



Faculté de médecine

Année 2017/2018

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Christelle Chamant

Née le 04/04/1986 à Angers (49)

Évaluation de l'acceptabilité du *French Obesity Staging System* par les médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement le 08 juin 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Daniel Alison, Radiologie et Imagerie médicale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Régis HANKARD, pédiatrie, PU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Audrey POUSSON, Médecine générale, Faculté de Médecine -Tours

Directeur de thèse : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Résumé

Introduction. En France, 15 % des adultes sont obèses. L'obésité est une maladie chronique évolutive et complexe. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un élément clef de la prise en charge. Actuellement, Il n'existe pas de critère validé pour définir ses indications. L'indice de masse corporelle ne suffit pas. Une classification spécifique tenant compte de l'ensemble des dimensions cliniques et biopsychosociales est nécessaire.

Un groupe de travail des Centres spécialisés de l'obésité développe un outil de classification de l'obésité : le *French Obesity Staging System* (FOSS). Il permettrait au médecin généraliste de cibler son ETP et d'adapter son orientation. Il n'existe pas de données concernant l'acceptabilité du FOSS en médecine générale. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'acceptabilité du FOSS en consultation de médecine générale.

Méthodes. Étude qualitative par théorisation ancrée à partir d'entretiens individuels semi dirigés menés auprès de médecins généralistes du Loiret.

Résultats. La plupart des 14 médecins interrogés ont trouvé le FOSS trop long et complexe dans son contenu et sa forme. Il a nécessité une lecture antérieure avant l'utilisation. Il a perturbé le déroulement de la consultation notamment l'écoute du patient. Cependant beaucoup des médecins ont trouvé son contenu intéressant. Seulement 5 des médecins, ont envisagé de le réutiliser lors de futures consultations mais pour d'autres utilisations que celle suggérée.

Conclusion. Pour les médecins généralistes de l'étude, le FOSS ne semblait pas adapté à une consultation de médecine générale. Cependant il présente un intérêt dans l'évaluation du patient adulte obèse.

Mots clés :

Obésité, adulte, score, classification, médecine générale.

Abstract

Introduction. In France, 15% of adults are obese. Obesity is a progressive and complex chronic disease. Therapeutic patient education (TPE) is a crucial step in taking care of these patients, but there is no validated criterion to define its indications. Body mass index is not enough. A specific classification taking into account all clinical and biopsychosocial dimensions is necessary.

A working group of Specialized Obesity Centers is developing a tool for classifying obesity: the French Obesity Staging System (FOSS). It would allow the general practitioner to target TPE and adapt his orientation. There is no available data on the acceptability of FOSS in primary care. The objective of this study was to evaluate the acceptability of FOSS in general medicine consultation.

Methods. Qualitative study using grounded theory, based on semi-directed individual interviews conducted with general practitioners in Loiret.

Results. Most of the 14 general practitioners found the FOSS too long and complex in its content and form. It required an earlier reading before use. It disrupted the course of the consultation, including listening to the patient. However, many doctors found its content interesting. Five of them would use it in future consultations but for other purposes.

Conclusion. According to the general practitioners involved in the study, the FOSS did not seem suitable for general practice. However, it is of interest in the evaluation of the obese adult patient.

Keywords :

Obesity, adult, score, classification, general medicine.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOUREC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE GALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie

MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ NadiaNeurosciences
BOREL StéphanieOrthophonie
DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
LEMOINE MaëlPhilosophie
MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
PATIENT RomualdBiologie cellulaire
RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-MichelChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILLOT PhilippeChargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT MarieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH NathalieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ BriceChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE AlainDirecteur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER FrédéricDirecteur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL WilliamChargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR MustaphaDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK ClaireChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-MariePraticien Hospitalier
PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB SamuelPraticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE BéatricePraticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,

*de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure
d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

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

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma
langue taiera les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime

*si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes
confrères si j'y manque.*

Remerciements

Au Professeur Jean-Pierre Lebeau. Merci pour le sauvetage de thèse. Merci de m'avoir accompagné et encouragé tout au long de cette année et pour votre disponibilité. Ce fut un plaisir de travailler avec vous.

Au Professeur Régis Hankard et au Professeur Daniel Alison. Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

Au professeur Olivier Ziegler. Merci de m'avoir permis de travailler sur ce projet. Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance.

Aux participants de l'étude. Merci pour votre accueil chaleureux et d'avoir pris du temps pour moi.

A Eric Drahi, Benoit Chaumont, Delphine Le Goff, Emmanuel Bisot, Beaudoin Fesnault, Anne Chailloux. Merci d'avoir été de supers maitres de stage. Grâce à vous j'ai pu approfondir mes connaissances et mes compétences. Merci de m'avoir transmis votre passion de la médecine générale.

A tous les médecins qui m'ont encadré pendant mes stages. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Au service de soins palliatifs. Merci d'avoir été à l'écoute, et de m'avoir laissé être présent auprès de mon mari dans un moment difficile de sa vie.

A mes collègues de boulot. Merci pour vos encouragements, votre bonne humeur du quotidien, qui fait que je vais toujours au travail avec plaisir et motivation. Vive la MSP L.A !

A l'équipe de Saint-Jean-de-la-ruelle, Pascal, Chantal, Victor, Françoise, Dominique et Annick, qui m'ont fait un accueil chaleureux, merci pour ses deux années de remplacement très agréables.

A Adrien Dumas. Un grand merci pour ton aide car sans toi je serais peut-être encore en train de chercher un nouveau directeur de thèse. Merci pour ton soutien et tes conseils toujours très avisés.

A mes co-internes. Merci pour tous ces moments très riches. En particulier à Maude, Charlotte, Noëlla, Anne Sophie, Tiphany, Emilie, Elodie, Christina sans qui les stages n'auraient pas été aussi sympa. A Adrien et Audrey avec qui l'aventure continue.

Aux Docteurs Morinière et Selves. C'est grâce à vous que j'ai eu envie de devenir médecin. Merci d'avoir gravé dans mon esprit de petite fille l'image d'un métier fabuleux aux services des gens.

A tous mes copains de faculté, de lycée et de collège. Merci pour ces années d'études. C'était un réel plaisir de faire un bout de chemin avec vous.

A la twerck team. Merci pour ces super soirées, j'espère qu'on va ranger notre chambre ensemble encore pour longtemps.

A ma boule de copains. Je vous aime. Merci pour tous ses souvenirs fabuleux qui fait de moi une partie de ce que je suis aujourd'hui. En particulier, à mes super coquilles, qui ont toujours été là pour moi.

A Allan. Merci pour les parties de kaker laken salade.

A Marine, pour son amitié fidèle.

A Mathilde, Julie, Camille et Annie. Merci pour ces heures de révisions. De m'avoir encouragé et soutenu dans les bons et les mauvais moments. Je sais qu'on aura encore beaucoup de moment à partager ensemble. Et je sais que je peux compter sur chacune d'entre vous. Merci pour cette amitié inébranlable. Je vous aime.

A Jean-claude et Nicole. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble. Merci de m'avoir fait grandir.

A ma belle-famille. Merci de m'avoir accueilli chaleureusement auprès des vôtres.

A mes grands-parents Merci d'avoir cru en moi. Une attention toute particulière à José pour son dévouement infini. J'espère que tu es fier de moi. Tu me manques.

A mon frère, Joël. Merci d'avoir supporté ta sœur. Je te souhaite beaucoup de bonheur, et pleins de bon moments à passer en famille. Je t'aime.

A mes parents, Jocelyn et Marie-Noëlle. Un grand merci, d'avoir cru en moi, de m'avoir guidé, soutenu, consolé, encouragé. Je vous dois tout. Je ne serais pas là aujourd'hui si j'avais pas eu les meilleurs parents du monde. Merci pour l'investissement exceptionnel et la patience dont vous avez fait preuve. Merci pour tout l'amour que vous m'avez donné et qui m'a permis de devenir la personne que je suis aujourd'hui. Merci d'être de super grands-parents pour mes enfants. Je vous aime.

A mon mari, Chonchon. Merci de m'avoir supporté pendant ce parcours du combattant qui a été la thèse. Pour cette magnifique famille que tu as construite avec moi. Pour ton amour, ton organisation légendaire. Garde toujours ton âme d'enfant c'est ce que je préfère chez toi. Je t'aime.

A mes enfants, Maxime et Célia. Maman s'excuse pour tout le temps passer sans vous. Merci d'avoir été patients. Merci pour votre joie de vivre et pour tous les câlins et bisous que je reçois au quotidien. Je vous souhaite d'avoir une vie riche, bien remplie avec beaucoup de bonheur et d'amour. Vous êtes ce que j'ai de plus précieux. Je vous aime de tout mon cœur.

Sommaire

INTRODUCTION	13
L'OBESITE	13
LE FOSS.....	14
METHODE	15
PARTICIPANTS	15
<i>Echantillonnage</i>	15
<i>Recrutement</i>	15
DONNEES.....	15
<i>Recueil</i>	15
<i>Analyse</i>	16
ASPECTS ETHIQUES	16
RESULTATS.....	17
CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	17
LES ENTRETIENS	17
LES MEDECINS ET L'OBESITE	18
<i>Compétences déclarées</i>	18
<i>Défauts de prise en charge évoqués</i>	19
<i>Les causes</i>	19
Le médecin	19
Manque d'intérêt	19
Manque de connaissance.....	20
Manque d'expérience	20
Manque de confiance	20
Sensation d'échec.....	20
Démotivation.....	20
Mauvaise connaissance de son rôle.....	20
Le réseau	20
Manque de ressources.....	20
Mauvaise connaissance du réseau.....	21
Coordination difficile	21
Doute sur les compétences des autres professionnels	21
<i>Mécanisme de défense</i>	21
Rester dans ses habitudes.....	21
Se « déresponsabiliser ».....	21
Se rassurer	21
L'OUTIL	22
<i>Appréciation de l'outil par les médecins</i>	22
Les mots pour le décrire	22
La forme	22
Son Utilisation.....	22
Le fond	24
Le résultat et les conseils.....	24
CONSEQUENCES DE L'OUTIL	25
<i>Sur la consultation</i>	25
<i>Sur le médecin`</i>	26
Son ressenti :.....	26
Démotivation.....	26
En difficulté	26

Frustration	26
Perdu dans le remplissage.....	26
A l'aise et mal à l'aise.....	26
Agacement.....	27
Réassurance	27
Intérêt.....	27
Ses connaissances et sa pratique	28
<i>Sur le patient.....</i>	<i>28</i>
Attitude active	28
Attitude Passive	28
Scepticisme.....	29
Mal à l'aise.....	29
Intérêt et satisfaction	29
<i>Sur la relation médecin patient.....</i>	<i>29</i>
<i>Sur la prise charge.....</i>	<i>30</i>
Pas de changement.....	30
Amélioration de l'évaluation du patient.....	30
Prise de décision thérapeutique	30
VISION PAR LES MEDECINS DE L'OUTIL POUR UNE FUTURE UTILISATION	31
<i>Seulement pour certains obèses.....</i>	<i>31</i>
<i>Check-list, support`.....</i>	<i>31</i>
<i>Outil d'évaluation pour les médecins novices</i>	<i>31</i>
<i>Outil d'argumentation.....</i>	<i>31</i>
<i>Échanges interprofessionnels.....</i>	<i>32</i>
<i>Utilisation par un intermédiaire.....</i>	<i>32</i>
LES MODIFICATIONS PROPOSEES PAR LES MEDECINS	32
<i>Une simplification.....</i>	<i>32</i>
<i>Une conduite à tenir.....</i>	<i>32</i>
<i>L'informatique.....</i>	<i>33</i>
DISCUSSION.....	34
RESULTATS	34
<i>Le médecin et le patient obèse.....</i>	<i>34</i>
<i>Acceptabilité de l'outil.....</i>	<i>35</i>
EFFETS DE L'OUTIL SUR LA PRATIQUE	37
FORCES ET LIMITES	39
PERSPECTIVES	40
CONCLUSION	41
REFERENCES.....	42
ANNEXES	44
TABLEAU 1	44
FEUILLE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT	44
FICHE DE RECUEIL DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES.....	45
FICHE DU PROTOCOLE POUR LES PARTICIPANTS	46
LES SEPT QUESTIONS	47
GUIDE D'ENTRETIEN.....	47
FOSS	48
NOTICE DU FOSS	49

Introduction

L'obésité

En France, un tiers des adultes est en surpoids [indice de masse corporelle (IMC) entre 25 et 30kg/m²]. 15 % sont obèses (IMC \geq 30 kg/m²) (1). En région Centre, la prévalence de l'obésité est de 17 % (1).

