

Année 2025/2026

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Syrielle MONJAL

TITRE

**Exploration du vécu des jeunes médecins généralistes d'Indre et Loire
concernant leur approche des adultes en situation de surpoids ou d'obésité.**

Présentée et soutenue publiquement le **20 novembre 2025** devant un jury
composé de :

Président du Jury : Professeur Marie-Frédérique LARTIGUE, Bactériologie-Virologue, Faculté de
Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Arnaud DE LUCA, Nutrition, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Adélaïde CHESNAY, Parasitologie-Mycologie, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Marine CHAIGNEAU, Médecine Générale – Saint-Épain

Directeur de thèse : Docteur Elisabeth LIGER, Médecine Générale – Tours

RESUME

Titre : Exploration du vécu des jeunes médecins généralistes d'Indre et Loire concernant leur approche des adultes en situation de surpoids ou d'obésité.

Introduction : Le surpoids et l'obésité constituent un enjeu majeur de santé publique, dont l'incidence ne cesse de croître et dont la prise en charge représente un véritable défi pour le médecin généraliste. Peu de travaux se sont intéressés au vécu des jeunes praticiens d'Indre-et-Loire face à cette problématique. L'objectif de ce travail est d'explorer l'expérience des jeunes médecins généralistes dans leur approche des adultes en situation de surpoids ou d'obésité.

Méthode : Une étude qualitative, inspirée de la phénoménologie interprétative, a été conduite auprès de jeunes médecins généralistes d'Indre-et-Loire, en dernière année d'internat ou exerçant en ambulatoire depuis moins d'un an. Neuf entretiens ouverts ont été réalisés.

Résultats : L'analyse des entretiens a fait émerger six thèmes superordonnés. Les médecins décrivent l'échange autour du surpoids et de l'obésité comme un processus complexe, souvent empreint de la crainte de heurter ou de blesser le patient. Ces consultations suscitent de nombreuses émotions auxquelles le praticien doit faire face et peuvent également générer un sentiment de vulnérabilité, lié soit à son propre rapport au poids, soit à la perception d'un savoir jugé insuffisant. Certains éléments apparaissent toutefois sécurisants pour aborder la question du poids, tels que la présence de complications médicales facilitant l'introduction du sujet ou le soutien offert par un réseau paramédical de proximité. Enfin, les médecins expriment une volonté d'enrichir leurs compétences, tant sur le plan théorique que relationnel, et s'inscrivent dans une démarche de bienveillance, privilégiant l'écoute, l'ouverture et le respect, marquant ainsi un éloignement du modèle paternaliste.

Conclusion : L'abord du poids en consultation reste un défi pour le médecin généraliste. Les jeunes praticiens, conscients de son importance, cherchent à se former et à progresser. Leur approche, empreinte de bienveillance et centrée sur l'autonomie du patient, offre des perspectives prometteuses pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité, et plus largement pour la pratique en médecine générale.

ABSTRACT

Title: Exploring the experience of young general practitioners in Indre-et-Loire regarding their approach to overweight or obese adults.

Introduction: Overweight and obesity are major public health issues, with an ever-increasing incidence and representing a real challenge for general practitioners. Few studies have focused on the experiences of young practitioners in Indre-et-Loire with this issue. The aim of this study is to explore the experiences of young general practitioners in their approach to overweight or obese adults.

Method: A qualitative study, inspired by interpretive phenomenology, was conducted among young general practitioners in Indre-et-Loire who were in their final year of residency or had been practicing in outpatient settings for less than a year. Nine open-ended interviews were conducted.

Results: Analysis of the interviews revealed six overarching themes. Doctors describe discussions about overweight and obesity as a complex process, often marked by a fear of offending or hurting the patient. These consultations elicit many emotions that practitioners must deal with and can also generate a feeling of vulnerability, linked either to their own relationship with weight or to the perception that their knowledge is insufficient. However, certain factors appear to make it easier to address the issue of weight, such as the presence of medical complications that facilitate the introduction of the subject or the support offered by a local paramedical network. Finally, physicians express a desire to enrich their skills, both theoretically and relationally, and adopt a benevolent approach, emphasizing listening, openness, and respect, thus marking a departure from the paternalistic model.

Conclusion: Addressing weight in consultations remains a challenge for general practitioners. Young practitioners, aware of its importance, are seeking training and to improve their skills. Their approach, characterized by kindness and focused on patient autonomy, offers promising prospects for the management of overweight and obesity, and more broadly for general medical practice.

Mots clés :

Surpoids

Obésité

Vécu

Émotions

Étude qualitative

Keywords :

Overweight

Obesity

Life experience

Emotions

Qualitative study

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

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
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gilles PAINAUD
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAİNDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BISSON Arnaud	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHAUMIER François.....	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUTREUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Carole.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
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
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
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-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale || LIMA MALDONADO Igor..... | Anatomie |
MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
SAMKO Boris.....	Médecine générale
RUIZ Christophe	Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BLOCH Solal	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas.....	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc	Praticien Hospitalier
--------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
GLAIE Axelle	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
MORIN Eléonore.....	Orthophoniste
NAL Emmanuel.....	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle.....	Orthophoniste
PUJOLE Dorine.....	Orthophoniste
ROUVRE Olivier	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaida	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Qui	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde.....	Médecin Généraliste
----------------------	---------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury

A Madame la Professeure Marie-Frédérique Lartigue. Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assurée, Professeure, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Arnaud De Luca. Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez certain, Professeur, de tout mon respect et de ma profonde reconnaissance.

A Madame la Docteure Adelaïde Chenay. Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez certaine, Docteure, de tout mon respect et de toute ma reconnaissance.

A Madame la Docteure Marine Chaigneau. Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury. Sois certaine, Marine, de ma réelle reconnaissance.

A Madame la Docteure Elisabeth Liger. Un grand merci à toi Elisabeth d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton sauvetage de dernière minute et pour ta disponibilité, tes conseils et ta bienveillance qui ont été les moteurs de ce travail. De mon premier stage d'externe dans ton cabinet à la direction de ma thèse quelques années plus tard ... Je suis ravie de clôturer ce parcours avec toi !

A ma famille

A ma Maman et à mon Papa. Merci pour tout ! Pour l'éducation et les valeurs que vous m'avez inculquées, pour votre soutien sans faille durant toutes ces années, pour avoir tout fait pour que mes études se déroulent du mieux possible. Et surtout pour m'avoir toujours fait me sentir importante et unique. Vous m'avez appris la résilience et à ne jamais abandonner. Si j'en suis là c'est grâce à vous. J'espère que vous serez fières aujourd'hui, autant que je suis fière d'être votre fille. Je vous aime énormément.

A mon petit frère Pierre-Ydriss et à ma petite sœur Cléophey. Mes deux humains préférés. Merci pour les fous rires, les chamailleries, les encouragements, les moments de vie partagés qui font la force de nos liens. Je suis tellement reconnaissante et heureuse que l'on soit si proches et si soudés tous les trois. Je suis très fière d'être votre grande sœur. Je vous aime tellement.

A mes grands-parents. Merci pour votre amour, votre soutien et vos encouragements tout au long de ce parcours. Merci pour tout ce que vous avez apporté à ma vie. Je suis fière de présenter ce travail devant vous aujourd'hui. Je vous aime.

A Yuna. Merci pour ta bonne humeur et ta douceur. Je suis très heureuse que tu fasses partie de notre famille.

A mon Parrain Républicain. Emmanuel, merci pour ton soutien indéfectible et ta gentillesse. Je suis très heureuse que tu sois présent aujourd'hui.

A l'Amour de ma vie, Yacob. Depuis notre rencontre aussi inattendue qu'explosive, la vie à tes côtés est géniale ! Merci pour ton énergie sans limite, ta patience et de toujours me faire rire. Merci de me soutenir et de croire en moi. J'ai hâte que l'on puisse mener tous nos beaux projets et profiter de cette douce vie tous les deux. Je suis fière de toi. Je t'aime à l'infini.

A la famille Bouloudani, merci pour votre gentillesse et vos encouragements.

A mes amis

A Océane. Merci d'avoir été présente depuis le début de cet internat et d'être toujours motivée pour que l'on se voit malgré nos vies bien chargées. Nos (très longues) notes vocales me permettent de décompresser, rire et relativiser sur ce qu'on vit au quotidien et ça fait un bien fou ! Et un grand merci de m'avoir rejoint à l'autre bout du monde, en Nouvelle Calédonie, malgré ta peur bleue de l'avion. Tu auras contribué à rendre cette petite pause dans mon cursus incroyable et je n'oublierai jamais ces moments géniaux que nous avons partagé.

A Sonia, Daphné, Jade, Clément. Merci d'avoir été présents depuis le début et d'être toujours disponibles pour répondre à mes questions en tout genre. Et merci pour ce 1^{er} stage aux urgences que vous avez rendu très cool malgré le COVID et les conditions de travail !

A Esther. Merci pour ton soutien sans faille, ta gentillesse et ta générosité. Et merci de toujours nous suivre dans nos traquenards en ville ! On se comprend si bien toutes les deux. J'ai hâte de pouvoir partager encore pleins de bons moments à tes côtés.

A Léna. Merci pour ta douceur, ton soutien et tes conseils. J'ai hâte de pouvoir enfin profiter de la vie Tourangelle avec toi.

Mon dernier stage à l'hôpital restera inoubliable grâce à vous les filles ! Je vous adore !

A Astrid. Merci pour tous ces verres en terrasse (quel que soit la température extérieure !) qui auront permis de décompresser, rigoler et se soutenir dans les moments difficiles. Notre petit trio va me manquer...

A Camille et Corentin. Merci d'être autant dynamiques et motivés pour passer des moments ensemble.

A Ben & Laet et tous les copains de Paris. Merci de m'avoir rapidement fait une place dans votre super team. Merci pour votre gentillesse et votre générosité. Je suis ravie que vous soyez présents aujourd'hui.

A Marie & Damien et Jean-Brieuc. Malgré la distance et les années, merci d'être toujours présents. Je suis heureuse de toujours vous compter parmi mes amis.

A mes collègues

A toute l'équipe du cabinet médical de St-Epain. Merci à toutes pour votre accueil et votre gentillesse. Merci de m'avoir laissé m'organiser comme je voulais pour écrire ma thèse tout en assurant mes remplacements. C'était vraiment idéal ! Venir travailler tous les jours à St Epain est un réel plaisir.

Et en particulier, merci beaucoup à Judit et Marine de me faire confiance pour notre futur projet d'installation !

A toute l'équipe de la MSP de Château-Renault. Merci pour votre bonne humeur et votre bienveillance et merci de m'avoir fait un planning sur mesure pour allier écriture de la thèse et remplacements. Travailler à vos côtés est un plaisir !

Je dédie cette thèse à mon Grand-Père chéri, Jean-Pierre.

