez un endocrino, et puis si après ça part sur un spécialiste pourquoi pas.
E : D'accord. Parmi vos patients qui ont été opérés, ils
- 260 ont un suivi fait par le chirurgien ou par vous comment ça se passe ?
M7 : Endocrino souvent.
E : C'est l'endocrino qui gère ?
M7 : C'est une chose qui m'échappe ça.
- 265 E : D'accord.
M7 : C'est des gens qui m'échappent, c'est des diabètes lourds donc c'est des trucs qui...
E : Donc c'est des gens finalement que vous ne voyez plus après l'opération ?
- 270 M7 : Ouais je les vois rarement. De toute façon je vous ai dit, j'en ai deux en tête, dont une que je ne vois plus, que je voyais tous les je ne sais plus combien, mais qui doit être suivie par l'endocrino, et puis ça dépend de l'endocrino, si l'endocrino...en médecine générale vous
- 275 le verrez, tout dépend de la prise en charge de l'endocrino. Si l'endocrino renvoie sur le généraliste, on reprend des choses en charge, mais si l'endocrino reconvoque les gens tous les trois mois ou tous les six mois...tous les trois mois avec un traitement...
- 280 E : Finalement ils ne viennent plus ?
M7 : On ne voit que les petites affections intercurrentes ou des choses comme ça, mais c'est tout.
E : Hum hum. D'accord, donc vous, vous n'avez aucune notion du suivi ou de la prise en charge après une
- 285 opération ?
M7 : Bah d'autant, je vous l'ai dit c'est à mon avis, enfin dans ma pratique quotidienne à moi, c'est très restreint puisque je ne vais pas l'induire.
E : D'accord.
- 290 M7 : Je ne vais pas l'induire, tant que les facteurs délét...si les facteurs délétères sont là, je vais l'induire, mais tant qu'il n'y a pas de facteurs délétères de l'obésité...
E : Mais pour les patients que vous avez, il n'y a rien de

- 295 particulier vous les suivez pas pour ça en tout cas?
D'accord. Et vous avez notion des suppléments et...?
M7 : Non.
- E : Non, ça ne vous parle pas du tout ? D'accord. Et
- 300 vous ne recevez pas du tout de correspondance, ni des chirurgiens, ni des endocrino quand c'est comme ça ?
M7 : (silence) Euh...
E : Des comptes-rendus ?
- M7 : Si, bah j'ai dû recevoir, je reçois le...je reçois le
- 305 compte-rendu opératoire. Mais là attendez, je vous ai dit que j'avais deux patients, donc j'en ai une que j'ai en tête, que je vois par ci par là, ou Philippe la voit, qui est mon associé, mais je veux dire...mais c'est une femme que j'ai connu très jeune par contre, et qui avait
- 310 énormément grossi mais euh...non j'ai pas de suivi en fait.
E : D'accord.
M7 : Mais en fait je l'induis pas...
E : Oui, oui voilà, c'est pas dans votre pratique
- 315 quotidienne ?
M7 : Elle n'est pas dans ma pratique, donc je n'ai pas de suivi, j'ai plein de choses en suivi mais pas ça.
(rires)
E : Est-ce que dans le futur en tant que médecin traitant
- 320 vous avez l'impression que cette euh...ça risque de se généraliser un peu plus ce type de chirurgie ou pour vous c'est pas...?
M7 : Ben écoutez je n'en sais rien, moi je vous l'ai dit tout à l'heure, je trouve que dans ma clientèle
- 325 personnelle je n'ai pas une grosse proportion d'obèses.
E : D'accord. Donc pour vous il n'y a pas...? Voilà.
M7 : Pour moi ça reste aujourd'hui très marginal, mais je suis pas représentatif, forcément.
- E : Bah oui, forcément bah, c'est l'intérêt aussi d'avoir
- 330 un plus grand panel.
M7 : Pour moi, je ne suis pas...moi ça reste extrêmement marginal, c'est vraiment...c'est très loin de mes préoccupations de médecine générale.
E : D'accord.
- 335 M7 : Hein, je peux vous dire que mes préoccupations de médecine générale, j'ai des choses très importantes en tête tout de suite mais là, ça c'est...pfff
E : D'accord et donc, pour vous qu'est-ce qui vous manquerait pour une bonne prise en charge de l'obésité,
- 340 pour vos patients obèses, quelles sont les grosses difficultés que vous pouvez rencontrer ?
M7 : Moi, dans l'obésité uniquement, ce serait une prise en charge diététique de qualité, avec des prises en charges diététiques bien remboursées, voilà c'est tout.
- 345 E : Le problème du remboursement, du financement ?
M7 : Uniquement, alors moi je crois la qualité de la diététique, et puis alors peut-être...et de la mobilité, peut-être faire...pourquoi pas coupler une kiné, parce que vous savez qu'on peut maigrir en faisant certains
- 350 exercices de gymnastique.
E : Bah bien sûr, ouais.
M7 : Je pourrais vous les montrer.
E : (rires)
M7 : Donc à la limite...voilà moi je serais beaucoup plus
- 355 partant sur de la gym, adaptée, bien faite, peut-être d'ailleurs en petit groupe, plus de la diététique.
- E : Qui soit remboursé du coup ?
M7 : Qui soit surtout remboursé, qui soit codifié et remboursé.
- 360 E : Et vous avez l'impression que le fait que ce ne soit pas remboursé ça a mis des barrières ?
M7 : C'est évident, et puis la kiné est mal faite. Moi je vous dis, mes deux axes d'obésité, moi je vous répète, loin de la chirurgie bariatrique, c'est la mobilité et la diététique. La mobilité et la diététique moi je peux
- 365 montrer deux, trois choses mais je ne vais pas y passer du temps. Un homme obèse si vous voulez lui montrer comment mobiliser sa ceinture abdominale, c'est du temps, si vous voulez lui montrer les étirements...
- 370 E : Donc il y a un manque de temps aussi dans la pratique quotidienne pour euh...?
M7 : Oh et puis je suis pas fait pour ça non plus, attendez, c'est du boulot.
E : D'accord.
- 375 M7 : Mais euh...pensez-y à ça si vous voulez, si vous vous intéressez à l'obésité, il y a deux choses importantes, c'est la diététique et la mobilité. Et la mobilité c'est l'action, et quand vous grossissez...plus vous grossissez...je vous mets demain...demain je vous
- 380 mets deux poids de 10 kg, ne serait-ce que deux poids de 10 kg, 20 kg c'est pas énorme, je vous les mets dans les deux mains et je vous demande de les porter pendant vingt-quatre heures...
E : (rires)
- 385 M7 : Vous allez revenir mais vous allez être pétée, donc vous allez réduire votre mobilité, vous avez deux valises de 10 kg dans chaque main.
E : D'accord.
M7 : Et si, au contraire, vous redonnez aux gens de la
- 390 mobilité, on inverse le schéma, alors du coup vous réduisez la mobilité avec vos deux poids de 10 kg, donc trois mois après vous avez deux poids de 15 kg, et vous bougez plus, et après vous vous foutez devant votre télé, et en plus comme vous êtes devant votre télé et que vous
- 395 en avez marre, vous prenez une bière, et puis comme la vie est triste, et puis comme vous vous emmerdez et que personne ne vous regarde, que vous ne vous trouvez plus jolie si vous êtes une femme ou je sais pas quoi, vous prenez après un esquimau...
- 400 E : Oui c'est un cercle vicieux quoi ?
M7 : On est d'accord. Si par contre vous induisez des possibilités, si vous faites des séances de groupe, vous faites de la gymnastique, mais ça j'ai jamais vu ça encore, moi ce que je vous livre là, moi je l'ai pas...
- 405 E : Non c'est vrai.
M7 : On peut leur montrer comment faire de la gym, montrer comment on peut arriver à faire des abdos, comment on peut arriver à se bouger, être capable...être encore capable, mais j'exagère peut-être, être capable de
- 410 faire un roulade, j'exagère peut-être en allant jusque là, mais il y a des choses que vous et moi sommes capables de faire encore aujourd'hui. Du coup les gens reprennent confiance dans leur corps, ils vont commencer à être beaucoup plus mobiles, dans la rue ils vont bouger
- 415 correctement, le regard des autres va moins les gêner.
E : Donc ça va inverser la tendance ?
M7 : Et vous allez inverser la tendance et vous allez partir dans quelque chose de vachement intéressant.

- Enfin là je vous livre...
- 420 E : ça peut être une solution hein, c'est des questions ouvertes.
M7 : Mais moi je crois...c'est vraiment la seule...moi c'est vraiment le truc si je faisais quelque chose, et je trouve qu'au contraire dans nos sociétés modernes on oublie tout ça. Vous savez vous verrez, il y a pleins de bases qu'on oublie, qui sont des choses...on parle de bon, de chirurgie bariatrique, de traitement machin, de...mais en fait c'est le retour aux bases, qui sont des choses toutes bêtes hein, alors quelques fois il faut les ré-induire, mais pour les ré-induire il faut du temps, et c'est pas en une consultation de médecine générale à 22 euros qu'on peut le faire.
- 425 E : C'est sûr.
M7 : Non on n'a pas le temps, vous jouez pas avec ça.
- 435 Donc en fait...et on n'a pas de structure, ce qu'il faudrait c'est une consultation spécialisée, avec une diététicienne qui prenne les gens en charge d'une manière très très constante et bien faite aussi. Parce que le problème avec la diététicienne, vous savez aujourd'hui, c'est soit vous êtes dans un service public et c'est des gens qui s'en foutent, qui ne sont pas assez intéressés au système sûrement, et qui font de la diététique nulle, c'est terrible ce que je vous dis là, soit ce sont des gens qui effectivement ne s'en foutent pas mais sont dans un service privé, et du coup majorent leurs honoraires parce que pour faire de la bonne diététique il faut prendre vachement de temps.
- 440 E : Il faut du temps, ouais.
M7 : Et prendre beaucoup de temps ça coûte très cher.
- 450 Donc d'un côté vous avez, c'est terrible ce que je vous dis là, donc d'un côté vous avez des gens qui s'en foutent, enfin pas tous mais il y a des gens très bien, mais il y en a quand même beaucoup qui font ça, c'est pénard, pas d'obligation de résultat, donc eux ça sert à rien. Et puis de l'autre côté, vous avez des gens qui peuvent faire de la bonne diététique, mais ils vont demander par contre des prix de consultation qui sont assez onéreux, dans un système qui est le nôtre où les gens sont terriblement habitués à être remboursés.
- 455 E : Voilà, quand on leur dit que c'est pas remboursé...
M7 : Alors ils vont y aller une fois, si la fille les reprend, parce que c'est vrai quand vous passez une heure avec quelqu'un...je veux dire allez chez votre garagiste, il vous prend 50 euros pour vous réparer votre bagnole.
- 460 Prenez 50 euros...et encore 50 euros il y a les pièces avec...prenez 50 euros aujourd'hui pour quelqu'un, non remboursé, il va y aller une fois mais il le fera pas deux, ça c'est pour la diététique. Le deuxième problème c'est la gymnastique, la gymnastique c'est pareil si vous allez chez un kiné vous lui envoyez un gros, entre guillemets, le kiné, pas tous, écoutez bien ce que je vous raconte, il y a peut-être trois personnes qu'il prend en même temps, il va mettre son gros dans un coin, il va lui montrer trois mouvements et il va lui foutre trois ventouses qui font de l'électricité et qui lui chatouillent le ventre...(rires)
- 465 E : Oui c'est un résumé.
M7 : Vous comprenez ce que je vous dis là ? Hein c'est un peu vrai ? Alors c'est pareil le problème...donc le gros, et puis en plus le kiné ne l'aime pas parce que le
- 470 gros, pff...les kinés ils ont quand même une idée du corps, donc le corps...alors au bout d'un moment le gros il va faire voilà trois petits machins, c'est fini. Et puis il a fait les séances, il est pas content, il dit qu'il n'y arrive pas et puis hop c'est fini, ça sert à rien. Est-ce que je
- 485 vous ai fait un résumé ?
E : Oui bah, c'est une idée intéressante.
M7 : Mais par contre vous auriez une vraie structure, où les gens sont pris en charge, où on leur apprend à...vous l'avez très bien ressenti tout à l'heure, il faut ré-inverser la tendance. Vous avez des tendances qui sont extrêmement pernicieuses c'est-à-dire qu'on va vers une destruction de soi-même et on se laisse aller, au bout d'un moment donc on s'éclate dans la bouffe, en plus vous savez comme moi que quand on...la notion de plaisir peut passer par là, hein, donc il faut ré-inverser la notion de plaisir, mais pour prendre plaisir à un corps qui maigrit il faut lui filer quelque chose...Il faut inverser le plaisir...
- 490 E : Hum.. il faut compenser.
M7 : Ou inverser le plaisir, et le plaisir passe par peut-être des sensations corporelles différentes, la sensation corporelle par la gymnastique elle joue euh...bah voilà je vous ai fait un petit résumé de tout ça.
- 495 E : D'accord.
M7 : Mais c'est important ça, mais ça n'existe pas.
- 500 E : D'accord.
M7 : Alors c'est pour ça qu'en fait, mais c'est quand même vachement important ce que je vous dis là, c'est que j'aurais tendance plus à aller vers ça, plutôt que vers une chirurgie bariatrique...
- 505 E : Hum.
M7 : ...qui me semble être une espèce de chirurgie de fin de...où je suis en bout de course quoi.
- 510 E : D'accord.
M7 : Et l'acte chirurgical me semble un peu difficile, barbare.
- 515 E : C'est lourd un petit peu ?
M7 : Il est lourd, et je suis pas fait pour ça, mais bon pourquoi pas.
- 520 E : D'accord. Pour vous, si vraiment vous, ou un membre de votre famille, vous étiez dans un cas comme ça d'obésité extrême, avec vraiment des grosses complications et qu'on arrive vraiment en dernier recours, est-ce que vous seriez prêt à proposer ce type de chirurgie ?
- 525 M7 : Bien sûr, mais moi j'ai pas dans ma famille de gros.
E : Bah oui mais après....
(rires)
E : C'est une hypothèse. Donc voilà vous n'êtes pas contre l'idée...?
- 530 M7 : Mais j'en ai des enveloppés mais je finis par leur dire « attends si tu bouges »...
E : Vous n'êtes pas contre l'idée de la chirurgie mais vous avez vraiment l'impression que ça s'adresse à des personnes pour qui on est vraiment...
- 535 M7 : Je trouve que c'est une indication extrêmement...peu importe le...ça ne représente pas grand chose.
E : D'accord.
- 540 M7 : Et si ça multiplie ça aura un effet peut-être perniciox de la société.
E : Et vous auriez une crainte que ça se.... non ?