L'obésité est une maladie chronique évolutive et complexe. Elle est la conséquence de l'interaction entre une prédisposition génétique et de multiples paramètres de l'environnement (2). Ni les facteurs, ni les caractéristiques de cette interaction ne sont aujourd'hui élucidés.

L'obésité est un facteur de risque majeur de nombreuses maladies notamment cardiométaboliques et musculo-squelettiques comme l'arthrose (8).

La perte de poids n'est pas toujours prioritaire dans la prise en charge. D'autres objectifs sont envisagés, notamment le maintien de la qualité de vie ou le traitement des comorbidités. (2)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un élément clef de cette prise en charge. Elle remet en cause les stéréotypes diagnostiques ou thérapeutiques, au profit d'objectifs partagés et d'un plan d'action construit conjointement par le soignant et le patient (2). Elle doit s'inscrire dans un parcours de soins personnalisé. Le concept de « médecine de parcours » est évoqué dans le plan obésité 2010-2013 (3).

Le médecin généraliste est souvent l'initiateur et dans tous les cas le référent de la démarche d'ETP (2).

L'offre de soins dans ce domaine est actuellement limitée, ce qui conduit à une sélection des patients. Les programmes sont souvent sélectionnés sur la base de leur motivation plus que sur celle de leur pronostic (2). Actuellement, il n'existe pas de critère validé ou consensuel pour définir les indications de l'ETP (2).

L'IMC ne suffit pas pour élaborer la stratégie thérapeutique. Les dimensions cliniques et biopsychosociales doivent être prise en compte. Une classification spécifique qui tienne compte de l'ensemble de ces éléments est nécessaire.

Le FOSS

L'*Edmonton Obesity Staging System* (EOSS) a été créé en 2009 pour intégrer ces dimensions somatique, psychologique et fonctionnelle dans une gradation de l'obésité (5). Il comprend 5 stades (6). Il a une meilleure valeur pronostique que l'IMC (7,8).

Cet outil a néanmoins des limites. Sa validité interne n'a pas été testée. Certains de ses items sont imprécis. Plusieurs études en ont utilisé une version modifiée pour faciliter son administration (7,8).

Un groupe de travail issu du groupe de coordination et de concertation des Centres Spécialisés de l'Obésité (GCC-CSO) travaille sur un EOSS à la française : le *French Obesity Staging System* (FOSS). L'objectif est de développer l'outil pour qu'il permette d'évaluer les déficiences et le handicap en prenant en compte la trajectoire des patients et la phase évolutive de la maladie (6) (Annexe).

Un outil de classification de l'obésité valide et opérationnel permettrait au médecin généraliste de cibler son ETP et d'orienter son patient vers le parcours de soins le plus adapté (2). La première des conditions à remplir par un tel outil est l'acceptabilité dans le cadre de la consultation de médecine générale.

Il n'existe pas de donnée concernant l'acceptabilité du FOSS en médecine générale.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'acceptabilité du FOSS en consultation de médecine générale.

Méthode

Étude qualitative par théorisation ancrée.

Avant de débuter le recueil et l'analyse des données, les a priori des chercheurs ont été explicités par l'utilisation des « 7 questions » (Annexe).

Participants

Echantillonnage

L'échantillonnage théorique recherchait initialement la variation maximale en termes d'âge, de genre, de lieu d'exercice, de type d'exercice (isolé, cabinet de groupe, maison de santé), d'implication universitaire ou associative, de spécificité d'exercice (implication dans la prise en charge de l'obésité, dans la nutrition). Il a ensuite été complété en fonction de la progression de l'analyse.

Recrutement

Les participants ont été recrutés parmi les médecins généralistes du Loiret. Ils ont été contactés par téléphone. Ils ont tous signé un consentement écrit de participation, qui précisait les conditions de recueil et d'anonymisation des données.

Données

Recueil

Deux entretiens individuels ont été conduits avec chacun des participants.

Au cours du premier entretien :

- L'objectif et le déroulement étaient précisés ;
- Les participants recevaient le FOSS en format papier ;
- Les données socio-professionnelles étaient recueillies sur une fiche anonyme. Ces fiches étaient conservées par le responsable de l'étude.

Au cours du deuxième entretien, les données concernant l'évaluation de l'outil étaient recueillies par un entretien semi-dirigé enregistré.

Un délai minimum d'un mois était prévu entre les deux entretiens. Au cours de ce délai, les participants devaient tester l'outil en consultation avec l'obligation de se chronométrer.

La trame d'entretien a été élaborée sur les bases de techniques générales des grilles d'entretien (15,17) et en fonction de l'objectif et du paradigme d'analyse (22).

Elle explorait la prise en charge habituelle des patients obèses par les participants, leur expérience d'utilisation du FOSS, et leur point de vue sur cet outil. Elle a été modifiée entre les entretiens, en fonction des données recueillies.

Analyse

La méthode de la théorisation ancrée a guidé l'analyse.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot et anonymisés pour constituer le verbatim d'analyse.

Un codage ouvert à partir du verbatim a d'abord été conduit. Chaque élément de discours issu du verbatim était identifié et codé spécifiquement ou attribué à un code déjà créé lors de l'analyse.

Dans une deuxième étape, des catégories conceptualisantes ont été créées à partir des codes. Les propriétés et les dimensions de chacune des catégories étaient définis par les codes qui la constituait (19).

La mise en relations des catégories ainsi produites a finalement permis de proposer un modèle explicatif global.

Aspects éthiques

Une autorisation de conduire l'étude a été obtenue auprès du comité d'éthique du Collège national des généralistes enseignants (numéro en attente).

Résultats

Caractéristiques des participants

14 entretiens ont été conduits. Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1.

médecins	âge	sexe	milieu d'exercice	mode d'exercice	temps d'installation	MSU	compétences spécifiques	autre exercice	formation à l'éducation thérapeutique	nb patients par jour
M1	50 ans	F	urbain	MSP	2 ans	oui	gynécologie, ancien médecin du travail	salarié au planning familiale	oui	20-25
M2	39 ans	M	semi rural	MSP	6 ans	oui	coordinateur, médecin du sport	ETP en groupe	oui	25
M3	58 ans	F	urbain précarité	cabinet de groupe	26 ans	non	homéopathie	non	non	30
M4	33 ans	M	urbain	MSP	2 ans	oui	mésothérapie	ancien chef de clinique universitaire	oui	20-25
M5	46 ans	F	urbain précarité	MSP	15 ans	oui	DU gynécologie médical, DU échographie médecine générale, médecine obésité diététique et nutrition	coordinatrice de MSP	oui	40
M6	60 ans	M	rural	MSP	26 ans	oui	pédiatre CES	médecin coordinateur en MSP et maison de retraite	oui	30-35
M7	54 ans	M	semi rural	médecin salarié de la communauté de commune	23 ans	non	non	non	oui	15
M8	64 ans	M	rural	cabinet de groupe	35 ans	oui	médecine tropicale	médecin agréé pour mise sous tutelle	oui	20-25
M9	64 ans	M	urbain	cabinet de groupe	37 ans	oui	médecine du sport	médecin fédéral UCPA	non	40
M10	60 ans	F	urbain aisé	cabinet de groupe	26 ans	non	non	vacation en centre de vaccination internationale	non	25-30
M11	86 ans	M	rural précarité	isolé	49 ans	non	ancien interne des hôpitaux psychiatriques	non	non	15-20
M12	32 ans	M	rural	MSP	1 ans et 9 mois	oui	non	non	non	30-40
M13	29 ans	F	semi rural	MSP	1 ans et 9 mois	oui	addictologie, gynécologie	non	non	30-40
M14	52 ans	F	urbain aisé	cabinet de groupe	20 ans	oui	non	présidente de passerelle	non	25-30

Tableau 1. Caractéristiques des participants

MSU : Maître de stage des universités ; DU : Diplôme d'université ; CES : Certificat d'études spécialisées ; MSP : Maison de santé pluridisciplinaire ; UCPA : Union nationale des centres sportifs de plein air

Les entretiens

Les entretiens ont été conduits entre décembre 2017 et mars 2018. Ils ont duré entre 4 et 50 minutes. 10 des entretiens ont été conduits dans les cabinets médicaux, 2 au domicile des médecins, 1 par téléphone et 1 autre au domicile de l'enquêteur. 10 médecins ont terminé de remplir l'outil, 1 seul médecin n'a pas réussi à l'utiliser, 1 ne l'a pas rempli pendant le temps de la consultation, et 2 autres ont fini de le remplir après la consultation. La saturation théorique des données a été atteinte dans les limites de la question de recherche initiale.

Les médecins et l'obésité

Compétences déclarées

Les compétences, c'est-à-dire les savoirs, savoir-faire et savoir-être revendiquées par les médecins au fil des entretiens sont dans le tableau 2.

Les compétences des médecins généralistes de l'étude	
	Codage
En consultation	J'aborde facilement la psychologie
	J'ai de l'expérience dans la prise en charge
	J'ai une vision globale du patient
	J'utilise des outils que je maîtrise
	Je m'adapte aux priorités des patients
	Je fais de la TCC (<i>Thérapie cognitive et comportementale</i>)
	Je fais de l'éducation thérapeutique, de l'entretien motivationnel
	Je n'ai plus besoin de support pour évaluer le patient obèse, j'ai des automatismes
	Je peux avoir une exploration très large des complications de l'obésité
Réseau	Je suis à l'aise pour parler du poids
	Je décide de l'indication d'une orientation
	J'utilise le réseau autour de moi
Connaissances	J'ai une bonne connaissance du réseau de soin
	J'ai des connaissances sur l'obésité et sa prise en charge
	Je connais mon rôle dans la prise en charge de l'obèse
	Je sais faire j'ai la formation
	Je sais ce que c'est une alimentation équilibrée
Rôle	Je suis expert de la vie de mes patients
	J'ai un rôle d'information et de prévention
	Dépistage
	J'accompagne les patients, j'ai un rôle de soutien
Relation médecin-patient	Je suis capable de prendre en charge l'obésité
	J'ai une relation de confiance forte avec mes patients
Expérience	Je prends le temps d'écouter mes patients
	Je suis expérimentée dans la prise en charge de l'obésité

Défauts de prise en charge évoqués

Beaucoup des médecins n'abordaient pas spontanément la question du poids. Ils trouvaient ce sujet gênant et préféraient instaurer un climat de confiance avant d'aborder le sujet : « *je pense que c'est pas facile quand même à aborder* » (M13) ; « *parce que j'aborde rarement le sujet quand je connais pas les gens* » (M3).

