



La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ?

Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Cécile Renoux, Larisa Savan, Jean-Pierre Lebeau

exercer 2010;94:132-7.

am.lehr-drylewicz@cngc.fr

Contexte. L'obésité est associée à une forte augmentation de la morbidité. En France, plus de 40 % des adultes sont en surcharge pondérale. Le médecin généraliste est l'acteur de premier recours pour dépister et traiter cette « épidémie » d'origine multifactorielle. L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations et attitudes des médecins généralistes face au surpoids de leurs patients.

Méthode. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes du Cher. Une analyse thématique a été conduite après retranscription intégrale des verbatim.

Résultats. Les pratiques semblaient hétérogènes. Certains médecins ont déclaré que c'était le rôle du médecin généraliste de prendre en charge les patients en surpoids ou obèses. D'autres, au contraire, pensaient que ces patients étaient difficiles à suivre. Ils préféraient les diriger vers des spécialistes de la nutrition. Ils ont affirmé avoir suffisamment de connaissances pour prendre en charge le surpoids, mais se sentaient incompetents pour motiver les patients dont la situation socioéconomique semblait sans issue. Plus qu'une formation complémentaire, les médecins attendaient des solutions dépassant le domaine médical.

Conclusion. Le traitement de l'obésité est souvent présenté comme décevant et la prise en charge du patient en surpoids difficile. Les médecins interrogés sont sceptiques sur leur efficacité et finissent par abandonner cette lutte solitaire face à un problème de société.

Mots clés

Surpoids

Prévention

Perception

Médecine
générale

Introduction

L'obésité, définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m² est la plus importante source de maladies chroniques dans le monde¹, avec des conséquences somatiques, psychologiques et socio-économiques. Les risques relatifs des maladies directement induites par la surcharge pondérale² (que ce soit l'obésité ou le surpoids) sont estimés à 2,9 pour le diabète de type 2, 2,5 pour l'hypertension artérielle et les coronaropathies et 3,1 pour les accidents vasculaires cérébraux. La gonarthrose et certains cancers s'y ajoutent. Le coût direct de l'obésité consomme 2 à 8 % des dépenses de santé en Europe. Il est comparable à celui d'autres maladies comme le cancer.

La survenue d'une surcharge pondérale résulte de l'interaction de nombreux facteurs interdépendants maintenant un bilan énergétique positif chronique³ : alimentation, sédentarité, environnement socio-économique, patrimoine génétique et déterminants psychocomportementaux. Cette pathologie nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Dès le stade du surpoids, le médecin généraliste y détient un rôle capital. C'est le professionnel de santé le plus consulté. Sa position spécifique dans le système de soins permet de dépister le surpoids, en surveillant l'IMC des patients. Ses

conseils ont un impact positif significatif sur le comportement des personnes en surpoids⁴. La prévalence des personnes ayant essayé de perdre du poids sans aucune intervention médicale est de 58,6 % contre 79,8 % pour ceux ayant reçu des conseils de la part d'un médecin. La prévalence de l'obésité augmente dans les pays développés comme dans ceux en voie de développement. Depuis 1998, l'obésité est considérée comme une « épidémie silencieuse »¹. En France, en 2006, l'obésité concernait 12,4 % de la population soit plus de 5,9 millions de personnes, alors que le surpoids (défini par un IMC entre 25 et 29,9 kg/m²) atteignait 29,2 %, soit environ 13,9 millions de personnes⁵. Ces chiffres sont inférieurs à ceux des États-Unis, mais la prévalence de la surcharge pondérale est en constante augmentation, en moyenne de 5,7 % par an⁵ malgré l'effort des professionnels de santé et les différents projets de sensibilisation. Les raisons de ce phénomène sont inexpliquées. Seule une exploration approfondie de la résistance à la perte de poids, conséquence d'une interaction entre les habitudes des médecins, les valeurs et le statut des patients et le contexte environnemental peut favoriser la compréhension de ce phénomène. Le but de ce travail était d'explorer les représentations et attitudes des médecins généralistes face à la surcharge pondérale de leurs patients.



Méthode

Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés. Quinze médecins généralistes du Cher, recrutés par téléphone à partir de l'annuaire, ont été interviewés, jusqu'à saturation des données. L'échantillon était raisonné selon le sexe, l'âge et le mode d'exercice (urbain, semi-rural et rural).