- M7 : Moi je n'ai pas de crainte.
E : D'accord. OK.
- 545 M7 : (*rires*) Mais si ça se multiplie oui, je pense ça ne serait pas bien.
E : D'accord. Pas pour des bonnes indications, il y aurait un excès d'indications ?
M7 : Ou alors c'est la société qui n'est pas capable de prendre en charge les choses correctement.
- 550 M7 : Ou alors c'est la société qui n'est pas capable de prendre en charge les choses correctement.
E : Oui, d'accord, qui choisit cette solution comme un... ? Voilà.
M7 : C'est une fuite, c'est une fuite. Donc on apporte...c'est une société qui apporte une solution, mais qui n'est pas une vraie solution.
- 555 M7 : C'est une fuite, c'est une fuite. Donc on apporte...c'est une société qui apporte une solution, mais qui n'est pas une vraie solution.
E : D'accord.
M7 : Pourquoi pas, ça ne serait pas la première fois.
E : Oui.
(*rires*)
- 560 E : On fait comme on peut avec ce qu'on a.
M7 : Oui, pourquoi pas, je ne suis pas contre. Et puis si en plus il y a des gens qui le font...C'est pareil ça dépend comment c'est fait, hein ? Si vous faites de la chirurgie bariatrique pour gagner du fric c'est pas bien.
- 565 E : Et pour ça vous avez un...le fait que ce soit en clinique ou en hôpital... ?
M7 : Si vous faites de la chirurgie bariatrique parce que vous êtes vraiment quelqu'un concerné par l'obésité, que vous avez mis en place une structure, que vous êtes vous-même chirurgien, chef de service autant que possible dans la mesure où vous êtes chirurgien, vous avez mis une structure, comme je vous ai dit, dans laquelle il y a des équipes, de la gym, il y a des tas de choses, il y a des endocrino...c'est très bien, c'est des gens super. Si vous faites de la chirurgie bariatrique comme vous faites des rides ou...je ne sais pas quoi, bon ben...
- 570 M7 : Si vous faites de la chirurgie bariatrique parce que vous êtes vraiment quelqu'un concerné par l'obésité, que vous avez mis en place une structure, que vous êtes vous-même chirurgien, chef de service autant que possible dans la mesure où vous êtes chirurgien, vous avez mis une structure, comme je vous ai dit, dans laquelle il y a des équipes, de la gym, il y a des tas de choses, il y a des endocrino...c'est très bien, c'est des gens super. Si vous faites de la chirurgie bariatrique comme vous faites des rides ou...je ne sais pas quoi, bon ben...
E : Euh...c'est un peu le risque ?
M7 : C'est un peu le risque, c'est que vous rentrez dans un côté extrêmement commerçant de le faire, non ?
E : Et vous, la différence entre une opération en clinique ou en hôpital, ça vous...?
M7 : Bah, je viens de vous le dire là, mais en hôpital c'est pas forcément mieux parce que le risque il est grand, non, alors c'est pas vrai. Alors en clinique, il y a un risque effectivement de payer la chirurgie à l'acte et de faire que le médecin, le chirurgien, peut avoir envie de faire de l'acte, pourquoi pas ? Mais à l'hôpital, il y a aussi le risque qu'un mec trouve la planque en se disant
- 575 M7 : Si vous faites de la chirurgie bariatrique parce que vous êtes vraiment quelqu'un concerné par l'obésité, que vous avez mis en place une structure, que vous êtes vous-même chirurgien, chef de service autant que possible dans la mesure où vous êtes chirurgien, vous avez mis une structure, comme je vous ai dit, dans laquelle il y a des équipes, de la gym, il y a des tas de choses, il y a des endocrino...c'est très bien, c'est des gens super. Si vous faites de la chirurgie bariatrique comme vous faites des rides ou...je ne sais pas quoi, bon ben...
E : Euh...c'est un peu le risque ?
M7 : C'est un peu le risque, c'est que vous rentrez dans un côté extrêmement commerçant de le faire, non ?
E : Et vous, la différence entre une opération en clinique ou en hôpital, ça vous...?
M7 : Bah, je viens de vous le dire là, mais en hôpital c'est pas forcément mieux parce que le risque il est grand, non, alors c'est pas vrai. Alors en clinique, il y a un risque effectivement de payer la chirurgie à l'acte et de faire que le médecin, le chirurgien, peut avoir envie de faire de l'acte, pourquoi pas ? Mais à l'hôpital, il y a aussi le risque qu'un mec trouve la planque en se disant
- 580 M7 : Bah, je viens de vous le dire là, mais en hôpital c'est pas forcément mieux parce que le risque il est grand, non, alors c'est pas vrai. Alors en clinique, il y a un risque effectivement de payer la chirurgie à l'acte et de faire que le médecin, le chirurgien, peut avoir envie de faire de l'acte, pourquoi pas ? Mais à l'hôpital, il y a aussi le risque qu'un mec trouve la planque en se disant « moi je fais de la chirurgie bariatrique », il en fait peu mais il tourne là-dedans au lieu de faire autre chose.
E : Donc c'est difficile de choisir.
M7 : on en a vu, hein ?
(*rires*)
- 585 M7 : Bah, je viens de vous le dire là, mais en hôpital c'est pas forcément mieux parce que le risque il est grand, non, alors c'est pas vrai. Alors en clinique, il y a un risque effectivement de payer la chirurgie à l'acte et de faire que le médecin, le chirurgien, peut avoir envie de faire de l'acte, pourquoi pas ? Mais à l'hôpital, il y a aussi le risque qu'un mec trouve la planque en se disant « moi je fais de la chirurgie bariatrique », il en fait peu mais il tourne là-dedans au lieu de faire autre chose.
E : Donc c'est difficile de choisir.
M7 : on en a vu, hein ?
(*rires*)
- 590 M7 : Bah, je viens de vous le dire là, mais en hôpital c'est pas forcément mieux parce que le risque il est grand, non, alors c'est pas vrai. Alors en clinique, il y a un risque effectivement de payer la chirurgie à l'acte et de faire que le médecin, le chirurgien, peut avoir envie de faire de l'acte, pourquoi pas ? Mais à l'hôpital, il y a aussi le risque qu'un mec trouve la planque en se disant « moi je fais de la chirurgie bariatrique », il en fait peu mais il tourne là-dedans au lieu de faire autre chose.
E : Donc c'est difficile de choisir.
M7 : on en a vu, hein ?
(*rires*)
- 595 E : D'accord.
M7 : J'en ai des exemples...alors effectivement vous pouvez faire une planque là-dedans.
E : ça peut aussi...hein.
M7 : Alors tout ça pour...Non, non mais ce qu'il faut en résumé, ça peut être bien la chirurgie bariatrique mais je veux dire, ça s'applique vraiment...il faut qu'il y ait une véritable politique là-dessus et qu'il y ait peut-être des choses en amont qui soient développées avant, mais qui n'ont pas été développées.
- 600 M7 : J'en ai des exemples...alors effectivement vous pouvez faire une planque là-dedans.
E : ça peut aussi...hein.
M7 : Alors tout ça pour...Non, non mais ce qu'il faut en résumé, ça peut être bien la chirurgie bariatrique mais je veux dire, ça s'applique vraiment...il faut qu'il y ait une véritable politique là-dessus et qu'il y ait peut-être des choses en amont qui soient développées avant, mais qui n'ont pas été développées.
- 605 E : Vous pensez que ça arrive trop tôt, qu'il y a des choses qui auraient pu être...qui peuvent être développées avant, quoi ?
M7 : Moi je vous dis, c'est ce que je vous ai proposé là.
E : Hum.
- 610 M7 : Peut-être que je me trompe.
E : OK. Bon.
M7 : Mais c'est important, moi j'y crois vraiment, mais je crois vraiment qu'il faut aider les gens à reprendre conscience de leur corps. Et moi j'ai pas le temps, mais par contre ce discours moi je leur donne par contre, je leur livre.
- 615 E : D'accord, donc après c'est à eux, ils ont les cartes en main c'est à eux de...?
M7 : Je leur livre, ça je leur livre, le même que...je leur livre.
- 620 E : D'accord.
M7 : Voilà.
E : Vous aviez d'autre choses à rajouter sur le sujet ?
M7 : Sur la chirurgie bariatrique ? Sur l'entretien ?
- 625 E : Sur ce qui vous vient, non ?
M7 : Non, non.
E : D'accord. Non, mais sur la chirurgie bariatrique c'est bien, vous m'avez bien exposée votre opinion et...
M7 : Non, mais ce que je pourrais vous rajouter, c'est qu'en fait il ne faut pas...il faut se méfier dans un entretien...je ne suis pas...ce que je veux surtout c'est pas être excessif en quoi que ce soit, que vous sortiez de là en vous disant moi je suis un type... je veux dire, moi j'ai pas d'idée sur la question, ce que je sais c'est qu'il faut se méfier aujourd'hui, la médecine de demain doit pas être trop interventionnelle, et que le retour aux bases, qui sont des retours aux bases de sociologie, qui sont simples, mais il faut dans ces cas-là les structurer, parce qu'aujourd'hui on n'a pas assez de structures qui permettent d'assumer ça euh...en terme de coût, pour les patients.
- 630 E : Hum. D'accord.
M7 : Parce qu'il faut du temps. Et ça c'est du bouffe temps, hein vous êtes d'accord ?
- 635 E : Hum. C'est très long oui.
M7 : C'est vrai, c'est drôlement long, vous comprenez, pff...(rires)
E : Et voilà c'est des prises en charge sur des années quoi, c'est pas sur...
- 640 M7 : Ouais...puis en plus moi ça ne m'intéresse pas beaucoup.
E : Hum ouais, il faut se sentir concerné pour être...
M7 : Vous savez moi mon quotidien...mon quotidien c'est de la médecine constante avec des tas de choses, des tas de situations qui changent, il faut que ça bouge, il faut que euh... mais faire de la diététique, expliquer aux gens ce qu'il faut manger, pff...ça ne m'intéresse pas du tout.
E : Mais vous vous sentez quand même préparé à ça ou...enfin vous seriez capable si vous aviez le temps de le faire, ou vous avez l'impression que c'est même pas dans nos capacités de médecin ?
M7 : Ah si si, non ce n'est pas pour moi, si,si, c'est dans nos capacités de médecin..attendez il y a des gens pour tout, mademoiselle...
E : Bah oui, bien sûr, bah oui.
- 645 E : Hum. C'est très long oui.
M7 : C'est vrai, c'est drôlement long, vous comprenez, pff...(rires)
E : Et voilà c'est des prises en charge sur des années quoi, c'est pas sur...
- 650 M7 : Ouais...puis en plus moi ça ne m'intéresse pas beaucoup.
E : Hum ouais, il faut se sentir concerné pour être...
M7 : Vous savez moi mon quotidien...mon quotidien c'est de la médecine constante avec des tas de choses, des tas de situations qui changent, il faut que ça bouge, il faut que euh... mais faire de la diététique, expliquer aux gens ce qu'il faut manger, pff...ça ne m'intéresse pas du tout.
E : Mais vous vous sentez quand même préparé à ça ou...enfin vous seriez capable si vous aviez le temps de le faire, ou vous avez l'impression que c'est même pas dans nos capacités de médecin ?
M7 : Ah si si, non ce n'est pas pour moi, si,si, c'est dans nos capacités de médecin..attendez il y a des gens pour tout, mademoiselle...
E : Bah oui, bien sûr, bah oui.
- 655 E : Hum. C'est très long oui.
M7 : C'est vrai, c'est drôlement long, vous comprenez, pff...(rires)
E : Et voilà c'est des prises en charge sur des années quoi, c'est pas sur...
- 660 M7 : Ouais...puis en plus moi ça ne m'intéresse pas beaucoup.
E : Hum ouais, il faut se sentir concerné pour être...
M7 : Vous savez moi mon quotidien...mon quotidien c'est de la médecine constante avec des tas de choses, des tas de situations qui changent, il faut que ça bouge, il faut que euh... mais faire de la diététique, expliquer aux gens ce qu'il faut manger, pff...ça ne m'intéresse pas du tout.
E : Mais vous vous sentez quand même préparé à ça ou...enfin vous seriez capable si vous aviez le temps de le faire, ou vous avez l'impression que c'est même pas dans nos capacités de médecin ?
M7 : Ah si si, non ce n'est pas pour moi, si,si, c'est dans nos capacités de médecin..attendez il y a des gens pour tout, mademoiselle...
E : Bah oui, bien sûr, bah oui.
- 665 E : Hum. C'est très long oui.
M7 : C'est vrai, c'est drôlement long, vous comprenez, pff...(rires)
E : Et voilà c'est des prises en charge sur des années quoi, c'est pas sur...