TABLES DES MATIERES :

I)	Introduction	18
II)	Matériel et méthode.....	20
III)	Résultats	22
1.	Caractéristiques de la population étudiée	22
2.	Communiquer sans heurter : un défi pour le soignant !.....	23
3.	Le poids émotionnel du soin.....	24
4.	L'influence du poids du soignant dans la relation : un vécu contrasté.....	26
5.	Le médecin face à son propre savoir : un rapport ambivalent.....	27
6.	L'échange sécurisé autour de la question du poids.....	28
7.	Vers une relation de soin plus horizontale et bienveillante.....	31
IV)	Discussion	33
1.	Résultats principaux	33
2.	Comparaison avec la littérature	33
3.	Forces et limites	42
4.	Perspectives.....	43
V)	Conclusion	45
VI)	Bibliographie	46
VII)	Annexes	50

LISTE DES ABREVIATIONS :

ASALEE : action de santé libérale en équipe (coopération entre médecin et infirmière ayant pour mission l'éducation et la prévention auprès des patients).

ECG : électrocardiogramme.

CNIL : commission nationale de l'information et des libertés.

SAOS : syndrome d'apnée obstructives du sommeil.

SASPAS : stage ambulatoire de soin primaire en autonomie supervisée.

I) INTRODUCTION :

Le surpoids et l'obésité sont un enjeu majeur de santé publique. Leur incidence cumulée continue à augmenter. (1)

En France, dans la population adulte, près de 27 millions (48%) ont un indice de masse corporelle (IMC) trop élevé (1). La prévalence du surpoids, défini par un IMC entre 25 et 30 (2) est de 30,7 % et celle de l'obésité, défini par un IMC > 30 (2), de 18,1 %. (1)

Les hommes sont plutôt atteints de surpoids tandis que les femmes sont plutôt atteintes d'obésité. (1)

Chez les adultes, la classe d'âge la moins touchée par le surpoids et l'obésité est celle des 18-25 ans avec environ 22% de personnes concernées, au-delà les chiffres grimpent jusqu'à atteindre près de 60% de surpoids et d'obésité à partir de 55 ans. (1)

Enfin les ouvriers font partie des catégories socio professionnelles les plus touchées avec 53,5% de surpoids et d'obésité contre seulement 41,2% chez les cadres. (1)

La région Centre Val de Loire est l'une des régions les plus touchées sur le territoire national avec une prévalence de l'obésité estimée à 21,6% pour une moyenne à 18,1%. (1)

Le surpoids ou l'obésité résulte d'un déséquilibre énergétique entre les apports et les pertes aboutissant à une accumulation de triglycérides stockées dans le tissu adipeux lorsque les apports sont supérieurs aux dépenses. (2)(3)

Les étiologies du surpoids et de l'obésité sont multiples. Au-delà de l'excès de prise alimentaire et de l'accroissement de la sédentarité, d'autres facteurs ont été identifiés tels que certains gènes, le manque de sommeil, le stress, l'exposition à des perturbateurs endocriniens, certains médicaments, la composition de notre microbiote intestinal, des événements comme de la maltraitance verbale, physique ou sexuelle dans l'enfance etc (2)(4)

Les conséquences sur la santé de cet excès pondéral sont nombreuses sur la morbi-mortalité, avec une augmentation significative de l'incidence de pathologies suivantes : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance rénale chronique, maladie cardio-vasculaires, stéatose hépatique non alcoolique, syndrome des ovaires

polykystiques, trouble hormonaux, arthrose, anxiété, dépression etc (2)(4) ainsi que sur la qualité de vie (5).

L'État a pris conscience de l'impact sur la santé de ces patients.

Le plan présidentiel de l'obésité 2010-2013 (6) a permis la création des centres spécialisés de l'obésité (CSO). Ainsi depuis 2011, 37 centres ont été implantés sur le territoire national, sous contrôle de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le rôle des CSO est de rendre les patients acteurs de leur santé, en leur proposant une prise en charge pluriprofessionnelle et de coordonner les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de l'obésité. Ils constituent une ressource d'informations et de formations à destination des patients et des professionnels de santé. (7)

La région Centre Val de Loire compte deux CSO, situés à Tours (8) et à Orléans (9), au sein des CHU.

Face au problème grandissant que représente l'impact du surpoids et de l'obésité, les pouvoirs publics ont mis en place des feuilles de route et des guides de prise en charge à destination des professionnels de santé.

La HAS (Haute Autorité de Santé) a notamment établi des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adulte en 2023. Elles guident ainsi le praticien pour le dépistage des problèmes de poids, l'évaluation globale du patient, l'établissement d'un parcours de soin et d'accompagnement individualisé. (10)

Toutefois, dans la pratique, la prise en charge du surpoids et de l'obésité est un défi pour le médecin généraliste ! Et ces recommandations ne sont pas si évidentes à appliquer.

Aborder la question du poids en consultation peut se révéler difficile. Si certains médecins généralistes évoquent le manque de temps (11)(12) ou de connaissances (11)(12) pour le faire, d'autres soulignent que c'est le manque de motivation des patients face à cette problématique qui les freine (13). Les médecins vont rapidement se sentir mal à l'aise ou gêné pour aborder la question avec le patient (14) et inefficace dans leurs interventions (15).

Par ailleurs, de plus en plus de publications font état d'une grossophobie dans le milieu médical. Les médecins semblent ne pas échapper aux stéréotypes et préjugés concernant les patients en situation de surpoids ou d'obésité au même titre que les internes en médecine (16) ce qui conduit à un sentiment de stigmatisation de la part des patients (17) ainsi qu'une altération de la qualité du soin (12).

À ce jour, peu d'études s'intéressant au ressenti des médecins face à la problématique du surpoids ou de l'obésité chez l'adulte n'ont été réalisées en Indre et Loire.

L'objectif de ce travail est donc d'explorer le vécu des jeunes médecins généralistes exerçant en Indre et Loire concernant leur approche des adultes en situation de surpoids ou d'obésité.

II) MATERIEL ET METHODE :

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative.

Cette approche permet d'explorer le vécu d'un individu concernant un phénomène.

2) Population

La population étudiée se compose de jeunes médecins : internes en dernière année ou en post internat de médecine générale exerçant en Indre et Loire. Les participants inclus devaient, au moment de l'entretien, être soit internes en SASPAS, soit exerçant la médecine générale en ambulatoire depuis moins d'un an.

Ils ont été sélectionnés selon la méthode de l'échantillonnage raisonné homogène.

Le recrutement a été fait par le biais d'un message pour la prise de contact.

3) Recueil de données

Des entretiens individuels ouverts ont été pratiqués entre octobre 2024 et mai 2025.

Le guide d'entretien, ouvert, ne comportait qu'une seule question initiale permettant aux participants de s'exprimer librement sur leur expérience.

Les entretiens ont eu lieu en présentiel au domicile des participants ou à distance par visioconférence. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis le verbatim a été intégralement retranscrit et anonymisé sur Microsoft Word® via le logiciel TurboScrib®.

Le recueil des données s'est achevé après neuf entretiens, le critère de suffisance ayant été atteint.

4) Analyse de données

L'ensemble du verbatim a d'abord été annoté manuellement. Dans un second temps, une analyse approfondie a permis d'identifier des thèmes émergents. Par la suite, des thèmes superordonnés ont été construits à partir des liens établis entre les différents thèmes.

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse individualisée et indépendante.

À la fin de chaque analyse, un schéma synthétique sous forme d'une carte heuristique a été élaboré, mettant en évidence les thèmes superordonnés ainsi que les sous thèmes qui y sont rattachés.

Les thèmes superordonnés les plus saillants et les plus récurrents sont présentés dans les résultats.

5) Aspects éthiques et réglementaires

Tous les participants ont signé une lettre de consentement, visible en annexe, les informant du but et des objectifs de l'étude et garantissant leur anonymat ainsi que la confidentialité des données.

L'anonymisation des entretiens a été réalisée en supprimant tous les noms propres et les éléments éventuels permettant la reconnaissance des participants. Leur nom a été remplacé par la lettre E suivi d'un numéro.

L'étude réalisée est hors loi Jardé et ne relève donc pas du comité de protection des personnes puisqu'il ne s'agit pas d'un travail de recherche impliquant la personne humaine. En respectant les conditions d'anonymisation lors de la retranscription des entretiens et en m'engageant à détruire les fichiers audios à la fin de mon travail, aucune déclaration auprès de la CNIL n'a été nécessaire.

III) RESULTATS :

1) Caractéristiques de la population étudiée

Neuf entretiens ont été réalisés. Cinq hommes et quatre femmes ont été interrogés, ils avaient tous entre 27 et 29 ans. Cinq participants étaient en activité ambulatoire et quatre étaient internes, en SASPAS. Les médecins interrogés exerçaient en activité rurale, urbaine ou mixte. Les entretiens ont une durée moyenne de 35 minutes.

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée

N° entretien	Age	Sexe	Statut professionnel	Type d'exercice	Durée de l'entretien
E1	29 ans	Homme	2 ^e SASPAS	Rural	17 min
E2	29 ans	Femme	2 ^e SASPAS	Rural	32 min
E3	29 ans	Homme	Exercice ambulatoire depuis 8 mois	Rural	47 min
E4	28 ans	Homme	2 ^e SASPAS	Rural	26 min
E5	29 ans	Femme	Exercice ambulatoire depuis 6 mois	Urbain et mixte	29 min
E6	28 ans	Homme	Exercice ambulatoire depuis 11 mois	Rural et mixte	37 min
E7	29 ans	Femme	1 ^{er} SASPAS	Rural	22 min
E8	27 ans	Femme	Exercice ambulatoire depuis 5 mois	Rural et urbain	43 min
E9	29 ans	Homme	Exercice ambulatoire depuis 6 mois	Rural	54 min

2) Communiquer sans heurter : un défi pour le soignant !

La communication verbale avec un patient en situation de surpoids ou d'obésité ne se révèle pas toujours aisée ni spontanée. La crainte de heurter le patient est une préoccupation constante pour le soignant.

Nombre d'entre eux expriment une appréhension au moment de l'échange avec le patient ce qui met en lumière la fragilité du dialogue susceptible d'être perçu négativement par le patient.

Pour certains participants, l'hypothèse d'un malentendu dans la conversation relative au poids rend délicate la communication avec le patient.

L'un d'eux évoque avec confusion le risque d'une interprétation erronée des propos : « *Non je n'ai pas dit qu'il fallait que vous perdiez du poids. Concrètement, je ne leur dis pas ça mais c'est l'interprétation que les patients en font* » (E2). Confirmé par un autre soignant qui met en avant l'incertitude sur la manière dont les propos vont être perçus par le patient : « *Ce qui est compliqué c'est quand ils sont en situation de surpoids ou d'obésité et que c'est à toi d'aborder le sujet parce que tu sais jamais trop comment ça va être perçu* » (E9).

Ces incompréhensions peuvent nourrir chez le soignant la crainte de susciter une réaction défensive de la part du patient : « *Plus l'appréhension de me dire que j'ai pas bien fait ou pas bien dit les choses, ça va un peu les braquer* » (E2).