Certains ne se préoccupaient pas de l'obésité : « *je n'avais pas identifier l'obésité comme une problématique de santé* » (M1)

D'autres ne prenaient pas le patient dans sa globalité, ou ne s'occupaient pas de certains domaines liés à l'obésité comme l'alimentation, la psychologie : « *je le voyais pas obèse. Je le voyais sous l'angle de ses différentes pathologies* » (M1) ; « *je sais que c'est, il y a toute une composante psychologique que j'aurais pas forcément le temps de gérer donc voilà* » (M9)

Certains ne prenaient en charge que les comorbidités liées à l'obésité comme le diabète : « *Donc voilà comment euh je me bagarre pas sur son poids, je me bagarre sur son diabète.* » (M9)

Les médecins exprimaient également leurs difficultés de la prise en charge de l'obésité : « *je trouve ça complexe sur le long terme* » (M1) ; « *dans la prise en charge c'est long* » « *c'est épuisant* » (M9)

Les causes

Quelques raisons de ce défaut de prise en charge de l'obésité ont été évoquées par les médecins :

Le médecin

Manque d'intérêt

« *et puis euh je sais pas ça doit pas me passionner je pense* » (M3) ; « *voilà ils sont obèses et c'est pas forcément euh notre cheval de bataille* » (M4)

Manque de connaissance

« je sais pas comment on appelle ça » « je n'avais pas identifier l'obésité comme une problématique de santé »(M1)

Manque d'expérience

« j'ai peu de patients euh qui sont venus vraiment pour la prise en charge de l'obésité »(M1)

Manque de confiance

« je pense qu'il y a des gens qui font mieux que moi » (M8)

Sensation d'échec

« j'étais épuisée et ça ne marchait pas »(M5) ; « après euh moi, j'ai jamais réussi quand même »(M3)

Démotivation

« parce que on est quand même à force de voir nos patients sur des années qui éventuellement ne bouge pas malgré nos efforts. On est avec un risque de baisser les bras. »(M6) ; « tout dépend du niveau de motivation »(M9)

Mauvaise connaissance de son rôle

Beaucoup de médecin n'avaient pas su définir précisément leur place dans la prise en charge du patient obèse et restaient un peu vague dans leurs propos : *« ah bin je pense qu'il a une place centrale hein »(M6) ; « bin ça va dépendre du parcours du patient, il a sa place un peu partout. »(M2)*

Le réseau

Manque de ressources

« mais c'est quand même compliqué d'avoir accès à un psychiatre sur Orléans » (M4) ; « comme je suis médecin de campagne un petit peu isolé »(M8)

Mauvaise connaissance du réseau

« hôpital, diététicienne à part ces deux-là est-ce qu'il y a d'autres intervenants dans la prise en charge du patient du obèse auquel tu fais appel ? » ; « Euuuuuhh popopopopa euh non pas spécialement »(M2) ; « Et que du coup, les gens euh, les gens ont du mal a passé le cap. Euh il y a euh. j'ai jamais non plus, je sais qu'il existe aussi à l'hôpital une structure » (M1)

Coordination difficile

« En fait quand il y a une prise en charge pluripro euh c'est difficile deuh reprendre euh. Par exemple Asalee, même si on a dans des dossiers communs. On a des dossiers communs. Qui fait quoi, qui reprend, sur quoi on ré-accroche. Et du coup euh mmh en fait euh c'est complexe. Moi je pense, je me dis en gros, ouais c'est ça une prise en charge pluripro, elle est bien. Mais en même temps pas simple. » (M1)

Doute sur les compétences des autres professionnels

« Oui bien sur euh on envoie chez une diététicienne ça marche jamais. » « Mon impression je la connais pas bien mais je ne vois pas des résultats formidables de la diététicienne » (M8)

Mécanisme de défense

Certains médecins avaient développé les stratégies suivantes pour palier leurs difficultés :

Rester dans ses habitudes

« on est toujours exposé à l'habitude aux symptômes de nos patients »(M6)

Se « déresponsabiliser »

« enfin je trouve que c'est voilà là aussi faut déculpabiliser faut faut que les gens adhèrent à une hygiène de vie enfin c'est tout un... A mon avis c'est tout ça. » (M9)

Se rassurer

« j'ai pas l'impression qu'on fasse pas ce qu'il faut. » (M12) ; « si on en arrivés à la chirurgie bariatrique c'est que malheureusement c'est pas évident de faire maigrir les gens » (M11)

L'outil

Appréciation de l'outil par les médecins

Les mots pour le décrire

« Lourd », « compliqué », « fastidieux », « pas fluide », « pouf », « usine à gaz »
« imbuvable », « impossible », « chiant », « intéressant ».

La forme

Le format papier était un frein à son utilisation pour plusieurs médecins : « *Ça faut que je le plastifie, il faut que je le range. Faut que je le perde faut pas que je le perde. Tu vois ce que je veux dire* » (M9)

La présentation sur deux pages serait contraignante : « *euh on est obligé de reprendre la grille alors j'en suis où enfin de revenir de l'un à l'autre.* » (M4) ; « *passage du texte à la grille encore une fois, la première fois c'est un peu compliqué* » (M6)

L'écriture ne serait pas aérée : « *les présenter comme ça l'un derrière l'autre il aurait fallu que tu investisses un peu plus dans les feuilles et dans l'encre.* » (M8) ; « *ça fait peur à lire c'est trop serré* » (M4)

Son Utilisation

Tous les médecins ont eu des difficultés dans un premier temps de compréhension et de lecture de l'outil. Il a été nécessaire d'avoir une lecture préalable à son utilisation notamment à cause de la présentation et du nombre d'items très important : « *Sur le plan typographique c'est un peu fouillis quoi. C'est un peu difficile à lire.* » (M8) ; « *Euh voilà, j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup d'items donc j'ai pris un peu de temps quand même pour le lire avant.* » ; « *C'est assez difficile à lire* » (M4) ; « *effectivement, il était nécessaire de de le lire au préalable* » ; « *Ça m'a pas rebuté complètement enfin après ffff la nécessité effectivement d'une prise en main* » (M2) ; « *tu vois aujourd'hui je lis aussi mal que la première fois que tu me l'as montré* » (M3) ; « *je sais pas j'ai disons que la présentation. Parce que la présentation au début j'ai eu du mal j'y comprenais... la première fois en particulier j'ai pas compris grand-chose.* » (M11)

Un seul médecin a oublié de lire avant et a été le plus en difficulté dans son remplissage au moment de la consultation : « après au milieu du questionnaire je patinais dans la semoule. J'ai dit mais christelle elle m'avait dit de le lire avant » (M1)

Malgré une lecture préalable, les médecins se sont trouvés en difficulté sur le remplissage de l'outil :

- il y avait **trop de questions par items** qui peuvent être très différentes : « 4 critères en même temps dans une case. Mais du coup ça met, ça emmêle les quoi je trouve » (M1) ; « enfin tu vois je trouve que une même case peut englober euh des sujets totalement différents. Donc euh quand t'as tu as lu et tu as posé une première question ça part un peu dans tous les sens » (M14)
- Il y a eu **des erreurs** : « il est peut-être bien TCA2 alors que je l'ai mis TCA1. Peut-être bien qu'il est 2. » ; « donc je me suis trompée » (M1)
- Il y a eu des doutes sur **le sens des mots** : « je me suis posé une question euh si chirurgie euh euh de l'obésité ou chirurgie gonarthrose, machin un bazar comme ça ? » (M14) ; « alors habillage, soins personnels on se demandait si c'était et mon patient ma posé la question. C'est des difficultés à s'habiller à par exemple mettre une chemise parce que je suis trop obèse ou c'est une difficulté à trouver des habits dans des magasins. » ; « Stratégie radicale de contrôle : qu'est-ce que c'est « radicale » »(M4) ; « il faut qu'on puisse avoir euh quelque chose d'assez précis pour ne pas avoir à se poser de questions d... ou pas trop de questions »(M6) ; « j'étais sur le côté résistance que j'avais en tête résistance c'est-à-dire résistant dans la prise en charge et c'est pas du tout le cas. C'est les facteurs de résistance à la perte de poids » (M12)
- Certains items étaient **complexes** et difficiles à recueillir : « les sous évaluations des apports alimentaires euh supérieur à 30% des besoins. Je sais même pas comment calculer ses besoins à lui déjà alors euh et puis euh par rapport à ce qu'il me dirait de ce qui mange je sais pas combien ça ferait de calorie. » ; « Euh pareil il y a l'item avec le podomètre inférieur à 3000 pas. J'ai trouvé ça un peu euh. Bin euh faut qu'il ait un podomètre. » (M4) ; « je trouve que les items TCA, résistance euh ... c'est trop complexe » (M1)
- Les items étaient trop **nombreux** : « après je trouve qu'il y a beaucoup d'items. Des items qui sont un peu euh un peu compliqués et on s'y perd un peu dans le remplissage. » (M4)

- Les médecins étaient obligés de **reformuler les questions** au patient : « *c'est un peu compliqué de relire tout, de reposer d'essayer de reformuler au patient pour qu'il comprenne enfin ce qu'on essaye de dire.* » (M9) ; « *là où je trouve que c'était euh. enfin, c'était balaise en à re à reformuler enfin. C'était euh pour nous c'est compréhensible heureusement. J'ai réussi à comprendre. C'était plus difficile tu vois de de reformuler des questions abordables pour le patient. Voilà.* » (M14)
- Les items nécessitaient **des questions ouvertes** ce qui impliquait des réponses longues : « *Et la vie quotidienne c'est reparti sur une question ouverte qui a été l'objet de plouploplo tout un flot de deeeeeee. Et là c'est compliqué.* » (M1) ; « *quand on commence à parler et à demander aux gens comment est-ce qu'il mange ffffff voilà après on peut s'engager dans les choses qui peuvent être un petit longues ffffffff.* » (M7)

Le fond

Certains médecins ont remis en question la validité de l'outil : « *Après souvent dans ces zones grises, après je sais pas comment scientifiquement le score a été fait. Donc euh. Enfin voilà a priori je pense que ça ça a dû être à peu près validé mais euh (rires) valide.* » (M2)

D'autres ont trouvé le contenu cohérent : « *Alors pas dans les termes abordés parce que les termes abordés euh sont des trucs tout à fait légitimes* » « *Encore une fois les items sur le fond il faut rien oublier de ses éléments là.* » (M5)

Un médecin trouvait que certains items de l'outil, ne devraient pas être mis au même stade de gravité : « *je trouve qu'il y a des items qui se valent pas* » (M14)

Le résultat et les conseils

Plusieurs médecins ont remis en question l'utilité de l'outil :

L'utilité de la classification elle-même : « *je ne vois pas que ça, tellement ce que ça va apporter* » (M8) ; « *et puis voilà on se sait pas trop où on va aller après mais bon* » (M9) ; « *euh après une fois que tu as fait ta gradation qu'est-ce qui se passe ?* » (M3) ; « *je en sais pas en quoi ça va changer la prise en charge c'est vrai que ça m'a posé question* » (M4)

Mais aussi la nécessité d'un outil de classification de l'obésité du patient qui selon certains médecins serait une évidence : « *est-ce qu'on a besoin de ce chiffre là pour se rendre compte que le patient il est en ffff.* »(M13)

Il y avait un décalage pour certains médecins entre leur évaluation et celle de l'outil. Certains médecins avaient sous-évalué leur patient par rapport à l'outil : « *c'est plus grave que je pensais* » (M1) ; « *oui euh effectivement je l'aurais pas dit aussi sévère moi* » (M4)

D'autres avaient une évaluation de leur patient correspondant à l'outil : « *J'avais pas trop de surprise sur le résultat* » (M12)

Certains trouvaient qu'il existait une discordance sur les recommandations de l'outil et la réalité du terrain. Certains les trouvaient non appropriés à la situation : « *j'étais un peu surp...surpris enfin en me disant si bin si je suis la colonne finalement il faut directe l'envoyer euh pour un avis spécialisé. Enfin voilà ça me paraissait pas forcément adapter pour elle.* » (M2)

D'autres d'une évidence, qu'il n'était pas nécessaire de le mettre dans l'outil : « *Et bin euh enfin conseil individualisé sur les modes de vie enfin finalement on fait ça avec tout le monde. (Rires) ... Enfin ça reste euh on va dire pas des banalités mais un peu quand même (rires) je trouve* » ; « *mais ça ça paraît évident qu'on va opérer un patient sans avis spécialisé parce que je vais pas le faire moi-même* » (M4)