M7 : Ah non non, c'est vachement important, ce sont des gens très...ah non non, c'est très important.
 E : D'accord.
 670 M7 : Ah non, moi je ne pourrais pas le faire.
 E : Oui voilà, c'est ça, c'est que ce n'est pas non plus de notre ressort quoi ?
 M7 : Mais je pense qu'il ne faut pas charger le médecin généraliste. Aujourd'hui, le médecin généraliste tel qu'il est fait, surtout comme il est rémunéré, c'est un leurre.
 675 M7 : Mais je pense qu'il ne faut pas charger le médecin généraliste. Aujourd'hui, le médecin généraliste tel qu'il est fait, surtout comme il est rémunéré, c'est un leurre. Donc c'est pas son problème à mon avis, son problème c'est d'aiguiller bien son patient, et de lui donner quelques clés. Mais ce que je reproche, c'est

qu'aujourd'hui on parle de plein de choses, on parle en 680 terme d'ailleurs de prévention de l'obésité, mais je ne suis pas certain qu'il y ait de très belles structures, simples, qui permettent de l'encaisser.
 E : Hum. D'accord.
 M7 : Hein je ne suis pas certain que ce soit fait, parce 685 qu'il y a plein de choses comme ça en médecine.
 E : Il y a pleins de choses qui manquent oui (*rires*). Si on devait faire le tour. OK.
 M7 : Voilà mademoiselle.
 E : OK, ben très bien.
 690 M7 : ça vous va ?

ENTRETIEN DOCTEUR M8

E : Euh... Vos patients obèses en général, ils vous consultent pour quel type de pathologie ?
 M8 : Hypertension, diabète.
 E : Alors c'est surtout...
 5 M8 : Et hypercholestérolémie.
 E : D'accord. OK, est-ce que vous vous sentez bien préparée, vous, pour aider à la perte de poids de ces patients ? Vous rencontrez quoi comme difficultés ?
 M8 : Euh... comme difficulté...moi...ça me barbe.
 10 (*rires*)
 M8 : Je vais vous dire ça, non on a quand même...On a l'impression de répéter beaucoup la même chose, donc voilà. Ou on a affaire à des patients qui savent tout, qui nous font chier, et puis je vais vous dire qu'entre le 15 moment où on s'est installé et puis maintenant les discours qu'on tient, ça a quand même beaucoup évolué et euh...ce qu'on racontait il y a 20 ans ça n'a pas forcément cours maintenant.
 E : D'accord.
 20 M8 : Donc je me dis que si j'insiste trop maintenant et que dans 10 ans on me dit qu'il faut encore changer, alors je suis devenue aussi beaucoup plus....
 E : D'accord, qu'elle est la prise en charge que vous préconisez en général pour les patients obèses ?
 25 M8 : (*silence*)
 E : Est-ce que vous adressez à des confrères ?
 M8 : Ah mais oui oui oui, j'adresse à des confrères bien sûr.
 E : A qui ? Enfin à quels...
 30 M8 : Aux endocrinologues.
 E : D'accord.
 M8 : Ou aux...à des diététiciennes si les patients veulent bien y aller.
 E : D'accord.
 35 M8 : Oui donc l'endocrinologue...je ne sais pas si ils vont forcément...si ils sont plus motivés d'aller chez l'endocrinologue où ils iront deux fois, trois fois et on leur dit la même chose, finalement.
 E : D'accord. Et en général il n'y a pas des gros résultats sur euh... sur vos patients obèses même qui ont été pris en charge par des endocrino, des diététiciens ? (*silence*)... Non ! (*rires*).
 M8 : Non !
 E : D'accord. C'est plutôt vraiment des difficultés, vous 45 arrivez et il n'y a pas vraiment de solution ?
 M8 : Enfin je pense que les gens ne sont pas...ne sont pas motivés. A la limite les gens les plus motivés c'est ceux

qui font un régime dans leur coin, à la limite sans nous en parler.
 50 E : Et pour qui ça marche ?
 M8 : Un certain temps. Parce que la j'ai une dame elle a heu... Alors elle est venue, c'est vrai qu'elle a perdu du poids et elle dit « bon, ça y est, je suis le régime du Docteur Dukan » je sais plus, hyperprotéiné c'est ça ?
 55 Donc elle avait perdu, ouais ouais elle avait bien perdu vingt, trente kilos sur huit, neuf mois.
 E : D'accord.
 M8 : Et puis là je l'ai revue, elle m'a dit qu'elle avait repris dix kilos.
 60 E : Ah ouais quand même.
 M8 : Mais c'est pas des régimes de toute façon qu'on peut tenir à vie ! Mais bon elle était motivée, elle avait décidé donc ça marche. Si c'est nous qui leur disons ça serait mieux de perdre du poids, que l'hypertension, le 65 diabète et tout ça, ça s'améliorerait en perdant dix kilos... ils vont se trouver des excuses et puis on ne les motive pas assez, certainement.
 E : Pour vous ça serait...
 M8 : Mais eux ils vont vous dire que dans la famille ils 70 sont comme ça, que le voisin il est gros comme lui et qu'il ne lui arrive jamais rien, et que l'autre voisin il était tout maigre mais qu'il est mort d'un infarctus (*rires de E*)...Enfin ils vont toujours vous trouver l'excuse, et puis bon, on insiste peut-être pas assez non plus ?
 75 E : Et pour vous l'obésité dans vos patients c'est dû à quoi ?
 M8 : Bah, il doit y avoir quand même un facteur génétique, mais il y a certainement un facteur alimentaire aussi, hein ? Je ne dis pas forcément en quantité, mais en 80 qualité, hein ? Parfois les gens...ne connaissent pas forcément la composition des aliments, je veux dire ils font des erreurs.
 E : Ils mangent mal ?
 M8 : Ils mangent mal... Ah bah tiens en parlant de ça, je 85 les envoie aussi beaucoup à la maison du diabète.
 E : Ah. D'accord.
 M8 : On en a parlé tout à l'heure...Il y en a beaucoup, au moins ils n'ont pas l'excuse du prix, du coût.
 E : Le prix, ça bloque beaucoup ?
 90 M8 : Non mais il y en a qui y vont plusieurs fois, et puis ils y en a qui y vont une ou deux fois, et puis finalement qui laissent tomber...
 E : Ils laissent tomber ?
 M8 : Ils laissent tomber aussi.

- 95 E : Des gens qui ne sont pas motivés finalement, on arrivera pas à les motiver ?
M8 : Bah si, on arrivera peut-être à les motiver, mais on n'a pas trouvé la bonne clé, je ne sais pas, ou alors il faut peut-être attendre qu'ils aient un accident, peut-être qu'ils vont se motiver. S'il leur arrive quelque chose, je ne sais pas peut-être un infarctus ou...et puis encore...
- 100 E : Et qu'est-ce que vous pensez vous du plan national nutrition-santé : mangez, bougez, 5 fruits et légumes, enfin toutes ces choses qu'on entend un peu partout...Vous en pensez quoi ?
M8 : Alors ça effectivement maintenant, on ne sait même plus si c'est juste ou pas (*rires de E*), d'accord ? Voir une chose, je me suis dis « ouh la, la, la, la », non mais je pense que c'est bien parce que ça...au moins les gens l'entendent et ça vient pas forcément de nous, et je veux dire ça concerne tout le monde...
- 110 E : Et vous pensez qu'au point de vue...
M8 : Je pense que c'est bien, ça...les...ça...enfin ce que je veux dire les enfants le captent ça.
- 115 E : D'accord, voilà, c'est de l'éducation pour les enfants ?
M8 : Voilà, pour les enfants, c'est encore eux qui sont...oui c'est ça, plus malléables, c'est pas bien de dire ça mais...
E : Oui, on peut encore jouer sur le futur de ces enfants-là ?
M8 : Oui.
E : D'accord, euh...Concernant la chirurgie de l'obésité...?
M8 : C'est eux bientôt qui vont dire ce qu'il faut faire à manger...
- 125 E : Oui ils vont expliquer à leurs parents ?
M8 : Ils disent « il faut mettre ça dans la poubelle là, il ne faut pas faire ça » c'est ça les enfants. (*rires de E*).
E : Ils sont, ils ont été éduqués différemment quoi ?
M8 : Bah, les enfants ont des messages, ils captent quand même quelque chose, il en reste quelque chose.
- 130 E : D'accord.
M8 : Et puis si un jour ils ne veulent pas manger des légumes, on leur dit « tu as entendu, il faut manger des fruits et légumes », ça nous sert aussi. Non non, mais bon c'est bien dans le sens où je pense que toute la population au moins a capté un message.
- 135 E : Vous pensez que le message a été bien entendu, bien...?
M8 : Oui, je pense que le message...
- 140 E : ...Est passé quoi ?
M8 : Je pense.
E : D'accord, donc concernant, là...On va passer plus sur la partie concernant la chirurgie de l'obésité, vous en connaissez quoi ? Et ce que vous en connaissez, vous l'avez entendu où ?
M8 : Alors je l'ai entendu parce que c'était...Je suis allée à deux réunions, le soir. Une faite, non, deux faites par les Gastro.
E : D'accord.
- 150 M8 : Les Gastro-Entérologues qui nous ont expliqué les chirurgies de...bah l'anneau et puis le by-pass.
E : D'accord donc oui, il y a quand même un message que vous avez bien entendu là-dessus, vous en avez entendu parlé clairement quoi ?
- 155 M8 : C'était oui par des gastro de ville, qui nous ont montré...
E : Vous avez posé des questions ? C'était voilà un vrai échange ?
M8 : Je ne sais pas comment vous appelez ça, une réunion d'information.
- 160 E : C'était il y a combien de temps à peu près ?
M8 : Il y a des années, enfin des années...je dirais plusieurs années.
E : D'accord.
- 165 M8 : Je vais me tromper, je ne pourrais pas vous dire, je vais me tromper.
E : D'accord. Est-ce que vous avez entendu parler des recommandations HAS là sur le sujet ou pas du tout ?
M8 : Non.
- 170 E : Non non, mais il n'y a pas de mal, justement le but c'est ça, de savoir si les reco servent. Elles sont sorties il n'y a pas très longtemps ça fait un peu moins d'un an.
M8 : On a reçu le support papier ?
E : Ben je ne sais pas, peut-être.
- 175 (*rires*)
M8 : Parce que je les garde, je les garde normalement, les derniers sont là...Alors c'est sur l'obésité.
E : La dernière date, je crois, de décembre ou novembre.
M8 : (*Recherche sur une étagère*) Alors le fluor, les antibio, ça non, Parkinson, néphropathie, épilepsie, schizophrénie, jeune fille enceinte, la trisomie, polyarthrite, artériopathie, insuffisance respiratoire...
- 180 E : Vous ne les avez peut-être pas reçues ?
M8 : Ah non non, si je les avais reçues, elles seraient là.
- 185 Voilà. Autrement j'aurais du lire ça dans les magazines, dans les revues c'est ça ?
E : Non mais voilà, est-ce que vous en avez entendu parler, quoi ? Mais il n'y a pas de mal. D'accord. Et vous est-ce que vous seriez...?
- 190 M8 : Et pourquoi, ils disent quoi ?
E : Non mais, c'était un peu, ils faisaient un peu le point sur les indications et la place du médecin généraliste, en quoi...enfin, qu'on sache à peu près comment adresser les patients et quels patients adresser quoi, c'était plus ça, c'était vraiment ça...
- 195 M8 : Bon, c'est quand même pour les personnes qui ont...ça s'appelle une obésité morbide.
E : Ouais. Ça c'est l'indication que vous aviez retenue ?
M8 : Oui.
- 200 E : D'accord.
M8 : Et j'en ai hein, des patients qui sont...qui ont un IMC dans cette zone-là.
E : Hum, hum.
M8 : Et il y en a qui ne veulent pas être...
- 205 E : Et vous en avez parlé avec eux ?
M8 : Oui j'en ai parlé avec eux...à deux patients parce qu'on arrive pas à perdre du poids, ils me disent qu'ils font des efforts, mais je leur ai dit qu'on pourrait voir si...on peut proposer un anneau « oh surtout pas ».
- 210 E : Donc ça, ça ne les intéresse pas ?
M8 : Non. C'est des hommes.
E : Des hommes les deux, ouais.
M8 : Ce sont deux hommes, oui (*rires*).
E : Et qui donc ont fait...enfin ils disent avoir fait des efforts, des régimes et qu'il y a...et qu'il y a...
- 215 M8 : Ah oui oui, c'est vrai enfin, je veux dire ça fait vingt ans qu'il fait des efforts (*rires*)... Alors il en a déduit que de toute façon, lui c'était le stress qui lui faisait prendre