Pour un autre participant, cela impose un « bon feeling » avec le patient afin d'éviter cette issue « *Faut que je sente que ce soit des gens qui sont ouverts, qui vont pas se braquer quand je vais leur parler de ça* » (E9), attesté par un autre soignant : « *si j'ai pas cet échange fluide avec la personne, c'est vrai que j'évite peut-être un peu* » (E4).

L'inquiétude sur le fait que les paroles soient perçues comme culpabilisantes par le patient a été évoquée par un médecin : « *J'ai pas envie de les faire culpabiliser* » (E4).

Pour d'autres participants c'est la crainte d'insister sur l'image corporelle, de complexer le patient qui est mise en avant.

L'un d'eux l'exprime ainsi lorsqu'il interroge le patient au cours de la consultation : « *En fait j'ai l'impression d'appuyer un peu plus là où ça fait mal et de les faire complexer encore plus* » ; « *De les complexer alors qu'ils ont déjà X pathologies* » (E2).

Un autre participant évoque une appréhension similaire, mais lors du moment sensible de l'examen clinique, notamment lors de la pesée : *« ils savent très bien qu'ils sont en situation d'obésité. Ça peut être plus ou moins bien vécu. Et c'est vrai que le rappel de mettre un chiffre sur ça... [...] c'est un peu compliqué »* (E7).

Il est ressorti des différents entretiens qu'il pouvait y avoir une appréhension quant au fait que les échanges avec le patient soient perçus comme stigmatisant voire assimilés à un discours grossophobe : *« Il y'a toujours cet aspect de ne pas provoquer un sentiment de stigmatisation auprès d'eux »* (E4) ; *« En fait c'est que des fois, j'ai peur que, quand je parle du poids [...] en fait moi je leur dis que c'est pas de la grossophobie, je suis pas là pour dire que esthétiquement... »* (E8).

Enfin, un autre des médecins met en lumière sa difficulté pour alerter sur certains risques sans que le patient ne se sente réduit simplement à son poids : *« Si j'amène la chose en disant voilà vous êtes en surpoids ou en situation d'obésité, en fait eux ce qu'ils vont percevoir directement c'est « je suis trop gros » alors que moi ce que je veux leur faire comprendre c'est que ça représente des risques pour leur santé, alors que leur silhouette moi je m'en fiche »* (E9).

Face à la complexité que représente l'échange autour de la question poids, certains praticiens adoptent une posture précautionneuse lorsqu'ils l'abordent en consultation : *« j'essaie de tout le temps faire attention »*, *« je mets ceintures et bretelles pour pas que mes propos soient mal pris »* (E9) ; *« Ok, il faut que j'y aille mollo »*, *« on va la jouer plus piano »* (E3) ; *« donc je prends un peu plus de pincettes »*, *« j'y vais un peu à tâtons »* (E5). Cette vigilance accrue génère une fatigue mentale : *« Sur le coup c'est un peu épuisant de faire attention à ce qu'on dit, évidemment ça représente une charge mentale supplémentaire »* (E9).

3) Le poids émotionnel du soin

La consultation avec un patient en situation de surpoids ou obèse peut s'avérer éprouvante pour le praticien tant sur le plan émotionnel que relationnel. Au cours de l'interrogatoire et de l'examen clinique, une variété d'émotions peut émerger influençant parfois les conduites et comportements des soignants.

Lors de l'entretien, le médecin peut éprouver de la culpabilité à l'égard des patients lorsque qu'il s'agit d'échanger autour de leur poids. L'un d'eux confie : « *J'ai l'impression de les complexer encore plus alors que ce n'est pas ce que je veux. Mais en même temps je n'ai pas à culpabiliser non plus de faire mon métier* » (E2).

Un autre laisse apparaître de l'agacement face à cette problématique multifactorielle : « *ça peut être lié à plein de choses, t'as des choses psychologiques, à des traumatismes, des machins, à des addiction ... [...] tu sais pas t'en sortir après !* » (E1).

Parmi les émotions évoquées par les participants figure la nervosité : « *Peut-être un peu plus nerveux que sur certains autres sujets* » (E3), émotion qui peut également se traduire sur le plan physique : « *Si je suis amené à un moment à m'installer ici et je deviens son médecin traitant j'ai pas envie d'avoir la boule au ventre avant chaque consult à me dire « qu'est-ce que je dois dire, pas dire... » non ça part mal* » (E3).

Un élément important qui est mis en avant est la peur de rompre l'alliance thérapeutique, la relation de confiance avec le patient, cité par plusieurs soignants : « *ma crainte c'est qu'ils aient pas confiance en moi* » (E8) confirmé par un soignant qui se projette déjà dans son installation future et la relation qu'il doit donc entretenir avec ses patients : « *Voilà, on va dire que je préfère garder une alliance avec eux, plutôt que de les braquer direct. Dans l'optique où je doive les revoir* » (E3).

L'embarras suscité par l'échange avec le patient est évoquée par un des participants : « *comme je sens que des fois ils sont mal à l'aise, moi ça me met mal à l'aise* » (E2) tandis qu'un autre praticien revendique une posture émotionnelle de retrait, de neutralité dans ce contexte : « *je suis assez neutre* » ; « *je pense que c'est mieux d'être neutre sur ce genre de sujet* » (E6).

Bien qu'il ne s'agisse pas exactement d'une émotion mais plutôt d'un état psychologique plus durable, un médecin a évoqué son impuissance en lien avec l'absence de solutions tangibles : « *je n'ai pas de clé à apporter* », « *on apporte rien de concret* » (E1).

L'examen clinique constitue un autre moment de tension, où la frustration face aux contraintes physiques est fréquemment évoquée : « *Oui, les examens sont plus compliqués [...] ça peut être un peu plus compliqué* » (E6), « *[...] on va rapidement aller sur des examens complémentaires parce que quand j'appuie de toute façon je suis pas au bon endroit* » (E9). Frustration que l'on retrouve également lors de l'examen gynécologique : « *Quand je fais un frottis, ça m'arrange que la femme soit pas obèse [...] je suis pas sûre que j'y arriverai* » (E5), « *Mais c'est vrai que pour moi c'est un peu plus compliqué les examens gynéco* » (E8) ou lors de la réalisation d'un

électrocardiogramme : « *Ou faire un ECG chez une patient ou surtout une patiente qui en situation de surpoids ou d'obésité, placer les électrodes c'est compliqué oui, ça peut poser soucis !* » (E9)

Lorsque le matériel médical s'avère inadapté, cela peut susciter une gêne, parfois vécue de façon aiguë : « *Parfois des balances s'arrêtent à 150kg, j'ai eu ça la semaine dernière, j'étais hyper gênée pour le patient* » (E5) ; « *Je pouvais être un peu gênée de la situation parce qu'en fait le patient s'en aperçoit que c'est pas adapté* » (E8) ; « *[...] je me dis « ah mince ! Il ne va peut-être pas bien le prendre ... » de prendre l'autre, le tensiomètre plus gros* » (E6) pouvant même aller jusqu'à provoquer la colère du soignant : « *C'est dingue de ne pas avoir une balance qui va au-delà ! Ça m'a un peu énervé. Je me suis dit que c'était fou !* » (E5)

Dans certains cas, c'est l'effroi qui domine, notamment face à des tableaux cliniques très avancés : « *c'était un patient de 70 ans qui avait des ulcères aux jambes et en fait bah juste en le voyant je me suis dit [...] : il a des jambes énormes ! Son obésité ... il pesait plus de 150kg ! Oui bah c'était énorme !* » (E1).

4) L'influence du poids du soignant dans la relation : un vécu contrasté

Il apparaît que la corpulence du praticien peut influencer la dynamique de la consultation, parfois en creusant un sentiment d'illégitimité, parfois en générant des moqueries, et parfois sans incidence particulière.

D'une part, plusieurs médecins rapportent ressentir une illégitimité_lorsqu'ils se savent plus minces que leur patient : « *le sentiment de légitimité par rapport à la personne qu'ils ont en face [...] tu parles de poids avec quelqu'un qui est enflé comme une allumette* » (E2) ; « *ouais t'es jeune, t'es mince, ça fait une différence avec eux* » (E3). Cette perception peut conduire à la crainte de mettre le patient mal à l'aise : « *personnellement je ne suis pas en surpoids, ça se voit et je me dis peut-être qu'il va pas être à l'aise* » (E4) ; « *je ne suis pas très enflée, je me dis qu'il y a certains patients ou certaines patientes que ça peut mettre mal à l'aise* » (E2). Un des participants explique s'être senti vulnérable dans certaines situations : « *quand je leur parle de leur poids [...] ils me parlent du mien...* » (E8) et confie même avoir été blessé par des remarques de patients : « *de me dire que moi je ne devais pas manger, des choses comme ça...* » (E8).

À l'inverse, le soignant peut se sentir menacé dans son propre rapport au corps lorsque celui-ci apparaît plus corpulent que celui du patient. Un médecin se souvient avec effarement de son maître de stage, obèse, dont les patients se moquaient : *« il leur parlait quand même de l'obésité mais lui-même était obèse, bah même s'il voulait les aider ça marchait pas parce que les patients ils rigolaient de la situation justement » (E1)*, un autre, consterné, décrit la violence de la situation : *« j'avais un maître de stage en niveau 1 qui lui-même était en situation de surpoids/obésité et pour le coup lui il se faisait un peu tacler par les patients quand il abordait le sujet. Je trouvais ça hyper violent ! » (E9)*.

Ainsi, une silhouette proche de celle du patient ne constitue pas systématiquement un avantage comme le souligne avec amertume un participant : *« Non c'est clairement pas un atout ! » (E9)*.

Enfin, certains médecins se déclarent indifférents à l'influence de leur propre poids sur la relation : *« il n'y a pas d'impact positif ou négatif, je ne me projette pas trop » (E7)* ; *« mon poids, mon physique à moi n'a jamais été une limitation dans mes consultations » (E5)*, non concerné par d'éventuelles remarques : *« je n'ai pas eu un patient qui me l'a fait la réflexion » (E6)*.

5) Le médecin face à son propre savoir : un rapport ambivalent

Le vécu des médecins face à leur savoir médical, qu'il soit théorique, technique ou relationnel, se manifeste par des ressentis variés.

Lorsqu'ils sont confrontés à des questions précises, notamment en matière nutritionnelle, certains se sentent incompetents pour y répondre : *« oh la vache, moi tout ça j'y connais rien » (E2)* ; *« programmer un équilibre alimentaire ? Je ne sais pas faire factuellement » (E3)* et cette expérience se transforme parfois en une impression de fragilité : *« mais oui ça m'arrive de me sentir démunie » (E5)*.

Ce manque de connaissances dans un domaine spécifique peut engendrer un sentiment d'illégitimité vis-à-vis du patient. : *« je vais avoir des conseils qui peuvent être de première intention, un peu bateau » (E4)* ; *« je ne me sens pas forcément légitime à 100% de leur dire quoi faire parce je pense qu'il y a des choses que je ne sais pas » (E2)*.