La trame d'entretien (encadré 1) a été réalisée à partir d'une revue de la littérature et des hypothèses émises par les chercheurs. Elle explorait les représentations, les attitudes, les obstacles, les besoins et les propositions des médecins confrontés à la surcharge pondérale des patients.

Les entretiens se sont déroulés dans le cabinet de chaque médecin et ont été intégralement enregistrés. Les verbatim ont été retranscrits mot à mot. Les données non verbales n'ont pas été recueillies. L'analyse thématique du contenu des entretiens a suivi plusieurs étapes :

- appréhension globale du contenu par plusieurs lectures attentives ;
- découpage du texte avec relevé systématique des citations et des thèmes auxquels elles se rapportaient ;
- classement des thèmes ;
- interprétation dégageant les concepts abordés et les opinions.

Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par une interne dans le cadre d'un travail de thèse. Une validation ultérieure par un expert en recherche qualitative du département universitaire de médecine générale de Tours a été réalisée. Aucune triangulation supplémentaire des données, ni de validation ultérieure par les interviewés n'était prévue.

Résultats

Caractéristique de la population et des entretiens

Quinze entretiens ont été menés. La population étudiée était constituée de 10 hommes et 5 femmes aux modes d'exercice variés. Les entretiens ont duré de 15 à 40 minutes. La saturation des données a été atteinte à l'issue des 15 entretiens.

Les perceptions et représentations

Le dépistage

Les avis étaient partagés sur le rôle du médecin généraliste dans le repérage du surpoids. Certains pensaient que c'était leur rôle : « ...c'est nous qui sommes en première ligne ». Pour les autres, ces patients étaient difficiles à suivre et ils préféraient les diriger vers d'autres spécialistes. Les médecins qui dépistaient le faisaient dans un but d'information et d'aide à la prise de conscience : « Je pense que c'est comme pour l'arrêt du tabac, avant tout c'est le problème de la prise de conscience. On a notre rôle à jouer dans cette prise de conscience mais il ne faut pas être trop directif ni agressif. Si le malade n'est pas motivé on ne peut pas l'obliger », ou dans un objectif de prévention des comorbidités : « C'est surtout les comorbidités, [...] le fait d'être en surpoids ou en obésité n'est pas une gravité en soi ».

Un sentiment d'échec

Entre le sentiment d'inefficacité, d'injustice et d'impuissance d'un côté et la multitude des offres commerciales sans fondement scientifique de l'autre, les médecins

Encadré 1. Trame d'entretien

- Pouvez-vous me décrire votre pratique habituelle ?
- Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation ? (Motif de consultation) ?
- Le patient avait-il des problèmes de surcharge pondérale ? Si oui, avez-vous abordé le sujet ?
- Quels sont les facteurs qui vous poussent à évoquer le sujet ?
- Quels sont les outils dont vous disposez ? Les utilisez-vous régulièrement ? Quels sont les outils disponibles actuellement que vous connaissez ?
- Êtes-vous amené à faire de l'éducation nutritionnelle, en dehors de toute pathologie et de toute demande ? Quelles sont ces situations ?
- En ce qui concerne la thérapeutique, que pensez-vous des produits pharmaceutiques, de la chirurgie bariatrique ?
- Pouvez-vous me décrire une situation où vous étiez en difficulté pour aborder le sujet du surpoids ? Quelles étaient les raisons d'après vous ?
- Êtes-vous amené à envoyer souvent vos patients en surpoids auprès d'un autre professionnel de santé ? Si oui, lequel ?
- Que pensez-vous des résultats suite à la prise en charge du surpoids par le médecin généraliste ? Avez-vous des exemples parmi vos patients à me donner ?
- Quels autres obstacles avez-vous rencontrés au quotidien, liés à la prise en charge du surpoids ?
- Quel est votre propre point de vue vis-à-vis du surpoids ?
- Quelles sont vos propositions pour prendre en charge le surpoids, en vous basant sur votre expérience ?
- En matière de nutrition, quelles sont, à votre avis, les problématiques majeures susceptibles d'apparaître dans le futur ?



et les patients semblaient perdus. La plupart des médecins ont exprimé leur découragement face à de nombreux échecs : « *Parfois on leur parle et les gens s'en foutent totalement [...]. C'est un peu décevant pour les médecins.* »