Conséquences de l'outil

Sur la consultation

Le temps de consultation a été augmenté pour la plupart des médecins. Cet outil a été jugé trop long pour beaucoup des médecins : « *c'est un peu longuet* » (M13) ; « *c'est pas très rapide* » (M12)

L'outil a été un élément perturbateur dans la consultation. C'est un élément nouveau intégré dans une routine de consultation. Les habitudes ont été bousculés. Ce qui a été vu de façon positive pour certains, et négative pour d'autres : « *parce que comme tout élément nouveau que tu introduis dans une consultation. Il dérange. Il dérange dans le sens il enlève le rangement. Donc dans le bon sens.* » (M6)

La consultation a été centrée sur l'obésité. Un médecin a fait une consultation spécifique pour utiliser cet outil : « *alors ça a intégré de parler spécifiquement de la problématique du poids.* » (M12)

Sur le médecin`

Son ressenti

Démotivation

La présentation a découragé les médecins. Certains n'ont même pas testé l'outil et d'autres ne l'ont pas fait ou partiellement en consultation suite à la lecture de l'outil : « *J'ai trouvé ça tu vois tu regardes cette feuille là c'est pareil tu t'en vas.* »(M3)

En difficulté

« *je pense que je me suis senti en difficulté* » (M1)

Frustration

Cet outil a généré de la frustration pour certains médecins d'une part sur le fait de ne pas avoir pu écouter le patient. L'outil étant trop complexe il nécessite une attention particulière. Ce qui a limité l'écoute du médecin : « *Et bin pas ... complètement décalé. C'est-à-dire que J'étais plus à l'écoute du patient et j'étais en train d'essayer de mettre des cases euh des traits dans des cases et je me suis complètement euhmmm. J'ai l'impression d'être passée à côté en fait.* » (M1)

Et d'autre part, pour ne pas avoir eu le temps d'exploiter les résultats de l'outil : « *j'ai listé les problèmes mais je suis pas allé au fond des choses.* » (M4)

Perdu dans le remplissage

« *alors tu relis euh après tu t'égares.* » (M14)

A l'aise et mal à l'aise

En utilisant cet outil les médecins étaient en général plutôt à l'aise avec le patient. Ils leurs paraissaient plus simples pour certains d'aborder certains sujets vus comme gênant pour le médecin à travers l'outil : « *et le fait que ce soit dans une grille euh en disant bin voilà je*

vous pose toutes ses questions vous me dites oui ou non euh. c'est plus facile. C'est finalement plus facile à aborder que d'aborder ça spontanément. » (M4)

Certains ont cependant déclaré avoir été gêné pour aborder certains items de l'outil ou lors de l'annonce des résultats, dont les termes utilisés ont été perçus comme sévères pour certains : *« euh poser directement la question savoir euh voilà parce que un des critères c'était de savoir si il avait un revenu de moins de 1000 euros par mois ça me paraît gênant. » (M7) ; « ouais peut-être que là, ça serait plus difficile de le poser. Celui-là enfin d'emblée euh dans le questionnaire. » (M14) ; « les termes en eux-mêmes j'ai pas été à l'aise avec ça » ; « j'avoue j'avais une petite réticence à le dire je trouvais ça assez stigmatisant » ; « je me sentais pas à l'aise de parler de grade très sévère » (M4) ; « moi je trouve que c'est violent ces trucs de grade là comme ça c'est c'est agressif quoi. C'est agressif » (M13)*

Agacement

« enfin vraiment ils ils sont jamais venu en ville ceux qui ont fait ça. Ils se rendent pas compte hein. » (M10) ; « on n'a déjà pas le temps alors si tu as des gens un peu motivés qui ont envie de passer un tout petit peu de temps bin c'est pas avec des trucs pareils hein. » (M5)

Réassurance

Le fait d'avoir un support dans son évaluation donne l'impression pour un des médecins d'avoir une prestance, une assurance, la sensation de renvoyer une image sérieuse pour le patient : *« ça donne enfin voilà une impression de sérieux ou de euh de connaître un peu (rires) enfin voilà » « ça le rassure fff un petit peu sur quelque chose d'assez un peu carré. » (M2)*

Intérêt

Pratiquement tous les médecins ont montré de l'intérêt de cet outil, de par les connaissances acquises sur leur pratique ou sur leur patient, et sur les possibilités d'exploitation de cet outil : *« il y a des items intéressants » (M4) ; « c'est à la fois intéressant puisque c'est pas quelques choses que j'aurais exploré » (M1) ; « mais ça m'a intéressé. En le faisant le principe m'a apparu intéressant » (M8) ; « après il est intéressant dans la réponse » (M14) ; « tu peux faire des études statistiques intéressantes je dirais... » (M9)*

Ses connaissances et sa pratique

Certains ont pu remettre en question leur pratique : « *c'est pas mal ça, il faudrait que je le fasse* » (M13) ; « *Ouais surement, ça m'a fait réfléchir à pleins de choses.* » ; « *Mais euh mais mais je trouve que finalement je me suis pas tellement penché sur la question depuis le temps que je fais de la médecine générale.* » ; « *je me suis dit que j'avais pas une bonne approche des choses* » (M3) ; « *il dérange dans le sens il enlève le rangement. Donc dans le bon sens. Donc il fait réfléchir forcément* » (M6)

Ils ont acquis de nouvelles connaissances sur l'évaluation de l'obésité, notamment des éléments qu'ils ne pensaient pas à rechercher en consultation, ou qui pour eux ne faisaient pas parti de l'évaluation du patient obèse : « *c'est des trucs que j'aurais pas forcément pensé à aborder en une consultation* » ; « *malgré le fait qu'il puisse être dénutri je le sais mais euh alors c'est vrai que ça me vient pas vraiment à l'idée.* » (M4) ; « *Et éventuellement de poser des questions qu'on a jamais posé* » (M8)

Sur le patient

Attitude active

Certains médecins ont impliqué le patient dans le remplissage : « *c'est un travail en commun un peu avec la personne* » ; « *c'était pas un simple interrogatoire on s'est mis là et puis on a fait ça tous les deux ensemble en discutant* » (M11)

D'autres ont eu l'impression d'amener le patient à réfléchir sur son état de santé : « *c'est le fait d'amener le patient à s'autoévaluer dans ses différents critères* » « *euh et puis ça fait réfléchir le patient et ça c'est extrêmement utile* » (M6) ; « *il y a des détails un euh qui peuvent pousser les gens un peu qui est sérieux à réfléchir* » (M11) « *parce qu'il s'est rendu compte de certaines choses euh avec cet entretien* » (M12)

Attitude Passive

D'autres ont vraiment mené l'entretien en posant simplement les questions sans impliquer le patient. Les résultats du test n'ont souvent pas été donné au patient. Et un médecin n'a pas rempli l'outil avec le patient : « *Honnêtement je l'ai fait euh euh toute seule après. Je l'ai pas présenté au patient euh. Mais pour eux ça c'est dans le cadre d'une prise de décision. Ils me font confiance* » (M5) « *Tu m'as pas demandé de lui demander ce qu'il*

pensait donc je lui ai pas posé la question. » ; « Est-ce que je lui ai montré le résultat ? euh non » (M8) « Mais je lui avais dit que je lui donnerais les résultats après » (M3)

Scepticisme

« il m'a dit euh voilà j'ai un IMC à 45 euh je sais bien que j'ai une obésité sévère (rires). J'avais pas besoin de ça. Et sur ce il m'a dit euh c'est bien beau de grader et ça a quoi comme euh impact derrière et ça change quoi à la prise en charge. » (M4)

Mal à l'aise

Certains termes utilisés pouvaient selon certains médecins être agressifs pour le patient :
« Je suis pas sûr que ça l'ait pas touché un peu quand même. » (M4)

Intérêt et satisfaction

Beaucoup de médecins ont senti le patient intéressé et satisfait de parler de leur obésité :
« Euh elle a trouvé ça intéressant »(M6) ; « elle était plutôt interress enfin voilà » (M2) ; « Il était content. Il avait parlé de choses. Je pense qu'il a pu aborder des choses que qu'on avait pas trop abordé » (M1) ; « Euh voilà mais mon patient était très attentif à tout ça hein. » (M4)

Sur la relation médecin-patient

Pour beaucoup de médecin l'outil a été vu comme un élément perturbateur de la communication avec le patient. Les médecins se disaient focalisés sur le remplissage de l'outil et plus sur l'écoute du patient : *« Parce que du coup je l'écoutais plus et après je reposais des questions qui correspondaient pas forcément au déroulé de lui ce qu'il avait à le dire. » ; « . Et en même temps parasitant parce que du coup il fallait que je le cose je le cache dans une euh dans une case. » (M1) ; « Mais je je regarde le malade hein je pose, je me sens pas euh. Comme ça c'est pas possible. C'est pas possible. Or ça c'est aussi ça. » (M5) ; « Euh ce qui parfois cassait un peu la comm la relation et la communication » ; « je me suis senti plus à lire ma fiche et à essayer de remplir le truc que euh vraiment dans la relation. » (M4)*

Un médecin a évoqué un instant de complicité devant la difficulté de l'utilisation de l'outil :
« c'est galère voilà en en rigolant tous les deux plutôt que que créer un blanc. Ça n'a pas cassé la relation. Ça a même limite peut-être même amélioré. » (M4)

Sur la prise en charge

Pas de changement

Pour beaucoup de médecins cet outil n'a pas eu de répercussions que ce soit sur l'évaluation du patient ou sur leur décision de prise en charge : « *il m'apprend rien en fait il m'apprend rien* » (M5) ; « *bin ça m'a pas avancé plus parce qu'elle était grosse et que elle avait des problèmes de dos je le savais déjà (rires) voilà j'ai pas appris de choses particulières.* » (M7) ; « *voilà donc ça je pense pas que ça apporte grand-chose* » (M8)

Amélioration de l'évaluation du patient

Certains médecins ont pu avoir une évaluation plus poussée, plus globale qu'à leurs habitudes. Ils ont pu aborder et découvrir de nouvelles choses qu'ils ne connaissaient pas sur leur patient : « *ça a amplifié la connaissance de sa pathologie de son obésité* » (M11) ; « *ça a changé un peu mon regard* » (M2)

Prise de décision thérapeutique

Des médecins ont pu aborder une éventuelle orientation avec leur patient : « *donc on a évoqué Théraé et en finalité de cette consultation* » (M12)

D'autres ont décidé d'intensifier leur prise en charge, en étant plus attentif à la problématique du poids : « *Bin là je te disais ouais oui je pense qu'il faut quand même que elle je l'oriente plus et que je la pousse à aller plus loin* » (M14) ; « *Quel est l'impact sur ma conduite à tenir à moi. Et bin je sais pas. Je me suis dit il va falloir que je fasse drôlement attention à elle.* » (M3)

Certains ont pu établir un objectif de prise en charge avec le patient : « *oui parce que je et autant elle que moi s'est aperçu des choses qui intervenaient dans son obésité qu'on a mis à jour et je pense qu'on va essayer d'y remédier quoi.* » (M11)

D'autres ont décidé de faire une autre consultation pour revenir sur ce qui a mis en évidence par l'outil : « *faire une autre consultation pour pouvoir aller un peu plus au fond de chaque problèmes* » (M4)

Vision par les médecins de l'outil pour une future utilisation

5 médecins sur les 14 ont eu envie de réutiliser l'outil mais d'une façon différente, que sa forme actuelle. Les autres ont proposé également d'autres possibilités d'utilisation de cet outil à condition qu'il soit simplifié.