Certains participants éprouvent même une forme de responsabilité liée à une maîtrise insuffisante du savoir-être : *« je vais facilement le prendre pour moi en me disant que moi j'ai mal communiqué », « j'ai pas été bon en com' quoi » (E3) ; « je me dis dans un premier temps : ok j'ai mal abordé le sujet » (E9).* Mais ce sentiment ouvre aussi à une remise en question empreinte d'humilité : *« je suis en échec avec cette méthode là et puis la prochaine fois peut-être que je pourrai aborder les choses différemment ».* (E9)

Parallèlement à cette expérience de vulnérabilité, d'autres médecins vivent leur rapport au savoir comme une dynamique active, une pulsion vers l'amélioration. Ils témoignent d'une motivation intérieure à enrichir leurs connaissances et à affiner leur posture relationnelle : *« Je me formerai un peu plus sur ça et je serais plus à l'aise » (E6) ; « Je pourrais me documenter, ce n'est pas la question ! » (E2) ; « il faudrait vraiment que je fasse une formation » (E5).*

Un médecin exprime son optimisme quant au fait que le temps et l'expérience lui permettront de s'enrichir : *« c'est avec l'expérience que je vais progresser là-dessus ! », « je vais petit à petit réussir à aborder le sujet plus facilement ! » (E4).*

L'apprentissage peut aussi prendre des formes inattendues, comme le montre l'enthousiasme d'un médecin dont la vision de l'obésité a changé grâce à un podcast. : *« Ce qui m'a débloqué un peu, c'est que j'ai écouté aussi, j'avais un podcast de formation où en fait il y avait un spécialiste de centre d'obésité qui faisait le podcast. Et qui avait un peu expliqué la façon dont lui il amenait les choses et en fait le côté d'obésité, pathologie chronique en fait et ça a aussi changé un peu ma vision des choses » (E8).*

Enfin, le vécu d'autres médecins est marqué par un certain désengagement vis-à-vis du sujet : *« donc au final je fais rien pour l'obésité » (E1),* accompagné d'une résignation exprimée avec clarté : *« Je vais pas aller me former » (E1).* Ce vécu traduit une distance affective et une absence de mouvement vers l'implication ou la transformation.

6) L'échange sécurisé autour de la question du poids

La question du poids ne s'invite pas toujours naturellement dans la consultation. Elle émerge dans un espace relationnel parfois fragile, où le médecin tente de trouver un équilibre sensible entre le souci de bien faire et la peur d'être maladroit ou intrusif. Pourtant, les médecins

semblent éprouver un sentiment de sécurité accrue lorsque certaines conditions facilitantes sont réunies pour aborder la question du poids.

Lorsque le patient aborde de lui-même la question, cela semble alléger le poids de l'initiative pour le médecin. La parole du patient devient alors une porte ouverte, une permission implicite qui rend l'échange plus naturel et moins risqué. Le praticien éprouve alors un soulagement, qui lui permet d'entrer dans la discussion sans crainte de maladresse : « *les patients qui en parlent très librement, qui abordent eux-mêmes le sujet c'est du pain béni !* » (E2) ; « *je suis très à l'aise si c'est les patients qui l'abordent d'eux-mêmes* » (E9).

Le médecin se sent alors libéré pour s'engager dans l'échange : « *une fois que le sujet est installé, je suis moins sur mes gardes et là je me sens beaucoup plus à l'aise pour en parler* » (E9).

À l'inverse, l'absence d'initiative du patient peut générer un évitement : « *je ne vais pas en parler [...] à part quand les gens veulent être pris en charge bah oui... bah je rentre dans le gouffre* » (E1).

Aborder directement la question du poids sans que le patient ne l'ait évoquée semble représenter un risque pour le médecin. Pour sécuriser ce moment d'échange, le praticien s'appuie souvent sur des complications médicales liées au poids, qui deviennent alors des portes d'entrée pour engager la discussion avec plus de sérénité : « *il y avait le prétexte du diabète pour parler du poids* » (E4) ; « *les dépistages de SAOS, ça aussi ça peut être une porte d'entrée pour en discuter* » (E9) ; « *les douleurs dorsales, douleurs lombaires ou les lumbagos chez les jeunes, là on peut parler du poids je trouve.* » (E4), certains manifestent une assurance renforcée : « *c'est encore plus simple de l'aborder quand il y a des pathologies qui apparaissent comme l'hypertension ou autre.* » (E6).

Au-delà des complications directement liées au surpoids ou à l'obésité, certains médecins repèrent d'autres moments propices pour introduire la question du poids, renforçant ainsi leur légitimité à en parler. Ces occasions offrent une justification claire au dialogue, diminuant le risque perçu par le praticien et lui permettant de se sentir plus autorisé à aborder le sujet, ce qui apporte une forme de sécurité face aux possibles malentendus ou réactions du patient. Pour certains c'est le moment du passage sur la balance au cours de l'examen clinique qui va être le moment idéal : « *souvent la question du poids dans les consultations elle est abordée après que je pèse les patients* » (E5) ; « *comme je fais passer souvent mes patients sur une balance [...]*

souvent j'en parle » (E6) ; « on rentre dans ce sujet-là suite à la pesée » (E8). Pour d'autre c'est l'activité physique qui permettra d'ouvrir le dialogue : « j'ai toujours un petit truc... alors ça peut être la reprise du sport » (E4) ; « j'aime beaucoup avoir une approche sur l'activité sportive » (E6) ou la rédaction de certificat pour la pratique d'activité physique : « il y a toujours une accroche, soit certificat de sport ... » (E4).

En revanche, intervenir « sans accroche » reste rare : *« il y a peu de consultations où j'aborde la question du poids sans accroche », « j'en parle pas assez en prévention » (E4).*

La présence d'un réseau paramédical de proximité, bien identifié et familier, procure aux médecins un sentiment de sécurité dans la prise en charge des patients en situation de surpoids ou d'obésité. Le fait de pouvoir s'appuyer sur des interlocuteurs de confiance, comme une diététicienne ou une infirmière ASALEE, génère un véritable soulagement : *« dans la maison de santé où je travaille on a à la fois diététicienne et infirmière ASALEE donc je me repose un peu là-dessus » (E2) ; « J'hésite pas à adresser vers une diet » (E5) ; « J'ai la chance du coup d'avoir une infirmière ASALEE » (E6).* Un participant évoque son sentiment de réassurance liée à la proximité de ses confrères, qui lui permet de solliciter aisément un avis ou de réorienter vers un spécialiste en cas de situation complexe : *« Je vais assez facilement soit demander des avis soit renvoyer vers des spécialistes » (E4).* Cette possibilité de soutien entre pairs contribue à sécuriser la prise en charge.

Si certains praticiens bénéficient d'un réseau de soins bien structuré et identifié, d'autres expriment au contraire un sentiment d'isolement face à un maillage qu'ils jugent flou ou insuffisant : *« Mais je sais même pas où il y a des... quelle est la diététicienne la plus proche » (E3) ; « J'ai pas le réseau à qui adresser si besoin » (E7).* Quelques-uns manifestent également une forme de scepticisme quant à l'efficacité réelle de ces relais : *« Est-ce qu'elles ont les moyens de les accueillir ? Est-ce qu'elles ont les moyens de les voir ? Est-ce qu'ils vont être réceptifs ? » ; « Ou alors on attend que dans 10 ans y a une nouvelle diététicienne qui soit arrivée et que je le sache et que j'ai déjà des bons retours et que ça se passe mieux » (E3).* Cette incertitude ou méfiance à l'égard du réseau accentue un sentiment de solitude dans la prise en charge, pouvant fragiliser le médecin et nourrir un climat d'insécurité dans l'accompagnement du patient en situation de surpoids ou d'obésité.

7) Vers une relation de soin plus horizontale et bienveillante

Les médecins rencontrés expriment un éloignement vécu vis-à-vis du modèle paternaliste et vertical du soin. Leur expérience les conduit à s'orienter vers une posture plus horizontale, dans laquelle l'échange avec le patient repose sur l'écoute, le dialogue, le respect du rythme du patient et la bienveillance. Ce qui donne lieu à sentiment accru de justesse et d'efficacité professionnelle.

Les soignants interrogés expriment une aisance à aborder le sujet du surpoids ou de l'obésité avec leurs patients. Plusieurs affirment ne pas percevoir d'obstacles particuliers : « *les limitations qui pourraient pas me faire parler de ça ? J'en ai pas vraiment chez l'adulte* », « *c'est pas un sujet non plus qui me bloque particulièrement* » (E4) ; « *J'ai pas de difficulté à en parler* » (E6). Ce positionnement traduit une volonté de banaliser le sujet et d'en faire un thème accessible au même titre que d'autres questions de santé. Certains reconnaissent qu'il leur a été plus difficile d'en parler par le passé, mais constatent aujourd'hui une plus grande facilité : « *Je n'ai pas peur comme avant de l'aborder, donc il n'y a pas de soucis* » (E8). Pour d'autres, l'évocation du poids relève d'une responsabilité professionnelle forte : « *Moi, je pense que c'est mon rôle* », « *j'estime que c'est quand même mon devoir* » (E2).

L'expérience de se montrer directif, prescriptif ou dans l'injonction s'accompagne d'un sentiment d'inefficacité ou de rupture dans la relation : « *Alors que « non non mais vous faites mal je vais vous dire comment on fait bien », je pense pas, si tu t'y prends comme ça [...] jamais ça marche* » (E3) ; « *je pense que quand on est trop dans l'insistance, dans le fait de dire « il faut absolument faire comme ça » je pense que c'est moins efficace* » (E6).

Le rejet de cette posture autoritaire s'exprime parfois avec fermeté : « *Je n'ai pas envie d'être dans cette position de dire ce que le patient doit faire !* » (E2).

À l'inverse, l'un des praticiens témoigne d'un sentiment d'auto-efficacité lorsqu'il coconstruit, avec le patient, des objectifs concrets et partagés : « *donc j'avais noté comme objectif, défi avec le patient : passer de 104 à 102kg. Et au final, ben il avait réussi !* » (E3).

Les médecins témoignent d'une attitude de tolérance face au rythme d'engagement du patient, soulignant l'importance de ne pas forcer l'échange. Cette disposition s'inscrit pleinement dans une posture horizontale, ils évoquent la nécessité de laisser émerger la parole lorsque le patient

s'y sent prêt, sans précipitation ni insistance : « *s'il n'est pas prêt à en parler plus que ça, je pense qu'il faut respecter ce temps* » (E6) ; « *c'est plutôt à leur rythme* » (E7) ; « *si on veut à tout prix prendre ça en charge alors qu'ils sont pas du tout prêts [...], on va juste se mettre en échec ou se les mettre à dos* » (E8) ; « *j'insiste pas* » (E9). Cette approche reflète un respect de l'autonomie du patient et une attention à la temporalité de son cheminement.