- du poids.
- 220 E : D'accord et il n'en démords pas ?
M8 : ça y joue peut-être le stress ?
E : D'accord.
M8 : Donc il a décidé que c'était le stress et puis voilà.
- 225 E : Donc vous, vous en avez déjà parlé à ces deux patients ?
M8 : Oui.
E : Donc autrement vous avez deux patients qui ont été opérés c'est ça ?
M8 : Oui, deux femmes.
- 230 E : Deux femmes, donc une un by pass et l'autre un anneau ?
M8 : Euh alors, j'en ai une qui a un anneau et qui l'a toujours, et j'en ai une qui a eu un anneau et ça marchait pas donc ils vont enlever l'anneau, et elle est passée au by-pass.
- 235 E : D'accord.
M8 : Elle est pour le by-pass.
E : Et pour ces deux femmes la perte de poids elle a été à peu près de...
- 240 M8 : De 20 kilos.
E : Une vingtaine de kilos chacune, donc elles sont encore en obésité ?
M8 : Hum.
E : D'accord.
- 245 M8 : Et ça stagne.
E : Et ça stagne, donc là vous avez l'impression que...vous en pensez quoi vous de ces techniques, de votre expérience ?
M8 : Ben je vais vous dire qu'elles ont quand même...bon 20 kilos c'est toujours 20 kilos de moins, ça c'est...bon je pense qu'elles se sentent mieux. Bon, je pense que si elles pouvaient perdre encore un petit peu ça serait bien, mais l'autre jour j'ai vu un médecin de la caisse qui me tenait des propos un petit peu alarmants, il me disait qu'il suivait des patientes chez qui on avait mis un by-pass et qui continuent toujours à perdre du poids et qui en étaient arrivées à 30 kilos enfin dans un état pitoyable...
- 250 E : D'accord.
- 255 M8 : Parce que finalement il avait l'air de me dire qu'on arrêterait pas de perdre du poids. Alors euh...
E : Et vous ce n'est pas ce que vous constatez ?
M8 : C'est pas ce que je constate, mais d'un autre côté je me dis que si les patients qui ont un by-pass ils finissent tous à 30 kilos ou 25 ou je ne sais pas quoi, ça arrive ça ?
E : Très rarement, enfin je pense qu'il faut quand même qu'il y ait un suivi derrière. Pour en arriver là...il faut quand même compléter ou essayer de voir s'il n'y a pas...il ne faut pas laisser les gens devenir malades.
- 270 M8 : Il me disait ça, alors je me disais « oh la la », mais c'est sûr qu'il était plutôt hostile à ce genre de méthode.
E : D'accord. (*rires*) Et vous, vous en avez quelle opinion du coup ? Personnelle ou professionnelle enfin, vous en pensez quoi de cette chirurgie, quoi ?
- 275 M8 : Pour moi je ne le ferais pas, mais je suis trouillard (*rires*).
E : Donc pour vous, vous ne le feriez pas, ni pour quelqu'un de votre famille ?
M8 : Je ne crois pas, oh je ne crois pas (*rires de E*). Mais
- 280 morbide, je le propose quand même parce que ça existe et *cætera*, parce que même si on leur dit un jour, vous savez, il leur faut parfois plusieurs mois pour qu'ils réfléchissent.
- 285 E : ça travaille.
M8 : Oui ça travaille hein ? Donc ils savent, les gens qui sont dans cette classe-là je leur en ai parlé et puis voilà, je suis à leur disposition, je peux les envoyer...
E : Voilà, après c'est à eux de prendre la décision.
- 290 M8 : Voilà et puis voilà, je leur dis qu'il faut aller voir le psychologue, le gastro, l'endocrino le machin, enfin ils savent qu'il y a tout un bilan à faire quoi.
E : D'accord donc ça vous êtes bien au clair sur le fait qu'il y a un bilan...
- 295 M8 : Ah oui ça, mes patientes qui y sont, elles vont voir le chirurgien tous les mois, tous les deux mois...
E : D'accord, donc elles sont bien suivies vos patientes ?
M8 : Elles vont voir le diététicien, etc...
E : D'accord, elles ont été opérées où ?
- 300 M8 : Sur Chartres.
E : Sur Chartres d'accord. Et vous, vous trouvez que le suivi est suffisant ?
M8 : Ah si elles le font bien, le suivi il est fait.
E : ça dépend des patientes en fait ?
- 305 M8 : ça dépend surtout des patients, ah je veux dire...non non, autrement le chirurgien il redonne un rendez-vous, elles ont la prise de sang, non... il y a la rencontre avec les diététiciens...
E : D'accord.
- 310 M8 : Je veux dire après c'est...
E : Le suivi est fait ?
M8 : Bah pour ces 2 patientes oui.
E : Et elles le voient...
M8 : Maintenant c'est elles qui ratent le rendez-vous parce que finalement au bout d'un certain moment tout va bien, c'est toujours la même chose, bon.
- 315 E : Et vous, vous recevez des compte-rendus du chirurgien ?
M8 : Oui.
- 320 E : Des consultations ?
M8 : Oui.
E : D'accord. Vous arrivez quand même à suivre un petit peu ce qui se passe ?
M8 : Bah oui oui oui, oui oui, la perte de poids je les ai à chaque fois...
- 325 E : D'accord. Et vous savez le suivi...le suivi biologique, là vous me parlez des prises de sang ?
M8 : Oui, il fait des prises de sang.
E : Et ça consiste en quoi, vous savez ?
- 330 M8 : Ah, il dose la glycémie, bon le cholestérol aussi et qu'est-ce qu'il dose...? La TSH et je me demande s'il ne fait pas aussi...bon le iono, certainement, et puis une fois de temps en temps le truc des vitamines.
E : D'accord.
- 335 M8 : Mais elles ont un complément, enfin celle qui a un by-pass, elle a un complément de Bion.
E : D'accord.
M8 : Il lui a dit qu'il faudrait qu'elle prenne ça jusqu'à la fin de ses jours.
- 340 E : Oui, donc ça pour vous...oui vous êtes assez au clair sur la prise en charge finalement, vous connaissez bien ?
M8 : Ah bah écoutez j'en sais rien (*rires*), j'ai pas

- l'impression de savoir beaucoup mais si vous me dites que je sais.
- 345 E : Et puis vous suivez un peu, vous savez quel est le suivi qu'elles ont ? Vous faites bien attention à ça ?
M8 : Ah oui oui. Il y en a une elle...il y avait eu un petit changement de chirurgien, elle avait patogé un petit peu, je lui ai dit d'y retourner.
- 350 E : D'accord.
M8 : Ah si si, parce que là, il y a quelqu'un qui le remplace.
E : Donc vous, vous ne vous occupez pas du suivi par contre ? Enfin vous-même vous ne demandez pas de prise de sang ?
355 M8 : Bah non parce que si elles vont bien chez le chirurgien après...
E : Voilà, donc vous, vous adressez au chirurgien et puis quand même vous vous inquiétez d'avoir des nouvelles ?
360 M8 : Voilà, je regarde effectivement si tout est bien euh...
E : D'accord. OK. Et aucun de vos patients n'est jamais venu vous aborder en vous disant « j'ai entendu parler de ça, qu'est-ce que vous en pensez » ?
M8 : Si. Mais c'était toujours des gens qui étaient...si si, j'en ai même eu une, une fois, qui était très revendicative parce que justement...elle n'était pas dans la zone d'obésité morbide.
E : D'accord.
M8 : Donc elle a été voir un spécialiste qui lui a dit « non ».
370 E : D'accord. Donc il y a eu un...
M8 : Il lui a dit, enfin pour simplifier, « vous n'êtes pas assez obèse pour bénéficier d'un anneau » donc elle est revenue très en colère, je crois que je ne l'ai pas revue après, en me disant « Bien puisque c'est comme ça, et bien je vais grossir et puis je finirai par l'avoir l'anneau » (*rire de E*).
E : Bon c'est un peu le.. elle est pas revenue ? (*rires*)
M8 : Enfin, il me semble que j'ai revu son mari ou je ne sais plus...Enfin voilà, elle m'a dit « de toute façon, il ne me reste plus que ça à faire » et elle, elle avait une sœur ou je ne sais pas quoi, une cousine, qui avait le même corps qu'elle et qui avait pu avoir l'anneau.
E : Qui avait été opérée ?
385 M8 : Enfin, elle a dit qu'elle irait voir ailleurs, qu'elle prendrait du poids et qu'elle finirait par avoir son anneau.
E : Il y a des patientes qui sont motivées et qui veulent vraiment...?
M8 : Oui, mais c'est pas forcément les indications.
390 E : Les bonnes indications ? Ouais, d'accord. Vous si vous deviez adresser un patient pour une chirurgie vous adresseriez à qui ?
M8 : Moi je n'adresse pas directement en fait au chirurgien, bah je ne sais pas trop là parce que, bon, on en avait un effectivement à Saint-François qui semblait bien suivre ses patients.
395 E : Vous l'auriez adressé directement à ce chirurgien-là ?
M8 : Hum. Ben j'en connais pas d'autre.
E : Oui mais je veux dire, vous connaissez son...enfin
400 vous connaissez...
M8 : Lui, je le connaissais bien.
E : Voilà et vous l'auriez adressé si jamais l'occasion s'était présentée ?
M8 : Et puis il y avait un autre chirurgien mais qui a
- 405 quitté Chartres aussi, qui le faisait à Bon-Secours.
E : D'accord.
M8 : Et d'ailleurs il était venu se présenter en nous disant qu'il faisait ce genre de chirurgie.
E : D'accord, euh...C'était plus les anneaux à l'époque ou
410 les by-pass ?
M8 : Oui, c'était plus les anneaux, donc il nous a dit qu'il faisait ce genre de chirurgie. Donc je lui ai adressé, mais manque de bol il est parti aussi, alors là je suis retournée à Saint-François, mais à Saint-François il est parti aussi.
415 C'est embêtant hein quand même, c'est pas facile. Même pour les patients de toujours changer de médecins...Et ici à l'hôpital parfois ils envoient à Orléans c'est ça ?
E : Oui à Orléans, Ouais. Donc d'accord, oui vous êtes bien au clair avec ces choses-là. Vous avez l'impression que l'indication est toujours bien posée justement, que les barrières sont bien mises ? Là comme pour cette patiente...
420 M8 : Alors les deux patientes que j'ai eu, ça c'est , il n'y avait pas photo.
425 E : D'accord, vous n'avez pas l'impression qu'il y a des abus de certains...ou entendu parlé de certains abus ou quelque chose comme ça ?
M8 : Ah non, puis je vous dis cette patiente qui a été refusée, donc voilà.
430 E : Qui n'avait pas l'indication ? D'accord.
M8 : Je pense que c'était honnête, hein.
E : Voilà, vous pensez qu'il a bien fait de la refuser ?
M8 : Bah lui pour lui, elle entrait pas dans les critères, moi je la trouvais obèse (*rires*) mais bon lui, pour lui elle
435 n'entrait pas encore dans les critères.
E : D'accord.
M8 : Donc c'est tout.
E : Et dans le futur vous avez l'impression que cette chirurgie ça va se développer, enfin qu'elle est votre
440 impression ?
M8 : Je ne suis pas sûre, non.
E : Vous en pensez quoi, quel est l'avenir pour ce type de chirurgie ou quel est l'avenir pour la prise en charge de l'obésité ?
445 M8 : Parce que ça fait quand même des années finalement que ça existe, et je trouve que les demandes sont toujours enfin...
E : C'est resté stable.
M8 : Oui, c'est resté stable.
450 E : D'accord. Et que ça s'adresse vraiment à ...pas à tous les obèses finalement ?
M8 : Non, pas à tous les obèses. Bah non, on va pas généraliser ça, il doit y avoir des risques hein quand même là-dedans, non ?
455 E : Qu'est-ce que vous redoutez, c'est quoi les risques que vous avez en tête pour ce type de... ?
M8 : Non, je sais pas ? Bah justement, ces gens qui n'arrêtent pas de maigrir là, ça peut être une catastrophe.
E : D'accord. Et sur les risques biologiques ?
460 M8 : Bah biologiquement, je me dis que si on suit bien on peut compenser.
E : D'accord.
M8 : L'apport de vitamines, tout ça.
E : Les carences ?
465 M8 : On les compense, à mon avis on doit pouvoir tout compenser.