Seulement pour certains obèses

Un des médecins pensait que cet outil pouvait être utile dans un bilan initial pour les patients éligibles ou désireux de chirurgie bariatrique. Il le trouvait peu utile dans les obésités non compliquées : *« je crois qu'il faut cibler les gens à qui ça s'adresse quoi. Et je pense que ça s'adresse plutôt en lien avec la chirurgie quoi » ; « l'obésité simple sans rien je vois pas très bien ce que ça va changer. » (M8)*

Un autre pensait que cet outil ne pouvait se faire qu'avec des patients « réceptifs » : *« Et je pense que j'aurais plutôt euh l'envie de l'utiliser comme ça chez les gens qui sont réceptifs. Ça ça dépend des patients » (M6)*

Check-list, support`

Pour la plupart des médecins de l'étude cet outil a été vu comme une liste. Un support « pense-bête » permettant de structurer son évaluation et de pouvoir être systématique : *« si ça sert pour euh permettre de rien oublier sur le bilan complet de l'obésité » (M13) ; « un outil pour essayer d'avoir un screening un peu » (M2) ; « Donc je vais peut-être garder en fait la liste pour euh avoir une idée de ce qu'il faut que j'aborde » (M4) ; « ça permet de « screener » un peu toutes les questions assez facilement » (M8)*

Outil d'évaluation pour les médecins novices

Un des médecins estimait que cet outil pouvait avoir un intérêt pour des médecins novices dans l'obésité : *« mais au départ je pense que ça peut être un outil. Euh qui peut aider euh les praticiens qui ont envie de se lancer. Et dire tiens c'est pas encore une pathologie que je maîtrise très bien. » (M5)*

Outil d'argumentation

Cet outil a été vu pour plusieurs médecins comme un argument d'autorité. Leur permettant de convaincre le patient d'agir : *« il peut lui permettre de prendre conscience des risques*

qu'elle prend en restant obèse » ; « ça permet de dire au patient aussi vous voyez quand même on voilà on est quand même à un stade où il est un peu urgent de faire quelque chose » (M6) ; « ça justifie ce que tu dis » (M9) ; « ça permet d'appuyer quoi » (M14)

Échanges interprofessionnels

Deux médecins m'ont parlé de l'utilité d'un outil commun entre les professionnels pour savoir ce qui a été fait par les autres et parler le même langage : *« je pense que dans un cabinet de groupe où on peut-être les gens circulent plus, de pouvoir d'un coup d'œil euh se dire bon il est, il se situe à tel endroit. Je vais pas remettre le couvert. » (M8) ; « l'idéal si on veut vraiment les utiliser c'est qu'on ait tous le même outil » (M9)*

Utilisation par un intermédiaire

Certains médecins ont exprimé la possibilité d'utiliser cet outil par des professionnels qui selon eux ont plus de temps pour cette évaluation. Les infirmières Asalee, les spécialistes hospitaliers ont été cités : *« ça c'est une consultation hospitalière qui prend $\frac{3}{4}$ d'heure quoi » (M10)*

Les modifications proposées par les médecins

Une simplification

Tous les médecins ont estimé que cet outil devait être simplifié pour permettre son utilisation en consultation. Beaucoup ont également reconnu qu'avec la simplification il perd son caractère exhaustif et donc de son intérêt : *« voilà hein faut vraiment simplifier mais beaucoup beaucoup beaucoup pour qu'on puisse s'en servir hein. » ; « Alors après je sais pas si on le vide de sa substance je sais pas si ça sert à quelques choses » (M10) ; « le simplifier bin je sais pas oui de le simplifié mais ça après il sera peut-être moins complet » (M11) ; « en même temps si on veut un avoir un outil un peu complet on est obligé d'avoir, sinon on arrive sur des outils simplistes qui ont leurs limites » (M6)*

Une conduite à tenir

Deux médecins estimaient qu'il devait y avoir une conduite à tenir plus précise. Que ce soit sur l'orientation : *« tu vois il faudrait peut-être même décliner un peu plus l'orientation » (M9) ou sur la thérapeutique « oui savoir dans quel cas on peut s'aider de médicaments » (M11)*

L'informatique

Beaucoup de médecins trouvaient le format informatique plus simple. Certains voulaient l'intégrer dans leur logiciel médical : « *j'aurais préféré informatique* » (M5) ; « *à la limite informatique* » (M8) ; « *si j'avais à en utiliser je prendrais euh ceux du net* » (M9) ; « *ouais qu'il soit informatisé, intégré au logiciel* » ; « *c'est intégré au logiciel que tu as juste à cocher les cases* » (M13)

Discussion

Résultats

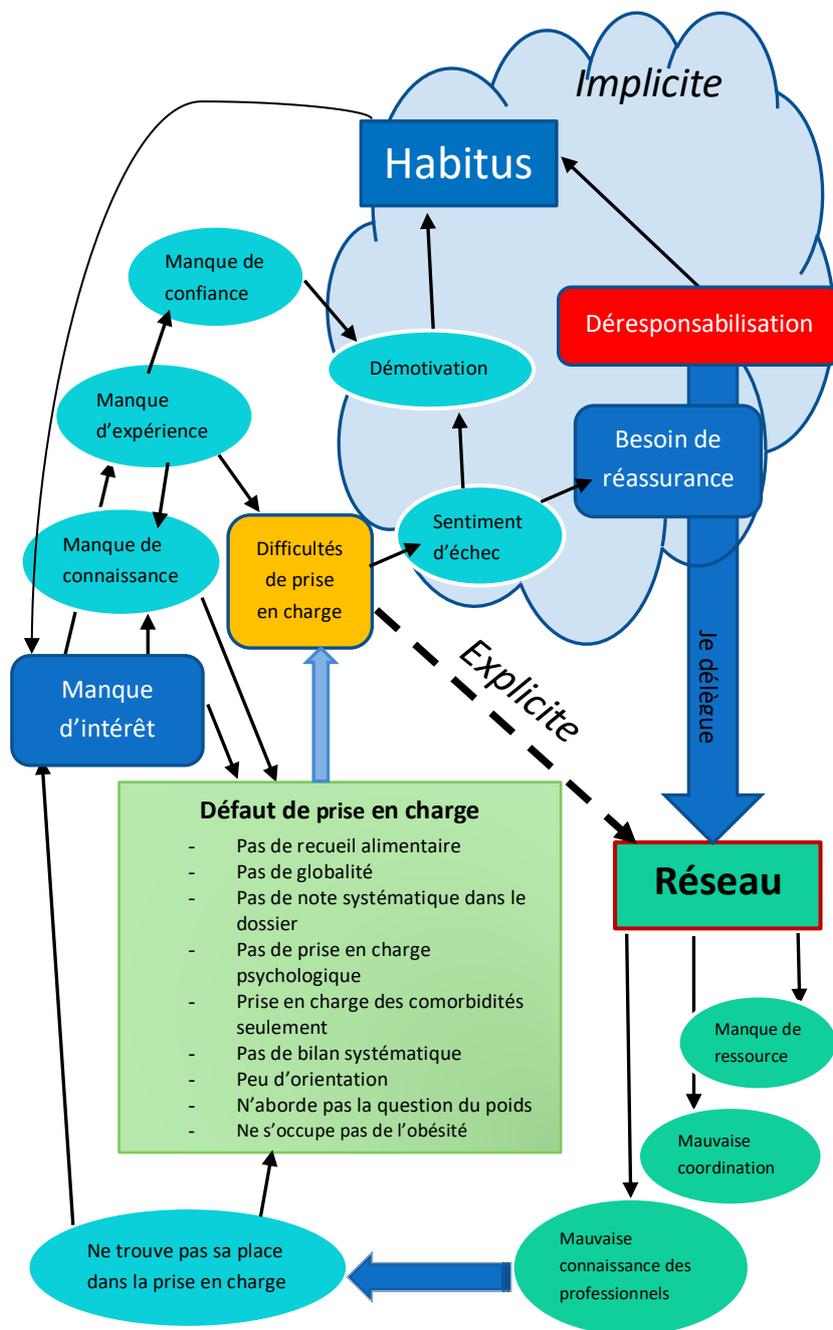
Cette étude a permis d'évaluer l'acceptabilité du FOSS en médecine générale, en explorant les avantages et les inconvénients explicites et implicites perçus par des médecins généralistes qui l'avaient effectivement expérimenté. A notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature de travail comparable.

Le médecin et le patient obèse

Pour beaucoup de médecins de l'étude, l'obésité est un sujet gênant. Pudeur d'une part, manque de confiance nourrit par un manque d'expérience et de connaissance d'autre part rendent difficile la prise en charge. Les exemples de patients évoqués par les médecins relèvent de situations complexes où diverses problématiques s'imbriquent. Le médecin semble perdu et exprime sa difficulté à avoir une vision globale du patient.

Le médecin ne peut seul faire face à toutes ses problématiques et ressent le besoin d'une prise en charge pluri professionnelle. Néanmoins, le réseau ne résout pas tout, et le médecin se sent parfois perdu dans ses mailles. Il a du mal à y percevoir sa place.

Une analyse et une interprétation plus fine du verbatim permet de percevoir les arguments implicites qui conduisent à ces difficultés et qui les pérennisent. Le sentiment d'une difficulté à prendre en charge le patient obèse est d'abord nourri par un manque de connaissance lui-même induit par un manque d'expérience et d'intérêt. Le médecin ne se sent pas en confiance dans cette prise en charge. Chez la plupart des médecins se crée ainsi un sentiment d'échec qui provoque une démotivation. Le médecin met alors en place des stratégies d'évitement. L'obésité devient un sujet tabou.



Néanmoins, le médecin a besoin de réassurance personnelle et professionnelle. De façon apparemment inconsciente, il s'exonère de la responsabilité de la prise en charge du patient obèse pour revenir aux habitudes de pratique qu'il maîtrise. Toutefois, ces stratégies d'évitement entraînent une carence de prise en charge qu'il se doit de combler. Le médecin fait alors appel au réseau spécialisé.

Ainsi, si l'orientation du patient obèse dans le réseau de soin a pour objectif *explicite* d'améliorer la prise en charge, elle a vocation *implicite* à réassurer le médecin.

La figure 1 propose un schéma de cette analyse.

Acceptabilité de l'outil

Cet outil semble non adapté à une consultation de médecine générale par sa longueur et sa complexité. L'outil apparaît auprès de la plupart des médecins comme non structuré et leurs impose de passer d'un sujet à l'autre rapidement avec de multiples questions. Les termes utilisés sont complexes et nécessitent de reformuler les questions pendant la consultation. Ceci demande une réflexion antérieure à l'interrogatoire. C'est compliqué à faire en même temps que l'écoute des réponses du patient.

Les items imposent la formulation de questions ouvertes. Les réponses du patient sont alors longues et complexes. C'est en contradiction avec la nécessité de cocher des cases à réponses fermées comme présent ou non présent.