Les médecins adoptent une posture d'ouverture, en laissant la possibilité d'aborder la question du poids sans jamais l'imposer. Ils créent ainsi un climat propice à l'échange, dans lequel le patient peut choisir de revenir au sujet quand il le souhaite : « *c'est toujours bien au moins d'en parler une fois et comme ça ils savent qu'on est ouvert au sujet* » (E4) ; « *la porte est ouverte si jamais ils veulent en parler un peu plus* » (E6) ; « *le fait qu'on ait abordé le sujet, ils savent qu'ils peuvent nous en parler déjà* » (E8) ; « *j'essaie d'avoir un ton qui reste ouvert à la discussion* » (E9).

Les médecins témoignent également d'une certaine persévérance dans le suivi. Ils n'abandonnent pas après un premier refus ou une absence d'adhésion, mais choisissent de revenir sur le sujet au fil des consultations : « *une fois que tu as donné ne serait-ce qu'un petit conseil, tu reprendras la prochaine fois* » (E3) ; « *de relancer plusieurs fois* », « *peut-être même de façon régulière* » (E6). Cela permet au patient de saisir l'occasion de parler de son poids lorsqu'il se sent prêt, sans pression.

Par ailleurs, la bienveillance apparaît comme la valeur centrale de la relation de soin : « *on ne trouve pas tout le temps des solutions, mais on peut essayer d'en trouver ensemble au cabinet, c'est un sujet qui fait partie de notre prise en charge* », « *j'ai envie de les aider* » (E6) ; « *je préfère que la personne se sente en confiance* » (E7) ; « *j'essaie de mettre en confiance les gens [...], sans les juger* » (E5). Certains médecins se montrent particulièrement attentifs à valoriser les efforts, même modestes, et expriment une forme de fierté partagée avec le patient : « *les encourager même si c'est juste un kilo* », « *être un peu fière d'eux, réussir à les encourager* » (E2).

Enfin un médecin insiste sur le respect de la dignité corporelle du patient au cours des entretiens : « *c'est une fois qu'ils sont rhabillés que ça y est on est plus dans le temps de l'examen clinique que là je vais me permettre d'aborder le sujet* », « *je le fais à un moment où ils sont intègres à la fois physiquement, à la fois psychologiquement, où il n'y a aucune situation qui peut paraître comme une relation d'ascendant* » (E9).

IV) DISCUSSION :

1) Résultats principaux

La prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale met en évidence la complexité des interactions entre médecins et patients. La communication autour du poids apparaît comme un terrain sensible, marqué par la crainte de heurter, de culpabiliser ou de renforcer le sentiment de stigmatisation déjà fréquent chez ces patients. Cette prudence s'accompagne d'un poids émotionnel significatif pour le praticien, oscillant entre malaise, culpabilité et parfois sentiment d'impuissance, renforcé par la conscience d'un savoir jugé partiel, mais aussi par l'influence de leur propre corpulence. Certains facteurs viennent néanmoins sécuriser l'échange : le fait que le patient aborde lui-même le sujet, la présence de complications médicales servant de point d'ancrage, ou encore l'appui d'un réseau paramédical de proximité. Ces conditions permettent aux médecins de trouver une légitimité accrue pour aborder la question du poids et de réduire le risque d'interprétation négative. Au-delà de ces difficultés, les praticiens décrivent une volonté claire de s'éloigner du modèle paternaliste. Ils privilégient une relation de soin plus horizontale, centrée sur le respect du rythme du patient, la reconnaissance de son autonomie et la valorisation de ses efforts, même modestes. Cette posture, guidée par la bienveillance et le souci de préserver la dignité corporelle, apparaît comme un levier essentiel pour instaurer une alliance thérapeutique durable et efficace dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

2) Comparaison avec la littérature

Notre étude met en évidence la difficulté, pour les jeunes médecins généralistes, d'aborder la question du surpoids et de l'obésité avec leurs patients. Cette appréhension est largement liée à la crainte de heurter, de culpabiliser ou de stigmatiser l'interlocuteur. Cette appréhension quant à l'abord du poids en consultation de médecine générale a également été décrite dans une étude récente publiée en 2024 dans *Obesity Science and Practice* (18), qui s'intéresse aux facteurs influençant les pratiques cliniques des médecins généralistes auprès de patients obèses. Ce phénomène ne se limite pas à la médecine générale, d'autres spécialités médicales se sont également penchées sur cette problématique. Ainsi, une étude parue en 2019 dans la *Revue des maladies respiratoires* (19) souligne que les pneumologues expriment des réticences similaires,

notamment dans le contexte du dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), par crainte d'offenser ou de blesser leurs patients. Des constats analogues sont rapportés en pédiatrie : Loth KA et al. (2021) (20) identifient quatre risques perçus par les pédiatres lorsqu'ils abordent la question du poids chez l'enfant, à savoir : la diminution de l'estime de soi, l'accentuation de la stigmatisation, l'altération de la relation médecin-patient et le risque de favoriser le développement de troubles du comportement alimentaire. Ces convergences suggèrent que la crainte d'offenser ou de stigmatiser le patient constitue un enjeu transversal, qui dépasse la seule médecine générale et reflète une difficulté structurelle de la communication en santé autour du poids.

Si les médecins expriment une crainte récurrente d'aborder la question du poids, la perception des patients apparaît plus nuancée. Une étude internationale menée par Caterson ID et al. (2019) (21), réalisée dans 11 pays a exploré les attitudes, perceptions et obstacles aux soins entre praticiens de premier recours et patients obèses. Ces résultats indiquent que la grande majorité des patients se déclare favorable à ce que leur médecin aborde la question du poids, jugeant cette démarche non seulement appropriée mais également très utile. Près des deux tiers des participants rapportaient même des sentiments positifs à l'issue de ces échanges, tandis qu'une minorité de seulement 3% affirmait s'être sentie offensée par les propos du médecin. Ces données suggèrent que, contrairement aux appréhensions exprimées par les médecins, le dialogue autour du poids est globalement bien accepté et même attendu par les patients, ce qui met en lumière un décalage entre les représentations des soignants et celles des personnes concernées.

Ce décalage entre la crainte des médecins et l'acceptation exprimée par les patients souligne que la difficulté ne réside pas uniquement dans la thématique du poids elle-même, mais plus largement dans la manière d'aborder des sujets perçus comme sensibles en consultation. Cette problématique de communication n'est d'ailleurs pas propre au surpoids et à l'obésité. À ce titre, une thèse d'exercice soutenue en 2018 par Chloé Duclercq (22) portait sur l'élaboration et l'évaluation d'un outil destiné à améliorer la communication autour de thématiques considérées comme délicates en médecine générale. Cet outil prenait la forme d'un flyer multithématique remis directement aux patients de façon quasi systématique, regroupant des informations, des numéros utiles et des conseils pour favoriser la communication avec le médecin concernant quatre thèmes rarement abordés en consultation : l'incontinence urinaire, les violences, la consommation d'alcool et la sexualité.

Les résultats de ce travail ont montré que la grande majorité des patients et des médecins jugeait l'outil simple d'utilisation. Les patients y percevaient une opportunité d'aborder plus aisément ces problématiques et la grande majorité d'entre eux appréciaient la remise en main propre, tandis que les médecins le considéraient comme un support pertinent pour leur pratique. Il est particulièrement intéressant de souligner que les deux groupes ont exprimé le souhait de voir figurer parmi les thématiques proposées le surpoids et l'obésité, ce qui témoigne de la place centrale et sensible de cette problématique dans la relation de soins ainsi que la volonté commune des médecins et des patients de disposer d'outils facilitant la communication à ce sujet.

La consultation auprès de patients en situation de surpoids ou d'obésité apparaît comme un moment générateur de nombreuses émotions, tant pour le praticien que pour le patient. Plusieurs travaux antérieurs les ont mis en évidence. Plusieurs auteurs soulignent que l'abord du poids en consultation constitue un moment délicat pouvant fragiliser la relation médecin-patient. L'étude publiée en 2024 dans le *British Journal of General Practice* rapporte que de nombreux praticiens craignent de mettre en péril l'alliance thérapeutique lorsqu'ils évoquent la question du surpoids ou de l'obésité (23). Le travail de thèse de Gros Lambert et Perrez (24), centrés sur le vécu des internes, confirment cette crainte, suggérant que cette difficulté est présente dès les premières années d'exercice.

Outre la crainte de détériorer la relation, plusieurs émotions négatives émergent dans la littérature et dans nos résultats. Gros Lambert et Perrez (24) mettent en évidence un sentiment de culpabilité ressenti par certains médecins lorsqu'ils abordent la problématique pondérale, ce que nos participants ont également exprimé. De manière complémentaire, le travail de Huder (25) décrit la gêne et l'embarras suscités par le dialogue autour du poids, éléments retrouvés dans notre étude. Ces émotions semblent traduire une difficulté à concilier l'obligation médicale d'aborder un facteur de risque majeur avec la crainte d'un rejet ou d'une réaction négative de la part du patient. Nos résultats font également écho au travail de Dewhurst et al. (2017), qui met en évidence le sentiment d'impuissance fréquemment ressenti par les médecins généralistes confrontés à l'obésité (26). Les jeunes praticiens de notre étude expriment eux aussi le poids de cette difficulté, notamment face à la chronicité de la pathologie, aux échecs répétés des régimes et aux limites perçues de leurs moyens thérapeutiques.

Enfin, si peu de travaux se sont spécifiquement intéressés au vécu des médecins lors de l'examen physique des patients obèses, la thèse de Gros Lambert et Perrez (24) met déjà en évidence les difficultés rencontrées par les internes face à du matériel parfois inadapté et au malaise généré par l'examen. Nos résultats confirment cet aspect, suggérant qu'il s'agit d'un champ encore insuffisamment documenté dans la littérature et qui mérite une attention particulière.

Le poids du soignant apparaît comme un facteur influençant la relation médecin-patient lorsqu'il s'agit d'aborder la question pondérale. Nos résultats mettent en évidence deux dimensions principales : d'une part, un sentiment d'illégitimité chez certains médecins et d'autre part, des réactions parfois dures ou dévalorisantes de patients vis-à-vis de médecins eux-mêmes en surpoids.

Le premier point contraste avec les données de la littérature. L'étude de Bleich et al. (2012), menée auprès de plus de 500 praticiens, montrait en effet que ce sont les médecins présentant un IMC élevé qui déclaraient un sentiment d'auto-efficacité moindre dans la prise en charge des patients obèses, alors que ceux de corpulence normale se percevaient plus confiants (27). Nos résultats suggèrent donc une dynamique inverse : certains jeunes médecins de corpulence mince se sentent peu légitimes à aborder ce sujet, craignant peut-être que leur propre apparence soit perçue comme un jugement implicite.