- E : Le tout c'est d'avoir un bon suivi finalement ?
M8 : Eh oui.
E : D'accord.
- 470 M8 : Et qui dépend beaucoup du patient.
E : Oui (*rires*).
M8 : On se déculpabilise, on se déculpabilise.
E : Il faut que le patient se prenne en charge ?
M8 : Ah bah oui, et pour cela il faut qu'il soit un petit
- 475 peu acteur de son histoire.
E : Et pour finir une dernière question...
M8 : Et il faut vraiment des gens motivés.
E : Voilà, pour ce type d'opération il faut qu'ils soient motivés.
- 480 M8 : Ah bah oui oui, parce que je veux dire il faut quand même qu'ils soient un petit peu acteur.
E : Vous avez l'impression que l'information elle est bien faite, en amont, avant l'opération, quand même ?
M8 : Bah oui parce que ça prend du temps, le temps
- 485 qu'ils aillent voir le pneumo, qu'ils aillent voir le psy...
E : Hum d'accord. Et pour une meilleure prise en charge de l'obésité vous pensez qu'il manque quoi en médecine générale, au médecin généraliste en général ?
M8 : Nous pour qu'on prenne bien...(sourir), déjà un peu
- 490 de volonté et de motivation de notre part ça...certainement... plus celle du patient aussi, hein ?
E : D'accord.
M8 : Après, on en trouve des gens qui s'occupent de l'obésité.
- 495 E : D'accord. OK. Vous aviez d'autres choses à rajouter ?
M8 : Enfin il faut aussi...j'ai réussi à envoyer une jeune fille, qui avait déjà fait tous les régimes, je ne sais pas quoi, j'ai réussi à l'orienter vers un psy.
E : Un psychiatre ?
- 500 M8 : Oui, je lui ai dit « essayez de laisser tomber tous les régimes et essayez d'aller comprendre pourquoi, plutôt ».
E : Ouais, chez cette patiente-là vous aviez l'impression qu'il y avait quelque chose de plus profond ?
M8 : Bah ouais, d'être allée un petit peu plus loin, mais
- 505 bon elle était jeune donc ça valait le coup, je lui ai dit « on va changer ce ne sera pas un régime ce coup-ci, c'est d'aller voir chez le psy si »...ou alors l'aider à s'accepter tel qu'elle était.
E : Vous pensez que cette prise en charge psychologique
- 510 on n'en parle pas assez du point de vu des patients obèses, finalement ? On ne s'occupe pas assez de cette part-là ?
M8 : Ben, il y a des nutritionnistes qui s'en occupent, ça aussi j'ai déjà conseillé à des gens de lire un petit peu des
- 515 livres autres que « la recette du docteur Dukan », machin, etc. Je dis qu'il y a des gens qui s'intéressent plus au côté psychologique, je dis « essayez de lire, de lire hein, vous vous trouverez peut-être des choses intéressantes dedans ». Maintenant il faut voir. Ils ne
- 520 vont peut-être pas arriver à maigrir.
E : D'accord.
M8 : OK voilà je leur ai déjà conseillé de la lecture (*rires*).
E : ça peut être...oui ça peut être...
- 525 M8 : Bah écoutez oui, si vraiment les gens sont motivés, ils accepteront aussi autre chose que de compter les calories. N'empêche, un truc qui marche bien c'est Weight Watchers aussi.
- E : Vous avez déjà eu des...
530 M8 : J'ai deux patientes qui vont chez Weight Watchers.
E : Et c'est durable ?
M8 : Ah bah, tant qu'elles y vont ça marche.
E : Ouais (*rires*). D'accord.
M8 : Mais c'est quand même...c'est fou ça, tant que voilà,
- 535 qu'elles se prennent en charge, qu'elles sont prises en charge, qu'elles discutent, qu'elles vont en groupe, qu'elles se sentent accompagnées certainement.
E : Ouais. Le fait qu'il y ait un suivi vraiment proche.
M8 : Ben ça marche, et puis après elles connaissent
- 540 toutes les techniques et toutes les ficelles donc elles se disent...et elles arrêtent.
E : Ouais, elles finissent par reprendre du poids ?
M8 : Hum. Toutes, toutes toutes (*rires*), de toute façon tous les gens qui font un régime, il faut que ce soit des
- 545 méthodes qui soient durables à vie, quoi.
E : Hum.
M8 : Pour que ça marche.
E : D'accord. Au moins la chirurgie...
M8 : (*rires*) C'est vrai ça fait combien de temps, on a du
- 550 recul là-dessus ? Je ne sais pas trop...
E : Si, je pense que les plus anciens ça date du début des années 90, du début des années 90 les by-pass, c'était plus aux États-Unis à l'époque mais...
M8 : Et alors aux États-Unis c'est quoi le résultat des
- 555 études ?
E : ça marche, enfin à priori ça marche bien. Enfin je veux dire si la HAS...enfin les recommandations, c'est vraiment basé sur des articles qui ont montré que...
M8 : Des études américaines ?
- 560 E : Des études américaines où il y avait vraiment un recul du diabète même de l'hypertension ,enfin au point même de guérir du diabète, enfin ça c'est sûr qu'avec une perte de poids de...
M8 : Ah bah oui c'est sûr, ça doit pouvoir arriver hein,
- 565 elles ne sont pas diabétiques mes deux dames (*rires*), elles ne sont pas diabétiques.
E : Enfin bon même l'hypertension, il y avait vraiment des gens qui retrouvaient des tensions normales.
M8 : L'hypertension c'est possible, ouais
- 570 E : Ouais.
M8 : L'hypertension certainement. Et on a de grandes études là-dessus ?
E : Oui mais...
M8 : En France, en France ?
- 575 E : En France euh... non on n'en a pas retrouvé. Moi dans ma biblio j'ai pas vraiment d'étude française, bah il n'y pas vraiment...enfin, c'est assez isolé, mais il n'y a pas non plus je pense des centres qui opèrent non plus à tout va. Il n'y a pas des indications assez fréquentes pour
- 580 arriver à faire des grosses études localement quoi, mais je pense que ça va venir.
M8 : Vous pensez que c'est en excès dans vos indications par rapport aux américains ?
E : Non je ne pense...bah, justement pas opérer en excès
- 585 parce que ce ne sont pas des opérations anodines, elles ne s'adressent pas à n'importe qui non plus.
M8 : hum, hum.
E : Donc faut pas, faut pas au contraire je trouve ça bien qu'en France on soit un peu frileux et qu'il y ait des gens
- 590 qui soient récusés.

M8 : Hum hum.

E : C'est quand même pas...

M8 : C'est bien de voir avant aussi.

ENTRETIEN DOCTEUR M9

- E : Euh voilà, je voulais savoir, vos patients obèses qui vous consultent vous consultent pour quels types de pathologies en général ?
- 5 M9 : Quels types de pathologies ? Et bah, ils viennent aussi euh... pour des problèmes locomoteurs, des problèmes de douleurs articulaires, et puis des problèmes soit métaboliques...
- E : D'accord. Vous essayez de les aider vous pour la perte de poids ?
- 10 M9 : Alors euh... tout dépend si je les connais depuis très longtemps, ou si on commence à faire connaissance. Il y a des gens qui arrivent, qui ont des problèmes de poids depuis un certain temps, et puis qui font une démarche personnelle depuis x mois, et j'entame moi-même, ouais,
- 15 une discussion pour savoir un peu leur mode de vie, comment ça fonctionne, qu'elles sont leurs habitudes...leurs habitudes de vie tout simplement.
- E : hum, hum.
- 20 M9 : Et puis ça peut demander une ou deux consultations et ensuite je leur demande de me faire, faire un petit agenda alimentaire.
- E : D'accord.
- M9 : Voilà sur une quinzaine de jours. Et puis on reprend rendez-vous en explicitant bien que ce sera une
- 25 consultation dédiée uniquement au problème...
- E : Que pour ça ?
- M9 : Que pour ça. On parlera de leur alimentation.
- E : Hum, hum.
- 30 M9 : Donc moi je...je...j'aime bien ça parce que bon, j'ai fait la médecine du sport, et j'avais essayé de faire un truc sur la diététique, mais il y a de ça une vingtaine d'années, à l'Hôpital Saint Michel à Paris, que j'ai pas finalisé, enfin bon bref, mais c'est un domaine qui me plaît bien.
- 35 E : D'accord.
- M9 : C'est vrai que...je ne dirais pas que c'est du quotidien de la médecine générale, mais ça fait...c'est inhérent à notre pratique.
- E : D'accord.
- 40 M9 : Ça c'est dans un premier temps, et si je vois que les gens euh...mordent bien à l'hameçon, euh...si ils arrivent à se prendre en charge comme ça, s'ils ont assez bien compris, si j'ai été assez clair euh...on continue, je continue avec eux, sinon je demande l'avis d'une
- 45 diététicienne.
- E : D'accord, vous avez l'habitude d'adresser à cette diététicienne ?
- M9 : Tout à fait.
- E : Donc en cas d'échec finalement ?
- 50 M9 : Oui, ça dépend ou si c'est...si c'est dans le cadre d'une patho...d'une polypathologie euh... si les gens adhèrent mal à ce que j'ai évoqué, à ce que j'ai dit, euh... je passe la main. Par exemple s'il y a diabète associé, difficile à équilibrer et que visiblement c'est un problème
- 55 d'hygiène alimentaire, plutôt que de donner des médicaments, euh... et que c'est difficile, je passe la

E : Voilà.

595 M8 : Très bien Madame.

E : (*rires*) Et merci bien.

- main à une diététicienne. On sera deux quoi comme ça.
- E : D'accord. Et vous, vous vous sentez bien à l'aise, préparé pour aider les gens finalement, vous...?
- 60 M9 : Oui. Parce que je participais, j'ai même aussi été animateur dans des séminaires organisés par MGforme euh...donc voilà.
- E : D'accord.
- M9 : Donc je ne dis pas qu'il ne faut pas se remettre en
- 65 cause, revoir des petits problèmes mais dans la...comment dire dans l'entretien, ça ne pose pas trop...ça ne me pose pas de problème.
- E : Et c'est quoi les difficultés que vous pouvez rencontrer avec ces patients, dans le cadre de l'aide à la
- 70 perte de poids ?
- M9 : Alors leur appropriation, leur adhésion et leur appropriation à leur véritable problème, c'est-à-dire est-ce que...le problème de poids peut cacher pleins de choses sous-jacentes.
- 75 E : Hum, hum.
- M9 : D'ordre psychologique, tout ce qui sera du domaine psychologique et tout ce qui était enfoui pendant des années, un petit peu en eux et parfois difficile à faire ressortir, à faire émerger. Donc l'aide d'une diététicienne
- 80 qui les fait également parler, voire même une psychologue, hein ?
- E : Donc il y a une part psychologique à prendre en charge aussi ?
- M9 : Une part psychologique à prendre en charge euh... alors parfois ou bien ça mord, ça passe, ça vient...si je sens que ça m'échappe ou que je suis en train de patiner et que je perds du temps, c'est pas la peine, je passe la
- 85 main à des confrères.
- E : Hum hum, d'accord. Et concernant le plan nutrition-santé là dont on entend beaucoup parler à la télé euh...qu'est-ce que vous en pensez, enfin quelle est votre
- 90 opinion sur le sujet ?
- M9 : Alors, j'ai été au courant, j'ai feuilleté le bouquin, alors cinq fruits, cinq légumes, cinq machins, cinq
- 95 trucs...bon très bien euh... je me dis que c'est bien d'en parler, d'informer, de communiquer, mais bon communiquer c'est une chose, informer c'est du travail en profondeur, et ceux qui devraient en bénéficier n'ont pas toujours la bourse financière suffisante pour acheter
- 100 des produits qui pourraient les aider à perdre du poids. Cela dit, on peut aussi faire des démarches personnelles et aller dans des endroits où l'on peut acheter des légumes à prix moindre. Euh... ça c'est le premier point. Deuxième point,euh...bah,ça part d'un très bon
- 105 sentiment, mais c'est vrai que ça ne doit pas être simple dans les familles où le papa et la maman travaillent, et les enfants ne sont pas là, ils sont à l'école le midi à la cantine, quand on sait comment ça se passe aussi dans les cantines et par rapport aux repas qui sont préparés
- 110 dans les cuisines euh...
- E : Centrales ?
- M9 : ...les cuisines centrales... bon donc tout ça après

- chez soi à mettre en place, c'est pas obligatoirement évident. Mais bon, moi je...je l'ai...je l'ai lu un petit peu transversalement, et puis voilà...
- 115 E : D'accord.
M9 : Alors je ne sais pas si les gens se le sont approprié ?
E : D'accord.
- 120 M9 : J'en ai distribué quelques-uns d'ailleurs.
E : OK. Pour passer plus sur le versant de la chirurgie bariatrique, qui était le sujet un peu...qu'est-ce que vous en connaissez vous, qu'elles sont les informations qu'on vous a données ?
125 M9 : Alors chirurgie BARIATRIQUE ?
E : Chirurgie de l'obésité.
M9 : D'accord, parce que bariatrique ça ne me dit rien du tout.
E : Non, ça ça ne parle pas toujours.
- 130 M9 : D'accord. Euh... de la chirurgie de l'obésité ? Alors j'ai travaillé avec un confrère chirurgien, enfin ça m'est arrivé d'adresser je crois deux ou trois...deux, deux, deux patientes qui ont été opérées, voilà...
E : De quel type d'opération, vous savez ?
135 M9 : Alors le type d'opération ? Je pourrais vous le retrouver dans les dossiers, là je ne pourrais pas vous dire exactement l'installation chirurgicale...
E : Enfin c'était une vraie, une vraie...ce n'était pas des anneaux, des choses comme ça ?
140 M9 : Non non, c'était une vraie...une qui était une vraie, tout à fait.
E : D'accord.
M9 : Euh...
E : Est-ce que vous avez eu des sources d'information ?
145 M9 : Alors des sources d'information ? Moi j'ai lu comme ça dans des revues spécialisées, je l'ai eu également par le chirurgien qui l'avait opérée. Je savais que fallait...que c'était pas anodin, que c'était à prendre...qu'il y avait toute une préparation euh...psychologique euh...comment dire d'examen médical approfondi bien avant.
150 E : Vous savez quelles sont les différentes consultations...?
M9 : Alors, les différentes étapes je sais qu'il y en a, mais en réalité moi-même, si vous voulez à partir du moment où...les deux cas que j'ai eu d'ailleurs, ce n'est pas venu de moi.
155 E : D'accord.
M9 : C'est la patiente...
160 E : Oui.
M9 : C'est la patiente qui m'en a parlé, « docteur, qu'est-ce que vous en pensez ? »
E : D'accord.
M9 : Alors je voyais bien qu'elle était en difficulté, je pense qu'on avait déjà...c'est une personne avec qui je pense on avait déjà évoqué ça, médicalement, le comportement alimentaire...Rien n'y faisait, elle avait un contexte conjugal, familial un peu difficile euh... bah je lui ai dit « pourquoi pas », je peux vous adresser à
170 quelqu'un...et c'est effectivement le chirurgien...
E : C'est vous qui l'avez adressée directement au chirurgien ?
M9 : Elle avait un nom de chirurgien, que je connaissais, et donc je lui ai dit OK pourquoi pas.
- 175 E : C'était sur Chartres ?
M9 : Oui c'était sur Chartres, à la clinique Saint-François, je peux vous donner le nom, le docteur ----- qui l'a opérée, et j'ai trouvé que la prise en charge euh...était très bien, la patiente était tout à fait satisfaite.
- 180 E : Elle avait reçu suffisamment d'informations ?
M9 : Suffisamment d'informations, elle avait vu le psychologue, tout ça...
E : D'accord.
M9 : Et ça a bien duré six bons mois avant
185 l'intervention.
E : Avant l'intervention ? D'accord.
M9 : Tout à fait.
E : Et pour vous, l'indication elle était adaptée chez cette patiente ?
190 M9 : Quand j'ai vu que tout se passait bien, que...qu'il y avait une bonne préparation, j'ai pas mis en cause l'indication.
E : ça vous a rassuré quelque part ?
M9 : Bah a priori, ça...ça a dû...l'indication a dû être bien posée parce que cette personne va très bien maintenant...
195 E : Elle a perdu du poids ?
M9 : Elle a perdu 50...au moins 50 kilos.
E : D'accord. Et la deuxième patiente que vous avez elle
200 a perdu également ?
M9 : Alors la deuxième patiente c'était un anneau mais je l'ai perdue de vue.
E : D'accord. Et elle avait commencé à perdre quand même ? Non ? Vous ne l'avez pas revue ?
205 M9 : Euh non, ça m'a...j'crois qu'elle a dû déménager...
E : D'accord, ces patientes elles avaient dans quels âges à peu près ?
M9 : Euh, la...la dernière, celle dont je parle elle à 50...là elle a 50 ans, donc ça s'est passé il y a 3 ans à peu près.
- 210 E : D'accord, et elle avait un poids de base, vous avez un ordre d'idée ?
M9 : Qui était à cent...entre 120 et 130.
E : D'accord.
M9 : Elle était plutôt à 130 puisqu'elle à perdu 50 kilos à peu près, actuellement elle est à 80...
215 E : Elle est à 80 kilos, d'accord, OK. Est-ce que vous, vous seriez désireux de plus d'information sur la chirurgie de l'obésité ou vous considérez que là, ce que vous en savez vous suffit, pour votre pratique ?
220 M9 : Euh, si j'ai besoin d'un peu plus... alors c'est vrai, c'est pas...comment dire ? ça fait partie des motifs de consultations, je dirais, pour moi, assez exceptionnels et que si vraiment j'ai besoin d'un...de renseignements, je vais sur des sites professionnels ou je vois ça avec le
225 chirurgien.
E : Vous iriez sur internet ou même contacter le chirurgien ?
M9 : Sur internet ou j'ai deux, trois revues voilà pour pouvoir retrouver un peu les indications voilà, j'en fais pas plus, je n'ai pas besoin d'en savoir plus
230 particulièrement.
E : Vous n'avez pas besoin pour l'instant de plus d'information ?
M9 : Non, ce n'est pas ce qui m'intéresse le plus dans
235 l'obésité si vous voulez.
E : D'accord. Et concernant, il y a eu des