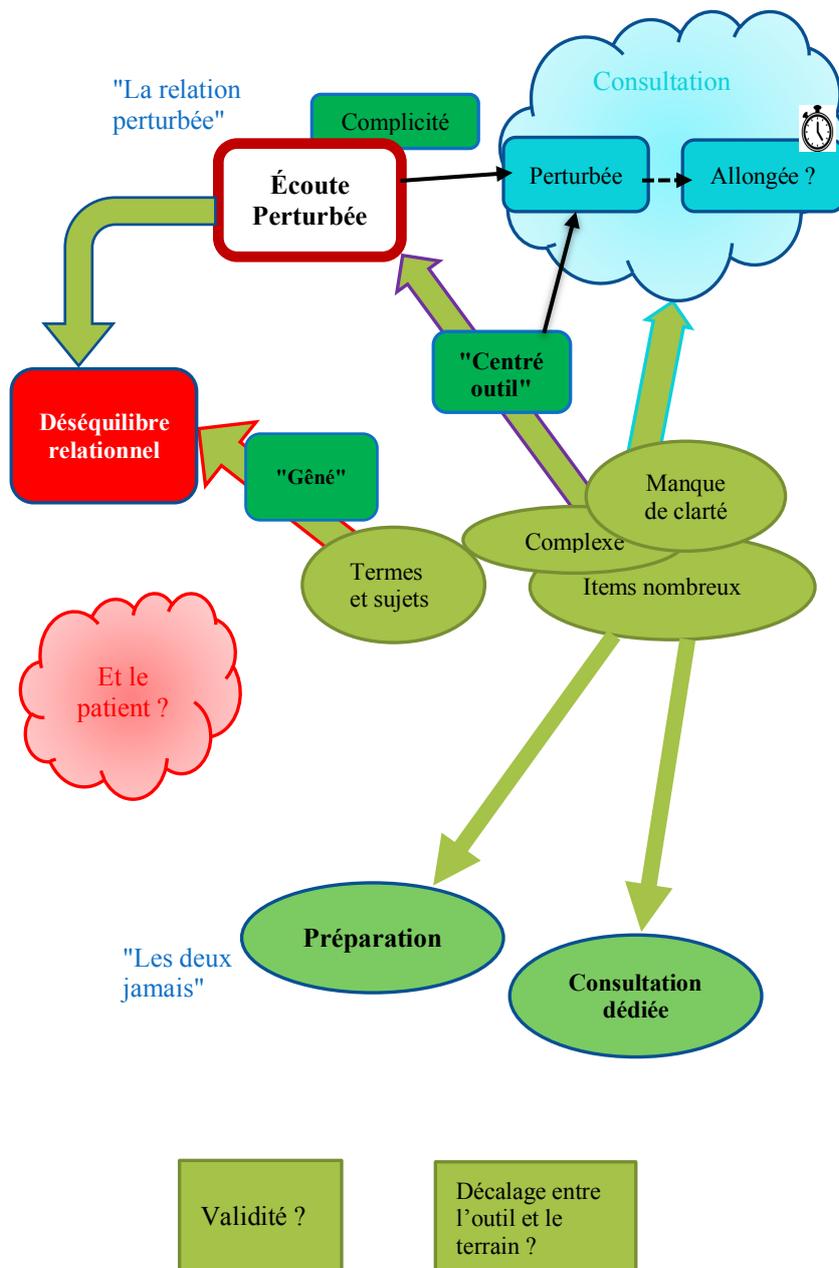
Bien sûr ces éléments rallongent considérablement le temps de consultation. Tout cela impose un report du traitement des résultats pouvant générer une frustration de la part du médecin et du patient. Il serait intéressant que l'outil puisse être rempli par le patient afin de pouvoir traiter les résultats en consultation. Ceci impliquerait une transformation radicale des termes employés et probablement de la forme qui n'est pas accessible à tous.

Cet outil, de par sa longueur, nécessite une consultation dédiée à l'obésité. Ces consultations sont en pratique toujours difficiles – voire impossible - à mettre en place en médecine générale. Les patients ont leur propre agenda, et souvent de multiples demandes au cours d'une consultation. Même si celle-ci est programmée pour être dédiée, il y a toujours des plaintes intercurrentes qui viennent parasiter la consultation.

Les médecins installés depuis longtemps disaient qu'ils n'utilisaient pratiquement plus d'outils en consultation. Il aurait été intéressant d'explorer les freins de ses médecins à l'utilisation d'outil en consultation. Nous avons eu tout de même quelques éléments de réponses. Premièrement, la présence d'une multitude d'outils pour multiples pathologies sature les médecins généralistes. Deuxièmement, certains expliquaient qu'avec l'expérience ils n'utilisaient plus de support. Ils reprenaient de tête les éléments des outils pour leur examen et interrogatoire. Avoir en mémoire ces outils leur permettait de mobiliser rapidement ce dont ils avaient besoin sans rechercher où était ranger l'outil. Ceci explique la réticence à l'utilisation du FOSS qui est impossible à mémoriser.

L'idée d'avoir un outil rapidement mobilisable est essentielle en médecine générale où la gestion du temps est une problématique constante. L'outil a nécessité une préparation antérieure à la consultation pour se l'approprier. Le problème exprimé par les médecins était qu'une consultation d'évaluation de l'obésité n'est pas fréquente en médecine générale. En effet les patients adultes obèses de la région centre représente 17% de la population, soit trois à quatre consultations par jour. On peut se poser la question de la fréquence d'une consultation d'évaluation dans le suivi d'un patient obèse. En supposant que celle-ci soit faite une fois par an, l'outil ne serait donc pas utilisé quotidiennement. Il nécessiterait une nouvelle préparation puisqu'on ne peut le mémoriser entièrement. Une telle caractéristique est en pratique rédhibitoire en médecine générale.

Effets de l'outil sur la pratique



L'outil a eu plusieurs effets durant l'expérimentation des médecins. Par sa complexité, son manque de clarté et ses nombreux items le médecin a dû se centrer sur l'outil. Cette posture a notamment perturbé le déroulement de la consultation. Elle a également limité l'écoute du médecin. La relation entre le médecin et le patient s'est retrouvée déséquilibrée. Le patient s'est souvent retrouvé passif presque absent de la consultation. De sorte que les résultats de l'outil n'ont souvent pas été donnés au patient. De plus certains termes et sujets jugés gênants pour le médecin ont clairement changé la posture habituelle du médecin créant

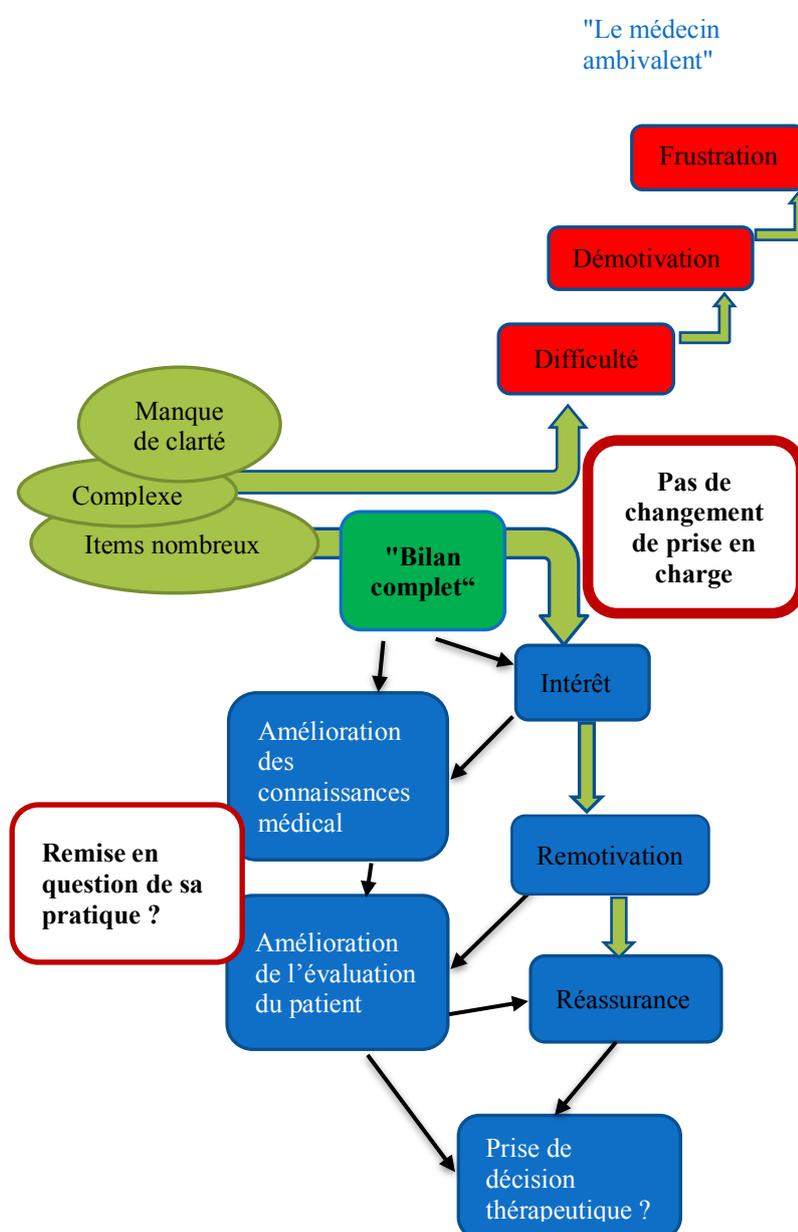
de nouveau un déséquilibre dans les postures habituelles de chacun.

Il a été observé une différence entre le temps réel chronométré et le ressenti de certains médecins. Le temps réel de remplissage du FOSS pouvait être court par exemple 5 minutes mais le médecin le jugeait vraiment trop long. Cette différence peut s'expliquer par la complexité du remplissage ; mais également par la quantité d'items à traiter. Le remplissage peut-être court mais son analyse et l'exploitation des résultats peut nécessiter du temps voire même plusieurs consultations différées.

La complexité de cet outil comme on l'a vu précédemment nécessite une consultation dédiée et une préparation antérieure. Ces contraintes poussent le médecin à s'interroger sur la validé de cette étude.

Concernant les résultats obtenus avec le FOSS. Certains médecins ont exprimé la difficulté de « faire rentrer leur patient dans les cases ». Les résultats étaient en contradiction avec leur évaluation et ils trouvaient les conseils non adaptés à la situation de leur patient. Il y a ici un décalage entre l'objectivité attendue de l'outil et l'évaluation subjective du médecin. Ce décalage est influencé par les contraintes de l'outil, de la même façon que la notion de validité.

Devant les caractéristiques de l'outil décrit ci-dessus le médecin s'est retrouvé en difficulté.



Que ce soit pour la lecture ou son remplissage. Le médecin se trouve alors démotivé. Ceci conduit pour certains à une lecture ou un remplissage « survolé », voir à une non utilisation de l'outil. Cette difficulté, et le déséquilibre relationnel explicité plus haut entraîne une frustration du médecin.

Malgré ces nombreux points négatifs le médecin y trouve de l'intérêt. Il améliore parfois ses connaissances et l'évaluation du patient. Le médecin se remotive et prends de l'assurance. Il se retrouve confronté à son ambivalence entre la difficulté et l'intérêt, la démotivation et la remotivation, la frustration et la réassurance.

On peut se poser la question de l'intérêt d'une classification du patient obèse pour le médecin généraliste. Est-ce que cet outil répond aux difficultés de prise en charge des médecins ? Il ne paraît pas évident que la prise en charge d'un patient avec une obésité sévère ou très sévère soit différente. D'après certains médecins, l'outil n'avait pas modifié leur vision de la gravité du patient. De plus, pour beaucoup d'entre eux, il n'y a pas eu de changement de prise en charge après l'outil. Parfois malgré une amélioration des connaissances ou de l'évaluation du patient. Pourtant, la plupart y ont trouvé un intérêt. Qu'est-ce qui rend cet outil intéressant alors qu'il apporte peu d'éléments sur la décision thérapeutique du patient ? Il semble que cet outil soit intéressant dans son contenu et non dans son résultat. Il permettrait au médecin d'avoir un support d'évaluation structuré, rassurant et reproductible afin d'être systématique et donc plus performant dans l'évaluation initiale du patient. Effectivement l'obésité est une pathologie chronique avec énormément de répercussions. Il est difficile de penser à tous ces éléments en consultation. Les médecins ont-ils besoin d'un outil dans la prise en charge de l'obésité et pourquoi ? Est-ce pour une évaluation, une décision thérapeutique ? Ceci pourrait faire l'objet d'une autre étude.

Forces et limites

Une triangulation des entretiens, menée en parallèle et indépendamment par un second chercheur, a limité la subjectivité de l'analyse. Cependant elle n'a été faite que pour un seul entretien.

L'enquêteur connaissait le FOSS avant l'étude ce qui a pu apporter de la subjectivité lors de l'analyse des données.

Tous les entretiens se sont déroulés au jour, à l'heure et au lieu de la convenance des participants, pour une meilleure aisance possible. Un seul entretien a été précipité par le participant pour un impératif. Il y a eu probablement une perte d'information.