Le second point, relatif aux propos parfois blessants tenus par certains patients à l'égard de médecins obèses, trouve également un écho dans la littérature. Une étude publiée en 2023 dans *Patient Education and Counseling* a montré que les patients accordent en moyenne davantage de crédibilité et de confiance aux conseils d'un médecin mince en matière de perte de poids (28). Toutefois, cette tendance varie selon l'IMC du patient : les patients eux-mêmes en surpoids ou obèses se déclarent plus enclins à faire confiance à un médecin de corpulence similaire (28)(29). Ces résultats suggèrent que la perception du médecin par le patient est fortement modulée par des mécanismes d'identification ou de distance corporelle.

À notre connaissance, peu de travaux se sont spécifiquement intéressés au ressenti des médecins eux-mêmes en situation de surpoids ou d'obésité lorsqu'ils abordent cette problématique en consultation. Quelques thèses de médecine générale ont néanmoins apporté des éléments de réflexion. Ainsi, Lucile Ali (2015) a montré que la corpulence du médecin pouvait constituer

un facteur facilitant, certains patients se sentant plus enclins à engager spontanément la discussion sur le poids (30). Plus récemment, Anne-Claire Levray (2020) a mis en évidence que l'histoire personnelle du médecin avec son propre poids pouvait influencer durablement sa pratique, conduisant certains à se montrer plus attentifs au vécu des patients et à aborder la question pondérale avec davantage de prudence (31). À l'inverse, un article publié en 2014 dans le *Malta Medical Journal* (32) rapporte que les médecins obèses rencontrent plus de difficultés à délivrer des conseils concernant l'exercice physique.

Ces constats suggèrent que l'expérience personnelle du médecin vis-à-vis de son poids peut influencer sa pratique de manière contrastée : elle peut favoriser une attitude plus bienveillante et un dialogue facilité avec le patient, ou au contraire générer une certaine réserve, voire une difficulté à prodiguer des conseils adaptés, probablement en lien avec les propres difficultés du praticien à gérer sa situation pondérale.

Ainsi, l'illégitimité ressentie par certains médecins minces et les réactions négatives dirigées contre des médecins obèses apparaissent comme deux facettes complémentaires d'une même problématique : le poids du soignant lui-même constitue un élément central de la relation de soins lorsqu'il s'agit d'aborder l'obésité en consultation.

Les ressentis des médecins concernant leurs connaissances sur le sujet du surpoids ou de l'obésité apparaissent contrastés, mais cette question demeure récurrente dans la littérature. La thématique du manque de formation spécifique est notamment soulignée dans un article publié en 2013 dans les *Cahiers de nutrition et de diététique* (11), où les auteurs identifient le déficit de connaissances comme l'un des principaux freins à la prise en charge de l'obésité en médecine générale. Plus récemment, cette problématique a également été mise en évidence par Keren Or Unger Freinkel (2024) (33), dont le travail comparait les attitudes et connaissances de médecins selon leur degré de proactivité dans la gestion du poids. Chez les praticiens les moins engagés, le manque de savoirs apparaissait comme la principale explication à l'absence de prescription de traitements anti-obésité.

Ce sentiment d'illégitimité du médecin face au patient, en lien avec une insuffisance perçue de connaissances — que nous avons retrouvé dans nos résultats — a été décrit par Anne-Claire Levray dans sa thèse en 2024 (31). Par ailleurs, Élodie Bergamini (34) met également en lumière dans son travail le sentiment d'incompétence associé au déficit de formation dans ce domaine.

Cependant, il est intéressant de noter qu'en miroir de ce vécu négatif, une partie des médecins exprime au contraire une motivation et une volonté affirmée de se former et d'enrichir leurs compétences dans le domaine de la gestion du surpoids et de l'obésité. Cette dynamique apparaît dans la littérature : un article publié en 2005 dans l'*International Journal of Obesity* (35) rapporte que les médecins exprimaient davantage le souhait d'améliorer leurs connaissances personnelles sur ce sujet plutôt que de collaborer avec d'autres professionnels de santé. Par ailleurs, V. Attalin et al. (36), dans leur étude portant sur la prescription d'activité physique dans la prise en charge de l'obésité en médecine générale, ont montré que les jeunes praticiens manifestaient une demande plus marquée que leurs aînés pour bénéficier d'une formation pratique. Ce constat entre en résonance avec nos propres résultats qui soulignent l'intérêt et l'engagement particuliers des jeunes médecins dans l'acquisition de savoirs et de compétences dans ce domaine.

L'abord de la question du poids en consultation apparaît comme un moment particulièrement sensible, au cours duquel les médecins généralistes cherchent avant tout à instaurer un climat de sécurité dans le dialogue. Pour ce faire, plusieurs stratégies sont mises en œuvre, dont certaines sont bien documentées dans la littérature. Ainsi, le fait de privilégier les situations où l'initiative vient du patient constitue une approche fréquemment rapportée. Dans son travail de thèse, Chloé Huder (25) souligne en effet que les internes se sentent plus à l'aise et estiment la consultation plus constructive, lorsque le patient est le premier à aborder le sujet. D'autres praticiens choisissent d'introduire la thématique à partir des complications liées au surpoids, ce qui permet d'aborder la question de manière moins frontale, ou encore de s'appuyer sur le moment de la pesée comme porte d'entrée vers le dialogue. Ces constats rejoignent ceux de Lucile Ali (30), qui relève des démarches similaires dans son travail de thèse.

Cependant, si ces stratégies sont décrites du côté des médecins, qu'en est-il du ressenti des patients ?

L'étude de Laurène Prod'homme et al., publiée en 2019 sous le titre « *Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale* » (37), met en lumière des éléments convergents. Du point de vue des patients, il semble plus aisé d'aborder la question du poids dans le cadre de situations cliniques contextualisées – adaptation d'un traitement, douleurs articulaires, troubles psychologiques, etc. De manière similaire, la thèse d'Alizée Contiero-Yvars (38), consacrée au vécu des patients concernant la prise en charge du poids en

médecine générale, révèle que ces derniers attendent de leur médecin qu'il établisse explicitement le lien entre santé et poids, notamment en soulignant les conséquences du surpoids ou de l'obésité. Ces observations font directement écho aux résultats de notre étude. En revanche, l'usage de la pesée comme point d'entrée à la discussion apparaît beaucoup plus controversé. Ryan et al., dans une revue publiée en 2023 dans *Obesity Reviews* (39), montrent que de nombreux patients perçoivent la mesure du poids et de l'IMC comme une approche trop réductrice, centrée sur un chiffre, sans prise en compte de l'histoire personnelle, des efforts réalisés ou encore des habitudes de vie actuelles. Cette critique est également relayée par Laurène Prod'homme (37), qui rapporte que, pour certains patients, « le poids se voit » et qu'un regard clinique suffit au médecin pour identifier une situation de surpoids ou d'obésité. Dans cette perspective, la pesée peut être vécue non seulement comme inutile, mais parfois même comme délétère. Cette divergence est d'autant plus notable que nombre de médecins déclarent peser leurs patients de manière systématique.

Enfin, si le fait que le patient introduise lui-même la question constitue un gage de sécurité pour le médecin, la réalité est plus nuancée du côté des patients. Prod'homme (37) souligne que certains ne mentionneront jamais spontanément leur poids, ou seulement lorsqu'ils jugent la démarche indispensable. Ce décalage illustre une confrontation des représentations qui peut aboutir à des situations de blocage. Il apparaît alors nécessaire que les médecins acceptent de sortir de leur zone de confort pour aborder la question auprès de patients qui, de leur côté, n'osent pas ou ne souhaitent pas en parler.

Ainsi, une même situation peut être vécue de manière radicalement différente selon que l'on adopte la perspective du médecin ou celle du patient. Cette divergence souligne l'intérêt d'approfondir la comparaison des ressentis respectifs, afin d'adapter au mieux la conduite des consultations et de favoriser un dialogue réellement constructif.

Le soutien apporté aux praticiens par les réseaux paramédicaux constitue un élément largement documenté dans la littérature. Ainsi, une étude menée en 2014 auprès de 800 médecins généralistes par Kloek et al. (40) met en évidence que la majorité d'entre eux considère les diététiciens comme des acteurs légitimes et appropriés dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité, ce qui explique qu'ils y orientent fréquemment leurs patients. De manière complémentaire, un travail publié en 2018 dans le *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education* (41) souligne que l'un des facteurs facilitant l'adressage vers les diététiciens est leur colocalisation avec les médecins généralistes, un constat qui fait écho à nos

résultats concernant les infirmières ASALEE, dont la proximité au sein du même lieu d'exercice favorise naturellement la collaboration.

Toutefois, un certain scepticisme persiste quant à la délégation de missions vers les réseaux paramédicaux, ce que confirme également la littérature. Dans un article publié en 2024 dans le *British Journal of General Practice* (23), les auteurs relèvent que ce doute est nourri par l'absence de retours suffisamment positifs sur l'efficacité des interventions des diététiciens, mais aussi par le manque de motivation des patients à maintenir leurs recommandations dans la durée. De façon concordante, Teixeira et al. (2015) (42) rapportent que plusieurs médecins expriment des réserves quant aux résultats obtenus par les paramédicaux et déplorent des délais d'accès trop longs, limitant l'efficacité de l'orientation. Ces observations rejoignent nos résultats, où certains praticiens exprimaient également ces réticences.

Cette méfiance vis-à-vis de la délégation ne se cantonne pas à la prise en charge du surpoids et de l'obésité, ni au seul rôle des diététiciens. Une thèse de médecine soutenue en 2024 (43) consacrée à la collaboration entre médecins généralistes et infirmières de pratique avancée met en évidence des craintes similaires. Les médecins interrogés soulignent notamment le risque d'une surcharge de travail liée à des examens ou bilans biologiques prescrits sans concertation, la multiplication des intervenants susceptible d'induire une consommation excessive de soins, mais également une inquiétude quant à la banalisation de leur rôle et à la dévalorisation de leur statut. Enfin, dans un article publié en 2016 dans *Les Tribunes de la santé* (44), l'auteur souligne que l'un des principaux freins à la délégation demeure la crainte de voir le médecin généraliste perdre la maîtrise du processus de soin, alors même que son rôle est précisément défini comme celui du pivot central de la coordination.

La réticence des médecins généralistes à déléguer certaines missions s'inscrit dans une dynamique multifactorielle, qui traverse de nombreux champs de la pratique, parmi lesquels figure la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Par leur désir de ne pas être injonctifs, de rester ouverts à la discussion et de respecter le rythme d'acceptation du patient, les médecins laissent transparaître leur éloignement du modèle paternaliste, au profit d'une relation où le patient est autonome et acteur de ses soins. Cette évolution est confirmée par le travail de Laurane Pitoiset (2024) sur la stigmatisation des patients obèses en consultation de médecine générale, qui souligne que les médecins

s'accordent à placer le patient au centre de la prise en charge de cette problématique (45). Cette démarche apparaît pertinente, puisque les patients se déclarent particulièrement impactés et stigmatisés lorsque le médecin adopte une attitude injonctive ou paternaliste, comme l'a montré le travail de thèse d'Aurore Le Merle et de Raphaël Payeur sur les expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses (46).