- recommandations HAS qui sont sorties l'année dernière, est-ce que vous en avez entendu parlé ou pas du tout ?
M9 : Par rapport ?
- 240 E : Sur la chirurgie de l'obésité.
M9 : ça a du sortir, j'ai du recevoir les recommandations, j'ai du les déposer, y'en a tout un gros stock et je les regarde de temps en temps quand...par rapport aux pathologies qui m'intéressent.
- 245 E : D'accord, qui vous intéressent ?
M9 : Que j'ai en pratique quotidienne.
E : D'accord. Concernant cette opé...ces chirurgies, qu'elles sont les indications que vous avez retenues ? À qui ça s'adresse cette opération, ces opérations ? Vous ne savez pas du tout ?
- 250 M9 : Absolument pas.
E : D'accord. Et donc vous, vous ne l'avez jamais proposé à personne finalement ?
M9 : Ah non jamais, jamais.
- 255 E : D'accord. Donc les deux patientes, sont des patientes qui sont venues vous voir pour vous en parler.
M9 : Qui en avaient entendu parler autour d'elles, qui voulaient essayer ce type de chirurgie parce que rien ne marchait, enfin voilà.
- 260 E : Est-ce qu'il y a eu d'autres patients qui sont venus vous en parler, ou enfin, il y a eu des discussions avec d'autres patients sur ce sujet ?
M9 : Non, pas tellement en réalité, très peu.
E : D'accord.
- 265 M9 : Et moi je ne, euh...j'ai très peu de gros obèses, en réalité.
E : D'accord, vous n'en avez pas beaucoup ?
M9 : Non, des gens qui sont en surpoids, on va dire petite obésité, mais des gens...euh... des trucs...importants, non.
- 270 E : Vous en pensez quoi vous de ces chirurgies ? Votre propre opinion, enfin vraiment votre opinion personnelle ? Vous en pensez du bien ou plutôt un peu des craintes ?
M9 : Moi je euh...je suis un fervent euh...pour essayer de euh...de modifier le comportement alimentaire des gens. Alors après on peut rechercher les causes, savoir pourquoi ils en sont là, faire un travail de fond, dans l'entretien, la prise en charge psychologique, mode de vie, familiale, conjugale, je pense que c'est beaucoup plus profond que de mettre...qu'un problème de tuyauterie si vous voulez...
E : D'accord.
M9 : Et que...alors peut-être que...c'est difficile et que...dans certains cas, il est nécessaire d'avoir...d'avoir recours à la chirurgie, si vraiment on veut perdre du poids, mais sinon ce n'est pas du tout mon cheval de bataille.
E : Vous n'avez pas de crainte sinon par rapport à ça ou d'opinion négative ?
- 290 M9 : Alors si, j'ai vu les montages et tout...alors bon, celle qui s'est faite opérée, il faut effectivement...une fois ou deux il lui est arrivée de manger un peu n'importe comment, de faire...ça l'a rendue extrêmement malade et du coup...
295 E : C'est-à-dire ?
M9 : Bah malade.
E : Des douleurs ?
M9 : Ouais enfin, elle a dû avoir des vomissements, des troubles euh...des douleurs abdominales, voilà et euh...elle a compris une bonne fois pour toutes qu'il fallait que, de toutes les façons, elle fasse très très attention aux quantités et à tout ce qu'elle mangeait.
E : D'accord.
- 305 M9 : Donc sûrement quelque part c'est pas anodin, et je sais pas si sur le plan de la qualité de vie après euh...je dis pas que une fois qu'on a réellement modifié son comportement, perdu du poids, on peut faire n'importe quoi, mais là ils sont quand même tenus à une certaine rigueur au niveau de la quantité et de la qualité des aliments.
310 E : Et pour vous c'est plutôt positif ?
M9 : Positif ça dépend euh...elle est, elle est en permanence en veille par rapport à ça, est-ce que c'est bon pour la qualité de vie ? Je sais pas. Est-ce qu'il faut en permanence penser à ça ?
315 E : Oui tout le temps y penser ? D'accord. Donc vous avez l'impression que vos patients, enfin votre patiente qui a été opérée elle a été suffisamment informée, qu'il y a eu un bon suivi avant. Vous savez qu'elles sont les étapes qu'elle a suivi avant de se faire opérer ? Les spécialistes qu'elle a vu ?
320 M9 : Euh... Elle a dû voir cardio, diabéto, euh...je crois que je lui ai même moi-même fait un petit bilan de l'état de santé sur ses antécédents et tout ça...
325 E : Hum.
M9 : Le psychologue plusieurs fois, euh...il y a eu tout un bilan biologique, vitamines, machin, truc.
E : Hum, hum.
M9 : Voilà. Non j'ai trouvé que c'était honnête.
- 330 E : OK. Euh... le suivi il est fait par qui là, par le chirurgien ?
M9 : Le suivi était fait en l'occurrence par le chirurgien, bon qui est...qui avait pris un créneau comme ça dans ce domaine, que je connaissais un petit peu, qui était très à l'écoute des gens, effectivement.
335 E : D'accord.
M9 : Donc, ça me semblait, ça me semblait bien quoi.
E : Il la revoyait tout les combien à peu près ?
M9 : Tout les combien après, je sais pas, mais je sais que là pour des raisons euh...on va dire médicales, il a quitté la clinique et il est allé en région parisienne donc euh...normalement il reconvoquait, enfin il disait aux gens de revenir le voir voilà, euh... là ces derniers temps comme il n'a pas donné de nouvelles...justement j'ai revu la patiente il n'y a pas très longtemps, elle m'a dit « moi j'irais bien revoir le chirurgien, savez-vous où est-ce qu'il est ? ». Enfin voilà, pour qu'elle puisse continuer le suivi parce que je crois que ça s'était bien passé avec lui, il n'y avait pas de raison qu'elle revoie quelqu'un d'autre.
- 350 E : D'accord.
M9 : Donc c'est lui qui a organisé ça.
E : Et quel type de suivi il organisait, vous aviez... ?
M9 : Les bilans biologiques, d'une part.
E : Il surveillait quoi au niveau biologique ? Vous aviez une idée ou pas ?
355 M9 : Euh...bah il y avait tout ce qui était métabolique, cholestérol, glycémie, fer, ferritine euh...qu'est-ce qu'il y avait euh...tout ce qui était sels minéraux euh...numération, euh...
360 E : D'accord. Donc ça c'était lui qui s'en occupait ?

M9 : C'est lui qui s'en occupait.
 E : Il vous adressait des correspondances ?
 M9 : J'avais les correspondances, oui.
 E : D'accord, donc vous aviez l'impression quand même
 365 d'avoir un bon contact ?
 M9 : Mais cette patiente-là je la revoyais pour un
 problème d'hypertension artérielle.
 E : D'accord.
 M9 : Je la revoyais tous les trois mois, donc je la voyais
 370 quand même. A l'occasion j'avais les résultats aussi ou
 elle me les amenait et on discutait, « ça se passe bien
 ? ». « Pas de problème ». Donc voilà.
 E : Donc vous arriviez à bien vous coordonner avec le
 chirurgien finalement ?
 375 M9 : Tout à fait.
 E : Vous de votre côté, vous ne vous occupiez pas de la
 surveillance biologique ?
 M9 : Non. C'était lui qui la prescrivait.
 E : D'accord. Elle a une supplémentation, un traitement
 380 particulier par rapport à...?
 M9 : Oui elle a... elle prend du Bion, des comprimés de
 Bion. Voilà un par jour à vie.
 E : C'est vous qui le prescrivez ?
 M9 : Alors c'était prescrit par le chirurgien mais euh... de
 385 temps en temps il en manquait donc c'est moi...
 E : Donc ça vous est arrivait de...?
 M9 : ça m'est arrivait de le prescrire, et là ces derniers
 temps il m'est arrivé de le prescrire vu qu'elle ne savait
 pas où il était.
 390 E : D'accord. Concernant les risques post-opératoires
 qu'est-ce que vous avez comme notion des choses à
 craindre ou qui peuvent arriver dans les suites de
 l'opération ?
 M9 : Je dirais...là vous me posez une petite colle...je
 395 dirais des syndromes sub-occlusifs, par exemple, et puis
 peut-être des phénomènes de reflux aussi.
 E : D'accord. Sur le plan plus métabolique, biologique ?
 M9 : Métabolique, biologique euh...je ne sais pas du
 tout. Non je ne sais pas.
 400 E : D'accord. Est-ce que dans le futur vous imaginez que
 ce type de chirurgie va venir à se répandre un peu plus ?
 Vous imaginez quoi comme avenir ?
 M9 : L'avenir euh...je pense qu'il faut qu'on arrête de
 faire bouffer n'importe quoi aux gens, euh...qu'ils
 405 arrêtent de poser leurs fesses devant...dans le fauteuil
 devant le poste de télévision.
 E : Un manque d'exercice aussi ?
 M9 : D'avoir...voilà un petit peu plus d'exercice, manger
 autrement et puis voilà.
 410 E : D'accord.
 M9 : Voilà. Moi je...pour ce type de chirurgie peut-être
 que c'est très utile pour la population américaine qui est
 obèse plus, plus, plus, plus.
 E : Vous n'imaginez pas que l'avenir de la population
 415 française va s'aligner avec la population américaine ?
 M9 : Bah si c'est ce qu'on prévoit ! Mais bon, on peut

aussi...il faut que les...Ben à travers le plan national, ça
 serait bien de demander aux gens de ne pas consommer
 comme nos amis américains, hein ? Voilà.
 420 E : D'accord. Est-ce que vous si vous étiez...?
 M9 : Quoi qu'il en soit on a une autre histoire culturelle
 vis à vis de l'alimentation.
 E : Oui. Vous si vous étiez dans un cas vraiment
 d'obésité extrême, ou quelqu'un de votre famille, vous
 425 seriez prêt à tenter ce type d'opération ?
 M9 : Non, ou alors si vraiment on ne pouvait pas faire
 autrement, je pourrais tout au moins aller voir quelqu'un
 pour lui demander son avis.
 E : D'accord. Alors la dernière petite question, qu'est-ce
 430 qu'il manque aux médecins généralistes pour une
 meilleure prise en charge de l'obésité ?
 M9 : Meilleure prise en charge de l'obésité ? Peut-être
 un petit peu plus de connaissances dans ce qui est
 diététique.
 435 E : Dans les études médicales vous voulez dire , au cours
 des études ?
 M9 : Oui études médicales ou même après, dans les
 formations professionnelles, on veut nous restreindre
 avec les nouvelles lois et tout le tintouin là, ce qui est
 440 dramatique. Euh...je pense que c'est...enfin moi si je...je
 pense à mon cursus, en diététique il n'y a pas grand
 chose, il n'y a rien. La connaissance se faisait après.
 Alors peut-être que dans les études aujourd'hui c'est un
 petit peu mieux, je ne sais pas précisément. Et d'autre
 445 part du temps, parce que il m'est arrivé...enfin j'ai
 organisé pour MGforme, il y a quelques années, un
 séminaire sur l'éducation thérapeutique. Euh, c'était sur
 trois jours et il faut du temps je veux dire, il faut
 connaître les gens, pour connaître les gens faut les
 450 laisser parler, pour les laisser parler....Donc après on
 touche un petit peu à la structure de la médecine libérale,
 à son fonctionnement avec son mode de rémunération, il
 y a des choses à modifier c'est clair, ça fait des années
 que c'est réclamé par beaucoup de professionnels, ça ne
 455 bouge pas, mais je ne vois pas pourquoi les généralistes
 on ne pourrait pas se consacrer, consacrer par exemple à
 ça plus de temps, que s'emmerder parfois à revoir des
 gens pour des problèmes de tension artérielle, où quand
 ils sont bien équilibrés à la limite on les voit une fois par
 460 an, ça suffirait. Alors que là c'est du travail vraiment de
 terrain parce que ça fait prendre en charge la personne
 dans sa globalité, quand on traîne ça pendant des années,
 quand on est même né pour diverses raisons...enfin pas
 nés, enfin dans son enfance parce que c'est souvent une
 465 histoire qui remonte à très loin, donc faut du temps...et
 du temps ben faut de l'argent parce qu'on ne peut pas
 non plus travailler...donc voilà. Moi je dirais il faut, le
 médecin généraliste peut tout à fait prendre ça en charge
 avec du temps.
 470 E : D'accord. Très bien, bon c'est parfait. Merci
 beaucoup.