Les entretiens ont été fait par le même enquêteur limitant potentiellement le recueil de l'information. Il connaissait la plupart des participants à l'étude. Ceci apporte de la subjectivité à l'analyse des données. Cependant les participants étaient probablement plus à l'aise permettant une parole plus libre.

Les participants à l'étude sauf deux d'entre eux faisaient partis de l'entourage de l'enquêteur. On peut se demander si l'échantillonnage malgré une variation maximale en

termes d'âge, sexe, lieu, durée d'installation etc... soit finalement restreint. De plus les participants inclus dans l'étude provenaient du Loiret uniquement ce qui limite également le recueil d'informations.

Perspectives

Les réseaux de soins ont été développés pour améliorer la prise en charge des patients obèses. Cependant le médecin ne s'y retrouve pas dans ce maillage. Il connaît mal le rôle des professionnels. Il ne trouve pas sa place dans cette organisation et se sent perdu dans sa coordination. Il serait intéressant de développer ce réseau à partir des attentes explicites mais aussi implicite du médecin. Ces attentes demandent à être développées au cours d'une nouvelle étude. Cela déboucherait sur l'élaboration d'un réseau plus adapté. Il remettrait le médecin généraliste à sa place centrale et plus acteur de la prise en charge des patients obèses.

L'étude montre que le FOSS suscite de l'intérêt chez le médecin généraliste. Malgré un support inadapté à la médecine générale, il est source de motivation. Un FOSS plus adapté aux médecins généralistes pourrait être développé. Il faudrait alors tenir compte de la préservation de la relation médecin-patient et qu'il puisse s'intégrer dans une consultation de médecine générale sans en perturber le fonctionnement habituel. Il nécessite donc une simplicité et une rapidité d'utilisation.

Il est vrai que simplifier cet outil pourrait dégrader son exhaustivité. Il serait possible de sous-traiter le FOSS par les infirmières Asalee. Cela nécessite de développer un travail conjoint médecin-infirmière dans la prise en charge de l'obésité.

Conclusion

D'après l'analyse des données recueillies auprès des médecins généralistes de cette étude, le FOSS ne semble pas adapté à une consultation de médecine générale. Il nécessite une préparation antérieure et une consultation dédiée non acceptable en médecine générale. Il perturbe le déroulement de la consultation et entrave la relation médecin-patient. Il ne répond pas aux attentes explicites (rapidité, simplicité) et implicites des médecins (réponse au sentiment d'échec et au besoin de réassurance). Par ailleurs, il ne semble pas y avoir d'effet significatif sur la modification des habitudes de prise en charge. Ainsi le médecin généraliste n'utilisera pas un outil inconfortable et complexe sans avoir de bénéfices réels ou ressentis. Cependant il suscite de l'intérêt par son exhaustivité et la possibilité d'un bilan complet. Il pourrait être envisagé de créer une version du FOSS spécifique à la médecine générale, élaborée en collaboration avec celles et ceux qui vont l'utiliser.

Références

1. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (ObEpi). Paris : Inserm, 2012.
2. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité* 2014;9:302-28.
3. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Plan obésité 2010 2013. Paris : MTES, 2011.
4. Organisation mondiale de la santé. Obésité et surpoids. Genève : OMS, 2017. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/> [consulté le 12 octobre 2016].
5. Sharma AM, Kushner RS. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes* 2009;33:289-95.
6. Ziegler O. Quelle nouvelle classification pour une prise en charge personnalisée ? Institut Benjamin Delessert : JABD, 2014.
7. Padwal RS, Pajwesi NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *CMAJ* 2011;183:1059-66.
8. Kuk JL, Arden CL, Church TS, et al. Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011;36:570-6
9. Canning KL, Brown RE, Wharton S, Sharma AM, Kuk JL. Edmonton obesity staging system prevalence and association with weight loss in a publicly funded referral-based obesity clinic. *J Obes* 2015;2015:619734.
10. Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis : HAS, 2011.
11. Mahmoud A, Le Roux CW, Docherty NG. Morbidity and mortality associated with obesity. *Ann Transl Med* 2017;57:161.
12. Haut Conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Paris : HCSP, 2009.
13. Centre intégré de l'obésité midi Pyrénées. L'atelier des projets de soins obésité. Toulouse : CIOMP, 2014. Disponible sur : <http://www.iode.eu/tempx/obesite/>. [consulté le 01 mars 2017].
14. Humbertclaude C. « Changer pour mieux être » : Evaluation du programme, des attentes et des besoins des médecins généralistes dans le parcours de soins du patient obèse en ambulatoire. Thèse de médecine : Université de Lille, 2015.
15. Bouchez T. Prise en charge du patient obèse dans le nord-pas-de-calais : fonctionnement de la triangulation entre le patient, le médecin généraliste et le réseau OSEAN. Thèse de médecine : Université de Lille, 2010.
16. Ali L. Les ressentis et pratiques des médecins généralistes de la somme dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en médecine générale étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine : Université d'Amiens, 2015.
17. Martinez D, Martinez J A. Utilidad del cuestionario «*Edmonton Obesity Staging System*» para el desarrollo de la nutrición médica de precisión. *Rev Clin Esp* 2017;217:97-8.
18. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2^e éd. Malakoff : Armand Colin, 2015.
19. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. 3^e éd. Louvain-La-Neuve :

De Boeck Supérieur, 2014.

20. Revillard A. Méthodes qualitative 2 L'entretien biographique. Disponible sur : <https://annerevillard.files.wordpress.com/2017/05/syllabus-entretien-biog-2016-2017.pdf> [consulté le 6 mars 2018].
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidate criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349-57.

Annexes

Tableau 1

Feuille de recueil du consentement

Fiche de consentement écrit

Titre de l'étude : évaluation qualitative du FOSS réalisée par les médecins généralistes après expérimentation en consultation.

Je soussigné(e), accepte de participer à l'étude susnommée.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Chamant Christelle.

J'accepte que les données me concernant soient utilisées par les responsables de l'étude.

Je suis informé(e) que mon anonymat sera préservé.

Fait à, le

Fiche de recueil des données démographiques

Renseignements démographiques

Age :

Sexe :

Lieu d'exercice (entourez la réponse) :

- Rural
- Semi rural
- Urbain :
 - quartier défavorisé
 - quartier aisé
 - ni l'un ni l'autre

Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Êtes-vous maitre de stage universitaire ?

Avez-vous une spécialité, une formation spécifique ?

Avez-vous un autre type d'exercice que la médecine générale ? si oui lequel ?

Avez-vous eu une formation à l'éducation thérapeutique ?

Combien de patients voyez-vous par jour ?

Fiche du Protocole pour les participants

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'évaluation qualitative du FOSS (french obesity staging system).

Le protocole est simple :

- Vous devrez prendre connaissance de l'outil FOSS et de sa notice d'utilisation.
 -
- Par la suite utilisez la grille de gradation FOSS au cours d'une consultation avec un **patient obèse et adulte**.
 - Il est important **de chronométrer** le temps que vous passez à faire ce test avec le patient.
 - N'hésitez pas à noter sur une feuille après la consultation toutes les observations que vous avez faites lors de l'utilisation de cet outil.
- Une fois l'outil utilisé il est **impératif de me contacter** :
 - Par mail à chamant.c@icloud.com
 - Par téléphone au **06-47-01-65-73**
 -
- Je reviendrai vers vous pour un court entretien pour recueillir votre témoignage sur l'utilisation de cet outil en consultation.
- Pour finir, je vous enverrai les résultats de mon travail de recherche par mail.

Bon courage.

Cordialement,

Chamant christelle

Les sept questions

- 1) Quelle est ma question initiale ?
- 2) Comment en suis-je venue à me poser cette question ?
- 3) Si j'étais moi-même interrogée, quelles serait ma réponse ?
- 4) Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?
- 5) Quelles sont les réponses que j'attends des participants ? celles qui sembleraient aberrantes ?
- 6) Quelle est finalement ma question de recherche ?

Guide d'entretien

1. Consultation habituelle avec un patient obèse du médecin généraliste : (classification, orientation et prise en charge.) avant l'EOSS :
 - Racontez-moi votre dernière consultation obèse ou comment vous avez abordé une consultation d'obésité
 - Quelle place pensez-vous avoir dans la prise en charge des patients obèses ?
 - Selon vous quel est le rôle du médecin généraliste traitant dans la prise en charge du patient obèse ?
 - Quelles techniques utilisez-vous en consultation ? (Utilisez-vous des outils ? des méthodes de communication ?)
 - Faites-vous appel à d'autres intervenants pour la prise en charge du patient obèse ?
2. Évaluation de l'utilisation de l'outil au cours de la consultation :
 - Racontez-moi comment s'est déroulée la consultation au cours de laquelle vous avez utilisé l'outil ? (Quand avez-vous utilisé l'outil ? comment l'avez-vous présenté au patient ? durée de la consultation ? avec qui ?)
 - Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous approprier l'outil avant la consultation ?
 - Combien de temps avez-vous mis pour utiliser l'outil au cours de la consultation ?
 - Comment avez-vous choisi le patient avec lequel vous avez testé l'outil ?
 - Quelle analyse pourriez-vous faire de la consultation ?

comment avez-vous utilisé l'outil ? quel était votre ressenti ? quelle était la réaction du patient face à l'outil ? quels résultats avez-vous obtenu à l'issue de l'utilisation de l'outil ?
3. Freins et avantage à l'utilisation de l'outil :
 - Quel est votre avis sur cet outil ?
Que pensez-vous de sa forme, son ergonomie les thèmes abordés ? termes utilisés ?
 - Pensez-vous que l'utilisation de l'outil ait modifié le cours de la consultation ?
 - en quoi votre prise en charge a-t-elle été influencée par l'outil et pourquoi ?
(Auriez-vous eu la même orientation, évaluation et prise en charge du patient sans l'outil ?)
 - Cela a-t-il laissé l'ouverture à de prochaines consultations ou pas ? et pourquoi ?
4. Intérêt du médecin concernant l'outil et suggestions :
 - Est-ce que vous allez continuer à l'utiliser ?
 - Lors de prochaines consultations utiliserez-vous cet outil ? et pourquoi ?
 - Avez-vous des suggestions, des modifications à proposer pour cet outil ?

Grille de gradation de l'obésité de l'adulte

	4 Dimensions	5 stades de gravité/sévérité croissante					Score
A	IMC (kg/m²) Adiposité abdominale	25- 29.9 sans Adipabdo <input type="checkbox"/> 0	30 - 34.9 ou ≥ 25 + Adipabdo ^A <input type="checkbox"/> 1	35 - 39.9 <input type="checkbox"/> 5	≥ 40 - 49.9 <input type="checkbox"/> 20	≥ 50 <input type="checkbox"/> 100	A =
B	Déterminants	<input type="checkbox"/> 0	TCA -1 ^{B1} Sédentarité ^{B2} <input type="checkbox"/> 1	TCA-2 ^{B1} Précarité ^{B3} Résistance ^{B4} <input type="checkbox"/> 5	TCA -3 ^{B1} Psychopathologie ^{B5} Handicap ^{B6} <input type="checkbox"/> 20	- Ob rares ^{B7} <input type="checkbox"/> 100	B =
C	Morbidités	Aucune <input type="checkbox"/> 0	Niveau 1 ^{C1} <input type="checkbox"/> 1	Niveau 2 ^{C2} <input type="checkbox"/> 5	Niveau 3 ^{C3} <input type="checkbox"/> 20	Défaillances ^{C4} <input type="checkbox"/> 100	C =
D	Vie quotidienne	RAS <input type="checkbox"/> 0	Impact modéré ^{D1} <input type="checkbox"/> 1	Retentissement ^{D2} <input type="checkbox"/> 5	Altération ^{D3} <input type="checkbox"/> 20	Dépendance ^{D4} <input type="checkbox"/> 100	D =
A+B+C+D = Score global							