Cette remise en question du modèle paternaliste ne se limite pas à la prise en charge du surpoids et de l'obésité, mais s'étend plus largement à l'ensemble de la médecine générale. Dans un article publié dans le Bulletin de l'Académie nationale de médecine, Michel Lejoyeux décrit ce modèle comme « une communication unilatérale et asymétrique allant du médecin vers le patient. L'information est descendante, autoritaire, transmise par une personne supposée savoir à une personne demandeuse. » Ce modèle implique donc que le médecin prenne seul la décision sans consulter le patient, une approche aujourd'hui remise en question dans la pratique médicale contemporaine (47).

Le modèle désormais privilégié est celui de la « révélation des préférences » ou de la « décision partagée », qui se situe à mi-chemin entre le modèle paternaliste, où le médecin décide seul, et le modèle informatif, où le patient décide de manière autonome. Ce modèle permet au patient de déterminer sa préférence — soit décider par lui-même, soit déléguer la décision au médecin — tout en renforçant son autonomie et en instaurant un véritable partenariat dans la prise en charge (48). L'exemple de la gestion du surpoids et de l'obésité illustre particulièrement bien l'intérêt d'une approche de décision partagée, où le médecin accompagne sans imposer et où le patient est valorisé comme véritable partenaire de soins.

La bienveillance manifestée par les praticiens dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité en consultation demeure peu documentée dans la littérature spécifique sur ce sujet. Plus largement, la notion de bienveillance dans les soins a été décrite dans des champs plus généraux et peut se définir comme une « disposition d'esprit inclinant à la compréhension et à l'indulgence envers autrui » (49). Dans un article publié en 2021 dans la revue *Current Psychology* (50) qui explore les valeurs personnelles des étudiants en médecine comme prédicteur d'empathie, les auteurs mettent en évidence un lien entre bienveillance, universalisme et empathie. Les participants faisant preuve de bienveillance et d'universalisme expriment ainsi des niveaux supérieurs d'altruisme, d'empathie et de satisfaction relationnelle à l'égard des patients. Ces observations sont particulièrement pertinentes par rapport à nos résultats, dans la mesure où elles suggèrent que les démarches qualifiées de bienveillantes par les médecins pourraient

favoriser des comportements davantage orientés vers l'écoute, le respect et l'accompagnement des patients.

Le domaine du surpoids et de l'obésité est un domaine où les patients attendent explicitement des attitudes empreintes de respect, d'empathie et de considération humaine. Nos résultats laissent penser avec optimisme que les médecins adoptent cette posture dans leurs consultations. Cette hypothèse est confortée par une étude canadienne portant sur le vécu de patients atteints de cancer de la tête et du cou concernant les soins compatissants (51). Il en ressort que les manifestations de bienveillance de la part des professionnels de santé sont perçues comme particulièrement importantes par les patients, contribuant à leur sentiment d'importance, de valorisation et de réconfort, et établissant une connexion significative avec le soignant au-delà de la dimension strictement clinique.

Ces constats suggèrent donc que la bienveillance constitue un élément attendu et valorisé par les patients, quel que soit le champ médical. Ils encouragent à poursuivre et à renforcer cette approche dans la pratique quotidienne, afin de favoriser des interactions soignant-soigné plus humaines et de qualité.

3) Forces et limites

a) Forces de l'étude

Un des atouts majeurs de ce travail est qu'aucune thèse n'avait, depuis plusieurs années, exploré en Indre-et-Loire le vécu des médecins généralistes dans leur approche des adultes en surpoids ou obèses. Cette recherche permet ainsi de réactualiser une thématique en évolution et d'ouvrir des perspectives pour de futurs projets.

Le choix d'une approche inspirée de la phénoménologie interprétative, associée à un guide d'entretien ouvert reposant sur une unique question initiale, a favorisé l'expression libre des participants autour de leur vécu et de leurs émotions, en adéquation avec l'objectif de recherche.

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée et homogène. Tous les participants étant directement concernés par la thématique, le critère d'homogénéité a pu être respecté.

La durée moyenne des entretiens, de 35 minutes, a permis de faire émerger un grand nombre de concepts pertinents.

Par ailleurs, la suffisance des données a été atteinte après neuf entretiens, seuil défini et validé conjointement avec la directrice de thèse, apparaissant satisfaisant et conforme à la méthodologie employée.

b) Limites de l'étude

S'agissant du premier travail qualitatif mené par l'investigatrice, certains biais méthodologiques ont pu survenir, en particulier des difficultés liées aux relances ou à l'approfondissement des propos des participants, susceptibles d'altérer la richesse des entretiens. Toutefois, ces limites ont été progressivement atténuées grâce à la répétition des entretiens et à l'acquisition d'une expérience croissante au fil de l'étude.

Le choix d'une méthode qualitative s'est imposé au regard de l'objectif de recherche, à savoir explorer le vécu des jeunes médecins dans leur approche des patients en situation de surpoids ou d'obésité. Cette méthodologie implique néanmoins une étude déclarative, ne permettant pas de vérifier les réponses fournies par les participants.

L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonnée et homogène. Néanmoins, il présente un manque de diversité notamment concernant les types d'exercice, majoritairement en milieu rural.

Enfin, un double codage n'a été réalisé que sur un nombre limité d'entretiens, ce qui peut constituer une limite dans la robustesse de l'analyse des résultats.

4) Perspectives

Notre recherche, en réactualisant la question de l'approche des patients adultes en surpoids ou obèses en médecine générale, ouvre la voie à plusieurs perspectives de travail.

Le surpoids et l'obésité demeurent des thématiques sensibles en consultation, tant pour les patients que pour les praticiens. Comme évoqué dans la discussion, Chloé Duclercq (22) a proposé un outil de communication sous forme de flyer multithématique remis en main propre

au patient afin de faciliter l'échange autour de problématiques délicates (telles que l'incontinence, les violences etc.). Généraliser ce type de dispositif, remis directement aux patients et comportant un volet spécifiquement orienté vers la problématique du surpoids et de l'obésité pourrait contribuer à instaurer un dialogue plus aisé pour les patients, tout en offrant aux médecins un support sécurisant pour aborder ces questions.

Par ailleurs, il est apparu que le ressenti des patients diverge parfois de manière significative de la perception des médecins. Ce qui peut être conçu comme une attitude bienveillante et engageante du côté du praticien peut être interprété tout autrement par le patient. Dans cette perspective, une étude comparative des expériences et émotions respectives des deux parties serait pertinente afin de confronter ces points de vue et, in fine, d'améliorer le dialogue et la qualité de la prise en charge. De plus, comme le montrent les résultats, les échanges autour de la question du poids suscitent de nombreuses émotions, parfois négatives chez les médecins. Il serait toutefois pertinent de s'interroger sur la mesure dans laquelle ces émotions peuvent, de manière objective, influencer la prise en charge. Une exploration plus approfondie de l'impact des dimensions émotionnelles sur les pratiques des médecins généralistes constituerait une perspective de recherche intéressante.

Enfin, notre travail a mis en lumière une évolution progressive du modèle paternaliste vers une approche plus horizontale, collaborative et bienveillante dans la relation de soins avec les patients en situation de surpoids ou d'obésité. Il serait pertinent d'envisager une intégration plus systématique de la sensibilisation à la bienveillance tant dans la pratique quotidienne des médecins généralistes que dans la formation médicale en général.

V) CONCLUSION

L'abord des patients en surpoids ou obèses en consultation demeure un exercice délicat pour les médecins généralistes. Cette difficulté tient autant à la crainte de blesser par les mots employés, aux émotions suscitées par un sujet chargé de représentations sociales, qu'au sentiment d'illégitimité parfois ressenti par les praticiens. Néanmoins, loin de se détourner de cette problématique, ils cherchent à instaurer un climat de sécurité dans le dialogue, condition essentielle à une relation thérapeutique constructive. Leur volonté d'approfondir leurs connaissances et d'affiner leurs pratiques témoigne d'un engagement fort face à un enjeu de santé qu'ils perçoivent comme majeur. De plus, leurs postures laissent entrevoir une évolution significative des mentalités : le modèle paternaliste tend à s'effacer au profit d'une approche qui valorise l'autonomie, la participation active du patient et une bienveillance assumée. Ces dynamiques sont porteuses d'un réel optimisme pour l'avenir, laissant espérer une prise en charge plus humaine, mieux adaptée et durablement efficace d'une problématique de santé publique appelée à s'amplifier dans les prochaines années.

VI) BIBLIOGRAPHIE :

1. Etude-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-LNCO-OFEO-2024-ConfPresse.pdf [Internet]. [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.obecentre.fr/wp-content/uploads/2024/06/Etude-epidemiologique-sur-le-surpoids-et-lobesite-Odoxa-LNCO-OFEO-2024-ConfPresse.pdf>
2. Obésité · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
3. Masson E. EM-Consulte. [cité 21 juill 2025]. Physiopathologie de l'obésité. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/75115/physiopathologie-de-l-obesite>
4. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 21 juill 2025]. Obésité - Troubles nutritionnels. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-nutritionnels/obésité-et-syndrome-métabolique/obésité>
5. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 1 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
6. plan_obesite_-_interactif.pdf [Internet]. [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_obesite_-_interactif.pdf
7. Qu'est-ce qu'un CSO ? [Internet]. Les centres spécialisés obésité de la région Centre-Val de Loire. [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.obecentre.fr/qui-sommes-nous/contexte/qu-est-ce-qu-un-cso/>
8. CSO de Tours [Internet]. Les centres spécialisés obésité de la région Centre-Val de Loire. [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.obecentre.fr/qui-sommes-nous/equipe/cso-tours/>
9. CSO d'Orléans [Internet]. Les centres spécialisés obésité de la région Centre-Val de Loire. [cité 21 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.obecentre.fr/qui-sommes-nous/equipe/cso-orleans/>
10. synthese._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/synthese._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
11. Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. Cah Nutr Diététique. avr 2013;48(2):98-103.
12. Pennings N, Varney C, Hines S, Riley B, Happel P, Patel S, et al. Obesity management in primary care: A joint clinical perspective and expert review from the Obesity Medicine Association (OMA) and the American College of Osteopathic Family Physicians (ACOF) - 2025. Obes Pillars. juin 2025;14:100172.
13. Lehr-Drylewicz AM, Renoux C, Savan L, Lebeau JP. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? Exercer 2010;94:132-7
14. Pitoiset L. Stigmatisation des patients obèses en consultation de médecine générale et impacts sur la prise en charge de l'obésité de l'adulte: étude qualitative menée auprès de

médecins généralistes de PACA. [Thèse d'exercice de médecine]. Marseille : Université Aix-Marseille. 2024