ENTRETIEN DOCTEUR M10

E : Vous savez combien de patients vous voyez par
 mois ? A peu près ?
 M10 : Ça j'en sais rien du tout, et puis alors ça moi j'ai

aucune statistique, ça ne m'intéresse absolument pas.
 5 (Rires) Pas du tout.
 E : Et en pourcentage de patients obèses vous diriez que

- ça (*Silence*) sur votre...?
- M10 : Obèses ? C'est infinitésimal, hein ?
- E : Ouais, y'en a pas beaucoup.
- 10 M10 : Il y a eu une dame effectivement qui actuellement doit faire 150 kilos.
- E : D'accord.
- M10 : Mais...(*Silence*) Non je ne sais pas.
- E : Non ? D'accord
- 15 M10 : Des obèses obèses non, des surcharges pondérales ça on en a tous, pleins. Mais des obèses obèses non je ne vois que celui-là. Si j'en ai peut-être un autre quand même, mais bon voilà.
- E : Pas beaucoup ?
- 20 M10 : Non pas beaucoup.
- E : Est-ce que vous pesez vos patients à chaque consultation ?
- M10 : Non.
- E : Non. D'accord.
- 25 M10 : Je leur demande s'ils ont maigri ou grossi, mais en général on le voit, les patients qu'on connaît bien on s'en aperçoit tout de suite s'il y a un amaigrissement ou vraiment une prise de poids.
- E : D'accord. En général vos patients en surpoids ils vous consultent pour quel type de pathologie ?
- 30 M10 : (*silence*) Bah ils consultent pas pour leur surpoids, ça c'est sûr, ou si c'est des gens adultes d'un...je sais pas à partir de 40-50 ans, bah c'est pour un bilan sanguin éventuellement, un bilan biologique de dépistage pour
- 35 savoir s'il n'ont pas du cholestérol ou du diabète mais...bon autrement ils ne consultent pas. Ou alors après, lorsqu'ils sont âgés, c'est parce qu'ils ont des problèmes d'articulations.
- E : D'accord. Et vous parliez de cholestérol, diabète, vous avez des patients en surpoids qui sont concernés par ces pathologies-là ?
- 40 M10 : Bah oui.
- E : D'accord.
- M10 : ça c'est sûr, sûr.
- 45 E : Et est-ce que vous essayez d'aider vos patients à la perte de poids, vous vous sentez bien préparée pour ça ?
- M10 : Bah non, et de toute façon les gens disent qu'ils ne mangent rien chez eux. Donc on leur dit, vous ne mangez pas trop, pas de sucre à chaque repas, évitez de
- 50 mettre du sucre dans le café ou le thé...enfin bon voilà, mais généralement ils n'en mettent pas !
- E : Ils ne sont jamais concernés? (*rires*) D'accord.
- M10 : Non puis ils ne mangent jamais de graisses, ils ne mangent jamais...tout est nickel !
- 55 E : La grosse difficulté c'est ça, c'est le discours des patients.
- M10 : Après on peut pas savoir, bon, il y a sûrement quelque chose, il y a des natures aussi hein je pense, il y a des gens qui...qui...il y a des familles, moi j'ai vu, les
- 60 parents sont un peu forts, tout de suite les enfants sont un peu forts et on le voit plus vers l'adolescence donc...ça c'est typique.
- E : Et pour vous l'obésité c'est lié à quoi ? C'est quoi les causes principales ?
- 65 M10 : Je suis sûre qu'il y a quand même un facteur génétique, mais après bah oui, c'est la mauvaise alimentation, la sédentarité...
- E : D'accord.
- M10 : Des choses classiques.
- 70 E : Et si vos patients sont en demande pour perdre du poids, vous leur préconisez quoi comme méthode, est-ce que vous les adressez, comment vous agissez ?
- M10 : Bah le problème c'est que oui, de temps en temps je les adresse au Docteur ---- pour ne pas le nommer
- 75 (*NDLA : endocrinologue de ville*) mais après on ne voit plus les gens.
- E : D'accord.
- M10 : Ah si j'ai une patiente, oui oui c'est vrai, j'ai une patiente, en plus qui habite pas très loin là, que j'ai
- 80 adressée, elle a fait déjà deux cures à Maison Blanche (*NDLA : clinique spécialisée en cures d'amaigrissement*) (*rires*) mais elle sort elle a perdu 2 kilos.
- E : D'accord.
- M10 : Mais après, bon c'est une dame que je traitais pour
- 85 de l'hypertension artérielle depuis des années bon...en plus qui avait un petit syndrome dépressif sous-jacent parce que...effectivement à cause de cette obésité.
- E : hum hum.
- M10 : Et bah je ne l'ai pas revue.
- 90 E : D'accord, donc ça entraîne des perdus de vue ?
- M10 : Ah bah totalement oui. Enfin je ne dois pas être le seul médecin à vous le dire ?
- E : Non, et du coup ça vous...ça vous limite aussi dans le fait d'en indiquer d'autres ?
- 95 M10 : Non non parce que bon... les gens y vont d'eux-mêmes parce qu'ils savent le circuit et puis après il vont à Maison Blanche et tout ça...Mais je veux dire que bon...je ne suis pas sûre que ça apporte quelque chose
- 100 cette hospitalisation de trois semaines dans cette clinique. Parce que bon, on leur apprend peut-être à manger différemment, on leur apprend à cuisiner différemment, on leur apprend à bouger machin et tout ça, mais bon, vue la perte de poids obtenue...bon.
- E : Il n'y a pas de résultat...?
- 105 M10 : Flagrant. En plus les gens en général ils y retournent..Je pense que c'est plus une histoire de gros sous.
- E : Euh... est-ce que vous avez déjà entendu parlé du plan national nutrition-santé ? C'est tout ce dont on parle
- 110 dans les médias sur les cinq fruits et légumes...
- M10 : Oui les bouts de papier qu'on reçoit qui coûtent hyper cher...Bah je trouve que ça donne rien. On dit cinq fruits, cinq légumes, c'est très bien. Mais les gens n'ont pas forcément déjà le temps d'aller acheter tout ça, et en
- 115 plus ça a un coût terrible, un coût terrible. Quand on voit le prix des fruits, le prix des légumes, c'est excessivement cher. Même si on achète trois courgettes...c'est vrai, c'est assez onéreux hein ? Alors c'est bien, moi j'ai rien contre de manger cinq fruits, cinq
- 120 légumes par jour, mais bon.
- E : D'accord.
- M10 : Je ne suis pas sûre que, oui alors les gens ont retenu le slogan, mais je ne suis pas sûre que ça ait un impact sur leur changement de nourriture. Alors peut-être, il y a quelques années, quand on a parlé du régime
- 125 crétois là, ça y jouait un peu plus, parce que c'est vrai que maintenant on s'aperçoit que les gens cuisinent plus à l'huile d'olive, ça c'est sûr. Mais bon, après cinq fruits, cinq légumes...c'est bien hein de manger cinq fruits, cinq
- 130 légumes, mais moi-même j'ai pas le temps d'aller faire

- les courses tous les jours, aller chercher des fruits, des légumes, et comme ça pourrait relativement vite, on ne peut pas faire un stock. Et puis en conserve c'est pas top alors bon. (*rire de E*).
- 135 E : Donc euh...pour en venir à la chirurgie bariatrique votre niveau de connaissance et d'information que vous possédez vous en pensez quoi ?
M10 : On n'est pas formé du tout, on n'a pas été formé du tout là-dessus. En plus, moi je suis déjà plus ancienne
- 140 donc on n'était...on n'a reçu aucune information.
E : Donc vous avez vraiment l'impression que...?
M10 : Simplement que bon, il y a une prise en charge quand même endocrinologique , psychologique bon, enfin bon, tout un ensemble de choses et ça je trouve ça
- 145 bien quand même, parce que le côté psychologique c'est important, mais voilà.
E : D'accord. Vous avez reçu des informations par quel biais ? Vous de ce que vous en connaissez ça vient de quoi ?
- 150 M10 : Bah des journaux, des revues médicales.
E : D'accord, vous n'en avez jamais discuté avec d'autres confrères, ou dans des groupes de pairs ou dans des formations continues?
M10 : On en parle comme ça mais...convivialement
- 155 (*rires*), c'est tout hein, c'est tout bon, mis à part des chirurgiens qui font ci, ça, machin voilà, mais bon.
E : D'accord.
M10 : Moi j'ai une patiente que j'ai envoyée et qui a un anneau depuis...je ne la vois plus parce qu'elle a
- 160 déménagé, mais une jeune hein, elle devait avoir 19 ans.
E : Ah oui, elle a eu un anneau à cet âge-là ?
M10 : Ouais elle avait une obésité morbide...voilà. Elle a toujours cet anneau parce que je suis toujours ses parents, et... depuis elle a eu trois enfants et tout ça...
- 165 E : Avec son anneau ?
M10 : Ouais, et ça a l'air de bien aller, hein.
E : Ça faisait combien de temps qu'elle l'avait ?
M10 : Euh...je ne sais pas du tout.
E : Si elle a eu trois enfants ?
- 170 M10 : Euh, sa sœur elle était un peu plus jeune, elle devait avoir 28 ans.
E : Ça fait dix ans qu'elle l'a ?
M10 : Oh peut-être même plus.
E : Et alors ça a été efficace pour cette patiente ?
- 175 M10 : Oui oui, oui oui.
E : Une vraie perte de poids significative ?
M10 : oui oui oui. Oui tout à fait.
E : Donc vous en avez plutôt une bonne opinion ?
M10 : Sur elle ça a marché, bon. Et c'est vrai qu'il y a
- 180 très peu de temps, j'ai vu une personne aussi qui a un anneau, comme ça, qui s'est fait mettre un anneau en 2000, bon c'était pas une de mes patientes hein, et elle m'avait dit qu'elle avait quand même perdu je sais pas 40 kilos.
- 185 E : D'accord. Donc il y a quand même...?
M10 : Bon maintenant...moi j'ai pas assez d'expérience pour dire quoi que ce soit, bon il y a eu quand même des soucis d'infection, de rejets, de...il y a eu des problèmes.
E : Est-ce que vous connaissez les recommandations
- 190 HAS qui sont sorties l'année dernière ? Vous n'en avez pas du tout entendu parlé ?
M10 : Sur l'obésité morbide et sur la chi...
- E : Oui, sur la chirurgie de l'obésité.
- 195 M10 : Bah, à part oui, une obésité morbide mais autrement c'est tout.
E : D'accord.
M10 : Faut dire on reçoit 25 000 papiers.
E : Oui mais c'est vraiment, mon but c'est de voir comment les informations circulent, c'est vrai que si
- 200 vous êtes bombardés je comprends bien que..d'accord, d'accord. Vous, vous n'êtes pas en besoin de plus d'information sur le sujet, vos connaissances vous suffisent à leur actuelle pour votre pratique ?
M10 : Bah non, ça peut toujours être intéressant
- 205 effectivement de savoir quelles méthodes on peut employer par rapport...avec quelle indication par rapport à telle personne, oui ça c'est sûr.
E : Pour vous là, c'est quel...ça s'adresse à quel type de patient la chirurgie, ce type de chirurgie ?
- 210 M10 : Ah bah ceux qui ont une obésité morbide, hein.
E : Ouais, c'est à dire ce serait un IMC à combien d'après vous ?
M10 : Ah bah, supérieur à 30, hein, donc...
- E : D'accord, OK. Donc vous à part ces deux patients...?
- 215 M10 : Enfin moi-même, j'aurais une surcharge pondérale, un petit peu...il y a des gens qui sont demandeurs, qui ont une surcharge pondérale, sans passer sur le côté de l'obésité, ils sont demandeurs de ça. J'ai vu une patiente, je lui ai dit « quand même il y a
- 220 toujours des risques », euh, bon. Moi je pèse côté risque et bénéfice et puis je lui dis, puis c'est pas toujours évident de manger par petites quantités, parce que je me souviens de cette jeune fille, elle avait quand même des difficultés, elle vomissait...enfin bon le truc classique,
- 225 mais c'est pas toujours très simple hein, donc il faut accepter hein, c'est pas évident hein.
E : Et vous disiez pour vous-même vous le feriez si vous étiez dans un cas ?
M10 : Éventuellement peut-être une obésité oui, très
- 230 importante, mais pas pour une surcharge pondérale.
E : Oui non, bien sûr, là on parle des indications...
M10 : Oui mais il y a des gens qui sont demandeurs de ça.
E : Pour vous ça...?
- 235 M10 : Ça entraîne tout un tas de choses, alors où est la prise en charge après de la Sécu ? Faut voir, c'est l'abdominoplastie... on refait tout.
E : Dans les suites après ? D'accord donc ça c'est les choses auxquelles on ne pense pas ?
- 240 M10 : Et alors dès qu'il y a un peu la peau qui pend, « à bah non il faut tout reprendre », après c'est la Sécu qui gère, hein, c'est les chirurgiens plasticiens.
E : Vous cette patiente-là, c'était vous qui l'aviez adressée à l'époque?
- 245 M10 : La jeune-là ?
E : La jeune oui.
M10 : Oui c'est moi.
E : Et c'était sur sa demande à elle ?
M10 : Ah oui. Bon elle avait fait x régimes, elle avait été
- 250 suivie par un endocrinologue, elle avait fait pleins de trucs, pleins de trucs auparavant.
E : Et c'est vous qui lui aviez proposé, ça vous était venu à l'idée...?
M10 : Bah je lui en avais parlé comme ça.