Gradation

Score	0	1-4	5-20	21-80	> 100
Grade <i>(degré + complexité)</i>	0 <i>Surpoids</i>	1 <i>Obésité ou Adiposité abdo. de grade modéré</i>	2 <i>Obésité de grade sévère</i>	3 <i>Obésité de grade très sévère</i>	4 <i>Obésité de grade extrême</i>
Conseils individualisés sur les modes de vie					
Premier recours <i>Mode de vie, médicaments et autres traitements dont la contribution à une éventuelle discussion d'une chirurgie</i> <i>Accompagnement et suivi à long terme</i>					
				Avis spécialisé Si chirurgie : RCP	Avis d'experts, RCP

Notice pour la Grille du FOSS ABOZNOV

Ligne A - IMC – adiposité

A Adipabdo = Adiposité abdominale = circonférence abdominale > 88cm femme ou > 102cm homme

Ligne B - DETERMINANTS

B¹ Troubles du comportement alimentaire

TCA-1 modérés : compulsions alimentaires simples avec perte de contrôle modérée en dehors du repas ; restriction cognitive souple, hyperphagie prandiale ; tachyphagie, perte de la diversité alimentaire ; rythmes alimentaires durablement perturbés (ex. travail posté). Sous-évaluation marquée des apports alimentaires (> 30% des besoins)

- **TCA-2 sévères** : restriction cognitive rigide + désinhibition et impulsivité ; accès hyperphagiques (crises alimentaires) répétés de type *binge eating disorder (BED)* (>1 fois/sem pendant 3 mois) ; grignotage compulsif (avec perte de contrôle) ; *syndrome des prises alimentaires nocturnes (NES)*
- **TCA-3 très sévères** : Impulsivité sévère ($BED \geq 8$ fois/s pendant 3 mois, boulimie avec stratégie radicale de contrôle du poids (ex. vomissements provoqués), alcoolisme
- **B² Sédentarité** : absence d'activité physique en dehors du quotidien; podomètre < 3000 pas/j
- **B³ Précarité sociale**: revenus inférieurs à 1000 €/m, absence de logement fixe, insécurité alimentaire.
- **B⁴ Facteurs de résistance à la perte de poids** : rebond d'adiposité précoce (programmation) ; durée obésité > 20 ans ; âge > 70 ans ; sarcopénie ; médicaments obésogènes au long cours (ex. thymo-régulateurs, corticoïdes); perte de mobilité due aux complications ou à une maladie associée (ex. rhumatisme inflammatoire) ; échecs répétés (retour au poids initial après une perte > 10 kg à 5 reprises).
- **B⁵ Psycho-pathologie, psycho traumatismes** : maladie psychiatrique non contrôlée (maladie bipolaire, psychoses, tendance suicidaire, addictions dont dépendance à l'alcool); agressions, violences passées ou actuelles

B⁶ Handicap : limitation d'activité liée à une altération physique, sensorielle, mentale, cognitive

B⁷ Obésités rares : génétiques (syndromiques), lésionnelles (radiothérapie, neurochirurgie), inflammatoires (SNC) ou syndrome de Cushing (pas l'hypothyroïdie)

Ligne C - MORBIDITES

NB. Pour chaque niveau de comorbidité, on peut retenir une seule ou plusieurs des complications mentionnées dans chacun des niveaux ci-dessous

C¹ Niveau 1 - COMORBIDITE SANS TRAITEMENT MEDICAMENTEUX OU DISPOSITIF –SITUATIONS A RISQUE MODERE:

- HTA, dyslipidémies, hyperglycémie (6,1-6,9 mmol) à jeun ou 2 h après charge (7 - 11,1 mmol)
- Désaturation > 4%, apnée hypopnée >5/h), asthme , ronchopathie, atcdt de phlébite ou embolie pulmonaire.
- Lombalgie chronique, tendinopathie, méralgie, scialtalgie, gonalgie, coxalgie
- RGO sans IPP au long cours; lithiase biliaire, stéatose hépatique (échographie ou scanner)
- incontinence ; hyperandrogénie clinique ; crises de goutte ; mycose des plis
- Antalgiques palier 1 au long cours (i.e. paracétamol, tramadol)
- Anxiété-dépression

- **Suivi de grossesse non pathologique**
- Suivi de chirurgie bariatrique

C² Niveau 2 - IMPACT PSYCHOLOGIQUE ET PATHOLOGIES AVEREES-- SITUATIONS A RISQUE MODERE:

- Souffrance psychologique durable relevant de psychothérapie ou pharmacothérapie
- HTA, dyslipidémies, diabète **traités pharmacologiquement** sans macro-angiopathie clinique (symptomatique)
- Arythmie cardiaque, SAS appareillé ; asthme cortico-traité, phlébite aiguë ; ulcère cutané chronique
- RGO+ IPP au long cours, stéato-hépatite (histologique ou score) ; SOPK ; infertilité ; protéinurie
- Hyperalgie ostéo-articulaire
- Antalgiques palier 3 en prise quotidienne =morphiniques
- Carences nutritionnelles nécessitant un traitement per os, anémie, ostéopénie sans fracture
- Complications chirurgicales chroniques : RGO, dilatation, glissement, inefficacité (PEP < 25 %)
- Suivi de grossesse après chirurgie bariatrique

C³ Niveau 3 - PATHOLOGIES EVOLUEES

- Macroangiopathie ou microangiopathie symptomatique: AIT, AVC, angor, IDM, claudication; rétinopathie, néphropathie, neuropathie, troubles trophiques
- Hypoventilation : hypercapnie > 45 mmHg. Embolie pulmonaire récente (<6 mois), insuffisance cardiaque ou coronaire, trouble du rythme non stabilisés (cardioversion ou ablation), hypertension artérielle pulmonaire (PAP moyenne > 25 mmHg)
- Hypertension intracrânienne dite idiopathique
- Cirrhose histologique ou dysmorphie à l'imagerie, insuffisance rénale (DFG < 30 ml/min), lymphoedème massif, arthrose invalidante, ostéonécrose, prothèse articulaire ; troubles cognitifs ; prothèse dentaire inefficace.
- Pathologie hypophysaire ou hypothalamique (hypogonadisme, déficit somatotrope...)
- Maladie associée dont l'évolution dépend du traitement de l'obésité (ex. fibrose pulmonaire)
- Carences et dénutrition: perte de poids involontaire récente (**5 % en 1 mois ou 10 % en 6 mois**) ; albumine ≤ 35 g/l, transfusion, perfusion de fer ou de vitamines ; fracture ostéoporotique
- Complications chirurgicales aiguës : ex hernie interne, saignement, dilatation aiguë, sténose
- Grossesse pathologique : ex. éclampsie
- **Cancers associés à l'obésité:** sein après la ménopause, corps de l'utérus, ovaire, colon-rectum, foie, pancréas, œsophage (adénocarcinome), estomac (cardia), vésicule biliaire, rein, méningiome, thyroïde, myélome multiple

C⁴ DEFAILLANCE d'organe ou de fonction

- **Poumon** : dyspnée stade 5 ou oxygénothérapie ; **Foie** : hypertension portale, ascite, hémorragie, insuffisance hépato-cellulaire, hyperamoniémie; **Cœur** : insuffisance cardiaque décompensée ; **Rein** : DFG < 15 ml/mn, dialyse ; **Vision** < 1/10, cécité ; **Amputation, Neurologie** : para, hémi ou tétraplégie
- Transplantation : foie, rein, cœur
- Dénutrition sévère : albumine < 30 g/l, sarcopénie avec perte de fonction
- Pathologies carencielles (neurologique) irréversibles après perte de poids massive
- Hospitalisations récurrentes en psychiatrie

LIGNE D- VIE QUOTIDIENNE

- **D¹ : IMPACT LIMITE PARTIEL** : sudation, douleurs traitées par médicament palier 1, dyspnée stade 1, fatigue non limitante ; altération de l'image sans impact notable dans la vie quotidienne
- **D² : RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE**: habillage, soins personnels, toilette, marche <100 m ; difficultés d'embauche, stigmatisation, harcèlement
- **D³ : LIMITATIONS DUES A L'ETAT PHYSIQUE** : invalidité > 80 %, besoin d'un aidant pour la vie quotidienne, aide sociale à domicile; troubles sensoriels invalidants
- **ou LIMITATIONS DUES A L'ETAT PSYCHIQUE** : altération relations sociales, déficit intellectuel mineur
-
- **D⁴ : DEPENDANCE COMPLETE** : transfert lit fauteuil non autonome, confinement au lit, grabatisation,
- assistance nutritionnelle, hospitalisation pour re-nutrition. Déficit intellectuel modéré à sévère

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours,

Tours, le

RESUME

Introduction. En France, 15 % des adultes sont obèses. L'obésité est une maladie chronique évolutive et complexe. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un élément clef de la prise en charge. Actuellement, il n'existe pas de critère validé pour définir ses indications. L'indice de masse corporelle ne suffit pas. Une classification spécifique tenant compte de l'ensemble des dimensions cliniques et biopsychosociales est nécessaire.

Un groupe de travail des Centres spécialisés de l'obésité développe un outil de classification de l'obésité : le *French Obesity Staging System* (FOSS). Il permettrait au médecin généraliste de cibler son ETP et d'adapter son orientation. Il n'existe pas de données concernant l'acceptabilité du FOSS en médecine générale. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'acceptabilité du FOSS en consultation de médecine générale.

Méthodes. Étude qualitative par théorisation ancrée à partir d'entretiens individuels semi dirigés menés auprès de médecins généralistes du Loiret.

Résultats. La plupart des 14 médecins interrogés ont trouvé le FOSS trop long et complexe dans son contenu et sa forme. Il a nécessité une lecture antérieure avant l'utilisation. Il a perturbé le déroulement de la consultation notamment l'écoute du patient. Cependant beaucoup des médecins ont trouvé son contenu intéressant. Seulement 5 des médecins, ont envisagé de le réutiliser lors de futures consultations mais pour d'autres utilisations que celle suggérée.

Conclusion. Pour les médecins généralistes de l'étude, le FOSS ne semblait pas adapté à une consultation de médecine générale. Cependant il présente un intérêt dans l'évaluation du patient adulte obèse.

CHAMANT Christelle

53 pages – 2 tableaux – 3 figures

Résumé :

Introduction : En France, 15 % des adultes sont obèses. L'obésité est une maladie chronique évolutive et complexe. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un élément clef de cette prise en charge. Actuellement, Il n'existe pas de critère validé pour définir ses indications. L'IMC ne suffit pas. Une classification spécifique tenant compte de l'ensemble des dimensions cliniques et biopsychosociales est nécessaire. Un groupe de travail des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) développe un outil de classification de l'obésité : le French Obesity Staging System (FOSS). Il permettrait au médecin généraliste de cibler son ETP et d'adapter son orientation. Il n'existe pas de donnée concernant l'acceptabilité du FOSS en médecine générale. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'acceptabilité du FOSS en consultation de médecine générale.

Méthodes : Étude qualitative par théorisation ancrée d'entretiens individuels semi dirigés menés auprès de médecins généralistes du Loiret.

Résultats : la plupart des 14 médecins interrogés ont trouvé le FOSS trop long et complexe dans son contenu et sa forme. Il a nécessité une lecture antérieure avant l'utilisation. Il a perturbé le déroulement de la consultation notamment l'écoute du patient. Cependant beaucoup des médecins ont trouvé son contenu intéressant. Seulement 5 des médecins, ont envisagé de le réutiliser lors de futures consultations mais pour d'autres utilisation que celle suggérée par l'outil.

Conclusion : Pour les médecins généralistes de l'étude, le FOSS ne semble pas adapté à une consultation de médecine générale. Cependant il présente un intérêt dans l'évaluation du patient adulte obèse.

Mots clés : obésité, adulte, score, classification, médecine générale

Jury :

Président du Jury : Professeur Daniel ALISON

Directeur de thèse : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Membres du Jury : Professeur Régis HANKARD
Docteur Audrey POUSSON

Date de soutenance : 8 juin 2018