15. Fayemendy PJM. La prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne : difficultés rencontrées et suggestions d'amélioration. [Thèse d'exercice de médecine]. Limoges : Université de Limoges. 2012
16. Flint SW. Obesity stigma: Prevalence and impact in healthcare. *British Journal of Obesity* 2015;1: 14 –18
17. Merle AL, Payeur R. Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale. [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble: Université Grenoble Alpes. 2022
18. Ryan L, O'Donoghue G, Crotty M, Birney S, Heary C, Hanlon M, et al. Factors that influence general practitioners' obesity-related clinical practices and determinants of behavior to target to promote best practice in obesity care: A qualitative exploration. *Obes Sci Pract.* oct 2024;10(5):e70012.
19. Cuvelier A, Taillé C. Face aux patients obèses : un nécessaire changement de paradigme. *Rev Mal Respir.* oct 2019;36(8):915-8.
20. Loth KA, Lebow J, Uy MJA, Ngaw SM, Neumark-Sztainer D, Berge JM. First, Do No Harm: Understanding Primary Care Providers' Perception of Risks Associated With Discussing Weight With Pediatric Patients. *Glob Pediatr Health.* janv 2021;8:1-9
21. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, Coutinho W, Cuevas A, Dicker D, et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab.* août 2019;21(8):1914-24.
22. Duclercq C. Élaboration et évaluation d'un outil d'aide à la communication médecin-patient sur les sujets difficiles à aborder en médecine générale. [Thèse d'exercice de médecine]. Paris : Université Paris Descartes. 2017
23. Van Den Hout WJ, Adriaanse MA, Den Beer Poortugael LM, Mook-Kanamori DO, Numans ME, Van Peet PG. Dutch GPs' perspectives on addressing obesity: a qualitative study. *BJGP Open.* avr 2024;8(1).
24. Gros Lambert R, Perez T. Les particularités de la prise en charge globale des personnes obèses: le point de vue des internes de médecine générale de Grenoble, une étude qualitative. [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble : Université Grenoble Alpes. 2020
25. Huder C. Représentation et abord du surpoids et de l'obésité en consultation par les internes de médecine générale d'Alsace. Étude qualitative par focus groups. [Thèse d'exercice de médecine]. Strasbourg : Université de Strasbourg. 2024
26. Dewhurst A, Peters S, Devereux-Fitzgerald A, Hart J. Physicians' views and experiences of discussing weight management within routine clinical consultations: A thematic synthesis. *Patient Educ Couns.* mai 2017;100(5):897-908.
27. Bleich SN, Bennett WL, Gudzone KA, Cooper LA. Impact of Physician BMI on Obesity Care and Beliefs. *Obesity.* mai 2012;20(5):999-1005.

28. Telaak SH, Howe LC, Persky S. Physician weight influences responses to a public health message about the genetics of obesity. *Patient Educ Couns.* oct 2023;115:107853.
29. Bleich SN, Gudzone KA, Bennett WL, Jarlenski MP, Cooper LA. How does physician BMI impact patient trust and perceived stigma? *Prev Med.* août 2013;57(2):120-4.
30. 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 d'exercice de médecine]. Amiens : Université d'Amiens. 2015
31. Levray AC. Comment les médecins généralistes abordent-ils le poids et quel en est leur vécu auprès de patients adultes en situation de surpoids ou d'obésité? [Thèse d'exercice de médecine]. Montpellier Nîmes : Université de Montpellier. 2024
32. Pace L, Sammut MR, Gauci C. The attitudes, knowledge and practices of Maltese family doctors in disease prevention and health promotion. 2014;26(04).
33. Or Unger Freinkel K, Yehoshua I, Cohen B, Peleg R, Adler L. Attitudes and knowledge about weight management among primary care physicians in Israel: a cross-sectional study. *BMC Prim Care.* 19 mars 2024;25(1):92.
34. Bergamini E. Difficultés des médecins généralistes face au surpoids et à l'obésité. État des lieux des outils utilisés en pratique dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité, à travers une étude qualitative bas-rhinoise. [Thèse d'exercice de médecine]. Strasbourg : Université de Strasbourg. 2019
35. Thuan JF, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes.* sept 2005;29(9):1100-6.
36. Attalin V, Romain AJ, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: Attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes Metab.* juin 2012;38(3):243-9.
37. Prod'homme L, Riglet C, Godart N, Huas C. Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale: *Santé Publique.* 14 mai 2019;Vol. 31(1):7-17.
38. Contiero-Yvars A. Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault. [Thèse d'exercice de médecine]. Montpellier Nîmes : Université Montpellier. 2018
39. Ryan L, Coyne R, Heary C, Birney S, Crotty M, Dunne R, et al. Weight stigma experienced by patients with obesity in healthcare settings: A qualitative evidence synthesis. *Obes Rev.* oct 2023;24(10):e13606.
40. Kloek CJ, Tol J, Veenhof C, Van Der Wulp I, Swinkels IC. Dutch General Practitioners' weight management policy for overweight and obese patients. *BMC Obes.* déc 2014;1(1):2.
41. Aboueid S, Pouliot C, Bourgeault I, Giroux I. A Systematic Review of Interprofessional Collaboration for Obesity Management in Primary Care, A Focus on Dietetic Referrals. *J Res Interprofessional Pract Educ* 2018;8.1

42. Teixeira FV, Pais-Ribeiro JL, Maia A. A qualitative study of GPs' views towards obesity: are they fighting or giving up? *Public Health*. mars 2015;129(3):218-25.
43. Bucquet M. Représentation de la collaboration entre médecins généralistes et infirmiers en pratique avancée : une étude qualitative par focus group réalisée auprès des médecins généralistes de l'Agglomération havraise. [Thèse d'exercice de médecine]. Rouen : Université de Rouen. 2024
44. Bras PL. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? : *Trib Santé*. 4 avr 2016;n° 50(1):67-91.
45. Pitoiset L. Stigmatisation des patients obèses en consultation de médecine générale et impacts sur la prise en charge de l'obésité de l'adulte : étude qualitative menée auprès de médecins généralistes de PACA. Thèse d'exercice de médecine]. Marseille : Université Aix-Marseille. 2024
46. Merle AL, Payeur R. Étude des expériences vécues comme grossophobes par les patients en surpoids ou obèses dans le milieu des soins, et les conséquences sur leur prise en charge médicale. [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble: Université Grenoble Alpes. 2022
47. Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/contenus-de-la-relation-medecin-malade-place-des-modeles-psychologiques/>
48. RelationMedPatient.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: <http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf>
49. Larousse É. Définitions : bienveillance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bienveillance/9179>
50. Ardenghi S, Rampoldi G, Bani M, Strepparava MG. Personal values as early predictors of emotional and cognitive empathy among medical students. *Curr Psychol*. janv 2023;42(1):253-61.
51. Habib M, Korman M, Aliasi-Sinai L, Den Otter-Moore S, Gotlib Conn L, Murray A, et al. Étude des soins compatissants du point de vue du patient dans l'optique particulière des soins du cancer de la tête et du cou. *Can Oncol Nurs J*. 31 janv 2023;33(1):87-100.

VII) ANNEXE

Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification du participant :

EXPLORATION DU VECU DES JEUNES MEDECINS GENERALISTES D'INDRE ET LOIRE CONCERNANT LEUR APPROCHE DES ADULTES EN SITUATION DE SURPOIDS OU D'OBESITE.

RECHERCHE QUALITATIVE auprès des jeunes médecins généralistes d'Indre et Loire.

Introduction : En France, chez l'adulte la prévalence du surpoids est actuellement estimée à 30 % et celle de l'obésité à 18%. Ainsi près de 27 millions d'adultes français ont un IMC considéré comme anormal. La prévalence du surpoids tend à diminuer depuis 10 ans, celle de l'obésité, au contraire, augmente.

Dans la pratique la prise en charge du surpoids et de l'obésité est un défi pour le médecin généraliste pour de multiples raisons ! Mais les ressources concernant les jeunes médecins d'Indre et Loire sont finalement peu nombreuses à ce sujet et il nous a semblé pertinent de s'intéresser à leur ressenti et émotions face à cette situation.

Les objectifs de ce projet sont d'explorer le ressenti et le vécu des jeunes médecins généralistes face à des patients en situation de surpoids ou d'obésité.

Réalisation de l'entretien : Cet entretien sera réalisé par Syrielle MONJAL suivant vos disponibilités en présentiel ou par visio conférence.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu et expérience de la prise en charge ambulatoire des patients en situation de surpoids ou d'obésité

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Syrielle MONJAL

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)

Signature (investigateur)

Date

Date

Nom

Nom MONJAL, Syrielle

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'S' followed by a horizontal line and a small flourish.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Monjal Syrielle

53 pages – 1 tableau – 1 annexe

Résumé :

Titre : Exploration du vécu des jeunes médecins généralistes d'Indre et Loire concernant leur approche des adultes en situation de surpoids ou d'obésité.

Introduction : Le surpoids et l'obésité constituent un enjeu majeur de santé publique, dont l'incidence ne cesse de croître et dont la prise en charge représente un véritable défi pour le médecin généraliste. Peu de travaux se sont intéressés au vécu des jeunes praticiens d'Indre-et-Loire face à cette problématique. L'objectif de ce travail est d'explorer l'expérience des jeunes médecins généralistes dans leur approche des adultes en situation de surpoids ou d'obésité.

Méthode : Une étude qualitative, inspirée de la phénoménologie interprétative, a été conduite auprès de jeunes médecins généralistes d'Indre-et-Loire, en dernière année d'internat ou exerçant en ambulatoire depuis moins d'un an. Neuf entretiens ouverts ont été réalisés.

Résultats : L'analyse des entretiens a fait émerger six thèmes superordonnés. Les médecins décrivent l'échange autour du surpoids et de l'obésité comme un processus complexe, souvent empreint de la crainte de heurter ou de blesser le patient. Ces consultations suscitent de nombreuses émotions auxquelles le praticien doit faire face et peuvent également générer un sentiment de vulnérabilité, lié soit à son propre rapport au poids, soit à la perception d'un savoir jugé insuffisant. Certains éléments apparaissent toutefois sécurisants pour aborder la question du poids, tels que la présence de complications médicales facilitant l'introduction du sujet ou le soutien offert par un réseau paramédical de proximité. Enfin, les médecins expriment une volonté d'enrichir leurs compétences, tant sur le plan théorique que relationnel, et s'inscrivent dans une démarche de bienveillance, privilégiant l'écoute, l'ouverture et le respect, marquant ainsi un éloignement du modèle paternaliste.

Conclusion : L'abord du poids en consultation reste un défi pour le médecin généraliste. Les jeunes praticiens, conscients de son importance, cherchent à se former et à progresser. Leur approche, empreinte de bienveillance et centrée sur l'autonomie du patient, offre des perspectives prometteuses pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité, et plus largement pour la pratique en médecine générale.

Mots clés : surpoids, obésité, vécu, émotions, étude qualitative

Jury :

Président du Jury : Professeur Marie-Frédérique LARTIGUE

Directeur de thèse : Docteur Elisabeth LIGER

Membres du Jury : Professeur Arnaud DE LUCA
Docteur Adélaïde CHESNAY
Docteur Marine CHAIGNEAU

Date de soutenance : 20 novembre 2025