- 255 E : Ouais, d'accord.
M10 : Ouais, mais c'était il y a un bout de temps là.
E : D'accord. Est-ce qu'il y a d'autres...donc il y a d'autres patients qui sont venus vous le demander, mais à chaque fois pour vous c'était pas dans les bonnes indications ?
- 260 M10 : Ouais j'ai une patiente là qui...qui me l'a demandé. Et moi je lui avais dit qu'elle ne relevait pas de cette indication-là.
E : D'accord et autrement vous...?
- 265 M10 : Bon elle a du diabète, effectivement elle est obèse, effectivement, mais elle ne fait pas du tout attention à ce qu'elle mange, elle boit du Coca-Cola toute la journée donc...
E : D'accord (*rires*). Elle a d'autres choses à régler avant.
- 270 M10 : Donc je lui ai dit « vous pouvez toujours aller consulter », moi je ne peux pas refuser quand ils sont demandeurs, surtout que sa sœur avait eu le même truc, on lui avait fait, elle a perdu je sais pas 30 kilos...je ne la connais pas sa sœur hein. Et donc, bon ben, je lui ai dit « vous pouvez toujours aller consulter et puis vous verrez ».
- 275 E : D'accord, donc vous avez fait un courrier, vous l'avez adressée quand même ? D'accord.
M10 : Oui.
- 280 E : A un endocrinologue du coup ?
M10 : Ah non non, je l'ai adressée au chirurgien.
E : D'accord, c'est à la clinique c'est ça ?
M10 : Bah nous c'était monsieur X qui faisait ça à Chartres à Saint François.
- 285 E : OK. A part elle, il n'y a pas eu d'autres cas où vous en avez discuté avec des patients, que ce soit vous qui le proposiez ou des patients...?
M10 : Non j'ai pas...
E : D'accord. Euh, donc vous, d'après vous, c'est quoi les bénéfices de ce type de chirurgie ?
- 290 M10 : Une importante perte de poids.
E : D'accord. Pour vous il y a une efficacité quand même qui est...?
M10 : Bah sur le peu de cas que j'ai vus, hein, parce que bon, nous on n'en voit pas des tonnes, hein.
- 295 E : Bien sûr.
M10 : Ben j'ai trouvé vraiment que c'était assez spectaculaire au niveau de la perte de poids.
E : Et les risques, que vous gardez en tête, qui pourraient vous effrayer ?
- 300 M10 : A bah, c'est ces histoire d'infections là qui se passent, parce qu'il y en a eu hein des cas, on en a entendu donc...voilà bon et puis des rejets et puis tout ce qui est complications après chirurgicales.
- 305 E : Et vous connaissez les nouvelles techniques de chirurgie ? Maintenant les anneaux on n'en fait plus trop. Il y a ce qu'on appelle des by-pass, des sleeve gastrectomy...Vous en avez entendu parlé ?
M10 : Des quoi ?
- 310 E : Des sleeve gastrectomy, c'est de l'anglais.
M10 : Ah non ça je ne connais pas.
E : Mais les by-pass vous en avez entendu parler ?
M10 : Oui oui by-pass oui, maintenant c'est ce qui se fait le plus, oui.
- 315 E : Dans ce que vous en savez, c'est quoi la grosse différence par rapport aux anneaux ?
M10 : Bah il n'y a pas ce corps étranger qu'on resserre régulièrement. Bon voilà, euh... je pense que c'est mieux supporté, euh... après comme technique je ne connais pas du tout.
E : Non voilà. D'accord. Donc effectivement les grosses différences avec le by-pass c'est que ce sont des techniques qui sont irréversibles par contre, je ne sais pas si vous aviez cette notion-là.
- 325 M10 : L'anneau non ?
E : Le by-pass.
M10 : Le by-pass c'est vrai que c'est irréversible, mais l'anneau on peut le retirer.
E : Voilà vous aviez cette notion ?
- 330 M10 : Tout à fait oui.
E : Euh... est-ce que vous...?
M10 : Et l'autre technique c'est ?
E : La sleeve c'est un peu pareil, c'est juste le montage chirurgical qui est différent, en fait.
- 335 M10 : Hum.
E : Ça après c'est pas monté de la même façon. Euh, est-ce que vous pensez que c'est le seul moyen efficace pour perdre du poids ou vous avez déjà vu des patients euh...?
M10 : Bah sur une obésité morbide, quand on voit des gens à 140 kilos...c'est peut-être le seul moyen hein, parce que je ne pense pas que le régime seul fasse perdre 40 à 50 kilos.
E : Vous vous n'avez jamais vu de patients réussir à perdre...?
- 345 M10 : Non.
E : D'accord. Et donc vous avez plutôt une opinion qui est favorable sur ce type de chirurgie ?
M10 : Oui.
E : Dans les bonnes indications.
- 350 M10 : Oui absolument, mais alors réservée uniquement dans certaines indications, c'est pas du tout venant, hein.
E : D'accord. Donc vous vous adresseriez... vous savez à peu près comment ça se passe au niveau de... vous avez adressé au chirurgien ? Vous savez un petit peu le circuit que le patient doit traverser après pour arriver jusqu'à l'opération ou pas ?
- 355 M10 : Alors je crois qu'il faut qu'il voit un endocrinologue, une psychologue, une diététicienne, après ouais...bah peut-être l'anesthésiste oui après (*rires de E*) euh...je crois que c'est ça.
E : D'accord. Oui donc vous avez déjà quelques informations ?
M10 : Bah euh...Voilà parce que ça s'est passé comme ça et je savais que...bah oui enfin oui c'est des informations que j'avais sues à l'époque pour les histoires d'anneaux.
- 365 E : Donc quand c'est comme ça, vous receviez régulièrement des comptes-rendus du chirurgien, vous aviez l'impression qu'il y avait un bon suivi ? Non, vous n'aviez pas trop de nouvelles ?
- 370 M10 : On n'a pas de nouvelles.
E : Non. D'accord et ça vous le regrettez de ne pas...manque de correspondances ?
M10 : A bah oui, comme certains spécialistes qui n'écrivent pas voilà. Allez trouver un psychiatre qui écrit à un médecin généraliste. (*rire de E*).
- 375 E : Donc là finalement vous ne savez pas ce qui se passe derrière ?
M10 : Voilà absolument.

- E : Concernant le suivi on vous a jamais...?
- 380 M10 : Bah après c'est les patients qui nous disent, mais c'est généralement le retour par le patient.
E : D'accord. Et vous, on ne vous a jamais demandé, à aucun moment, de faire tel ou tel suivi, de faire des contrôles ou quoi que ce soit ?
- 385 M10 : Non non.
E : Vous n'avez aucune idée du suivi qu'il y a à réaliser pour ce type de patient ?
M10 : Non non.
E : Ni des traitements, s'il y a des suppléments, des choses comme ça ?
- 390 M10 : Bah non, on nous en avait pas parlé, hein.
E : D'accord, donc c'est un petit peu dommage ?
M10 : Alors peut-être que maintenant on apprend ça à la Fac ?
- 395 E : Non pas encore.
M10 : Pas encore (*rires*) mais moi de mon temps non. Ça n'existait pas.
E : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression que parfois ce type d'opération a pu être un peu galvanisé, mal...avec de mauvaises indications ?
- 400 M10 : Avec de mauvaises indications ? Oh sûrement, sûrement, sûrement hein, sûrement quand on voit certaines choses qui se passent dans certaines régions de la France euh...pour toujours les histoires de gros sous
- 405 hein, c'est toujours pareil hein.
E : D'accord, des abus un peu ?
M10 : C'est des abus. Mais on voit ça au niveau des prothèses mammaires, on voit ça enfin bon...même certains défibrillateurs cardiaques...on voit ça...voilà
- 410 enfin bon après, après...chacun fait...enfin j'ai vu ça hier sur une histoire d'indication d'arthroscopie d'épaule, bon.
E : Qui avait été abusive ?
M10 : Bien sûr, et y'en a, et y'en a.
E : Et pour vous c'est une question d'argent tout ça ?
- 415 M10 : Bah probablement, parce que bon je ne vois pas l'intérêt d'aller faire une arthroscopie... C'est sûrement oui une histoire de gros sous par derrière, mais bon ou ça remplit la clinique ou ben le matériel ça coûte cher, donc ben voilà. Il y a des retours...Après c'est chacun a son
- 420 honnêteté.
E : Est-ce que pour vous le fait que ce soit en clinique ou en hôpital il y a quelque chose qui changerait ?
M10 : Non je ne pense pas, parce que je vous parle de cette histoire d'arthroscopie ça s'est passé dans un
- 425 hôpital public.
E : D'accord, donc vous pensez qu'il y a aussi bien des abus en clinique qu'en hôpital ?
M10 : Sûrement, sûrement, peut-être qu'en clinique il y a plus d'intérêts financiers parce qu'il faut faire tourner,
- 430 mais bon l'hôpital le budget n'est pas le même.
E : (*rires*) Vous avez l'impression que dans le futur votre rôle de médecin traitant dans la prise en charge de l'obésité va être plus important ?
M10 : Mais moi je pense que les médecins généralistes vont disparaître petit à petit. Voilà, donc (*rires*).
- 435 E : Donc vous pensez que tout va être géré par des spécialistes ?
M10 : Ce sera ou la petite bobologie, les gens iront directement chez le pharmacien et achèteront leurs
- 440 médicaments parce que de toute façon maintenant il y en a les ¾ qui ne sont pas remboursés, donc ils peuvent aller voilà, chez le pharmacien directement. Et puis le reste, bah les gros cas, bah après ça sera pris en charge par les spécialistes. Mais bon ça n'arrivera peut-être pas
- 445 tout de suite mais probablement un jour ou l'autre, ça va se terminer comme ça, c'est une volonté gouvernementale aussi, donc euh...
E : Donc pour vous les problèmes d'obésité c'est pas quelque chose qui devra être réglé par le médecin
- 450 traitant ?
M10 : Bah non.
E : D'accord. Et vous pensez que ce type d'opération va augmenter dans l'avenir ?
M10 : Ça peut-être parce qu'il y a de plus en plus de
- 455 gens obèses, mais des grosses obésités surtout chez les gens jeunes.
E : Donc ça vous êtes consciente que il y a une augmentation chez...dans la population jeune ?
M10 : Bah oui, les fast-food (*rires*)...de toute sorte
- 460 maintenant, de tout sorte que ce soit les pâtes, les pizzas, les kebabs, le MacDo, tout existe là donc bon. Mais on le voit chez les ados, j'avale un MacDo mais je recommence à en prendre un à quatre heures parce que j'ai faim et à sept heures du soir je vais me chercher un
- 465 truc.
E : Vous, pour une meilleure prise en charge de l'obésité, vous auriez besoin de quoi ?
M10 : Alors on aurait peut-être eu besoin de plus d'information concernant toutes ces techniques
- 470 opératoires. Parce que sur les bases de régime tout le monde le sait, on sait ce qu'il faut faire, maintenant après c'est l'observance.
E : Il y a un problème d'observance aussi derrière ? Et ça vous vous sentez un peu impuissante par rapport à ça, on
- 475 peut rien faire ?
M10 : Bah oui.
E : Bon bah j'ai terminé mes questions. Si vous aviez juste autre chose à rajouter sur le sujet, les obèses... ?
M10 : Non non.
- 480 E : Bon très bien

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

DA SILVA PIRES *Émilia*

Thèse n°

100 pages – 3 tableaux

Résumé :

Objectifs : dans le contexte de l'augmentation de prévalence de l'obésité, la chirurgie bariatrique est le traitement le plus efficace de l'obésité massive. Les médecins généralistes sont de plus en plus susceptibles d'intervenir dans le parcours de prise en charge de l'obésité massive. Cette étude a pour objectifs de connaître leurs habitudes concernant la prise en charge de l'obésité massive et leurs opinions et connaissances concernant la chirurgie bariatrique.

Méthodes : nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, en face à face, de dix médecins généralistes. Les opinions et connaissances abordées ont concerné les thèmes suivants : prise en charge de l'obésité, place de la chirurgie bariatrique, suivi postopératoire et perspectives de cette chirurgie en médecine générale.

Résultats : les médecins généralistes ressentent une difficulté dans la prise en charge de l'obésité massive avec des échecs pondéraux fréquents. Certains ont des opinions négatives concernant l'obésité ou s'en désintéressent. Les médecins généralistes ne préconisent pas spontanément la chirurgie bariatrique et certains y sont opposés, craignant un rapport bénéfice/risque défavorable. Bien que tous les médecins enquêtés aient eu au moins un patient opéré, il existe une méconnaissance des indications et du déroulement de cette chirurgie. Par ailleurs, les médecins généralistes ne se sentent pas concernés par le suivi postopératoire, ne connaissant ni les modalités de ce suivi ni les complications à rechercher, et estimant qu'il relève de la médecine spécialisée. Peu de médecins généralistes semblent prêts à intégrer cette chirurgie dans leur prise en charge de l'obésité massive.

Conclusions : les médecins généralistes ne se sentent pas directement concernés par le parcours de prise en charge par chirurgie bariatrique. Un important travail reste à faire en matière d'information, notamment pour orienter les patients relevant de cette chirurgie et prendre en charge les patients opérés, qui nécessitent un suivi à vie.

Mots clés :

- Chirurgie Bariatrique
- Obésité
- Médecine générale
- Étude qualitative

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Charles COUET, Service de Médecine 1, C.H.U. de Tours

Membres : Monsieur le Professeur Noël HUTEN, Service de Chirurgie Viscérale, C.H.U. de Tours
Monsieur le Professeur François MAILLOT, Service de Médecine 1, C.H.U. de Tours
Monsieur le Docteur Arnaud MONIER, Service de Médecine A1, C.H. de Chartres
Monsieur le Docteur David JACOBI, Service de Médecine 1, C.H.U. de Tours

Date de la soutenance : le 11 mars 2011