Des attitudes hétérogènes

Un abord difficile du sujet

Il n'est pas abordé de manière systématique, ni par le médecin, ni par les patients : « *Déjà, ce qu'il faut comprendre, c'est que dans la majorité des cas en médecine générale, les gens ne viennent pas pour leur poids* ». L'apparition de comorbidités facilitait l'abord du sujet : « *C'est les comorbidités [...]. Pour mes patients, c'est toujours ces motifs qui font aborder le sujet* ». Les médecins ont déclaré être confrontés à l'absence de demande de patients « bien portants ». Ils étaient nombreux à se sentir gênés sur ce sujet délicat. Ils justifiaient ainsi leur intervention tardive. Pour intervenir plus tôt, diverses tactiques étaient employées, comme la prescription de bilans sanguins : « *Quand il vient avec un bilan d'hypercholestérolémie ça passe tout seul* ». Aborder le problème semblerait plus facile avec les enfants : « *En ce qui me concerne je vais facilement en parler avec les enfants, eux je les pèse systématiquement [...]. Je leur donne des conseils plus facilement parce que je pense que c'est là qu'il faut commencer [...]* ».

Les outils du repérage peu utilisés et critiqués

Les médecins déclaraient utiliser la balance presque systématiquement pour diagnostiquer le surpoids. Le tour de taille était très peu utilisé et l'IMC encore moins. Ils étaient considérés comme des moyens supplémentaires et non une fin en soi. Certains médecins les jugeaient non indispensables : « *De toute façon ça se voit s'ils ont grossi...* ».

Des conseils simples pour un résultat modeste

En dépit de la complexité du sujet, de nombreux médecins ont déclaré être concernés et se lancer dans la prise en charge en cas de comorbidités. Parmi les moyens thérapeutiques, les conseils simples et de bon sens ont été évoqués comme « *éviter toute sorte d'abus* », « *lutter contre les idées reçues* » et surtout « *abandonner les régimes, trop culpabilisants* » : « *...Je leur dis de façon très simple de faire attention et de manger plus de légumes, moins de gras, de faire plus d'exercice physique... c'est plus simple, mais comme c'est répété à plusieurs reprises et que c'est des conseils de bon sens ça marche aussi bien...* ».

Les résultats semblaient assez modestes, alors que les patients souhaitaient des solutions rapides et « *mira-culeuses* », poussés par la tendance actuelle d'« *idéal-minceur* ».

Les médecins ont évoqué des éléments psychothérapeutiques : l'empathie, le renforcement positif, l'écoute active, l'accompagnement ou la gestion des stimuli externes : « *Il faut leur dire les choses sans les agresser* », « *Des fois [...] il y a un déclic et ils se mettent à faire un régime, sans notre intervention* ».

Tous les médecins étaient convaincus des bienfaits de l'activité physique comme pierre angulaire de la prise en charge. Les conseils ne ciblaient pas le sport proprement dit. Ils insistaient sur la réduction des activités sédentaires, même si leur application pratique n'était pas toujours facile.

Pour l'éducation nutritionnelle, la plupart des médecins généralistes préféraient orienter les patients vers des spécialistes, en dépit des difficultés d'accès. Pour un des médecins, un suivi au cabinet de médecine générale semblait plus adapté et personnalisé.

Barrières et difficultés

La non-motivation des patients

Le principal obstacle était le manque de motivation des patients. « *S'ils ne se plaignent de rien, ils n'ont pas envie de l'entendre* ». Les patients asymptomatiques refusaient de modifier leurs modes de vie et habitudes alimentaires adoptés depuis l'enfance : « *Le problème c'est de les faire changer d'avis, d'habitudes et de les faire maigrir, alors que les gens sont fixés sur leur nourriture habituelle depuis leur enfance* ». Un des médecins se sentait totalement démuni et en échec face à cette résistance.

Les difficultés économiques des patients

La situation socio-économique précaire de certains patients influençait les pratiques des médecins, qui abandonnaient plus facilement : « *Je suis coincé, si par exemple j'ai une patiente de 60 ans, en surcharge pondérale, diabétique et qui gagne que 450 euros par mois, qu'est-ce que vous voulez que je fasse ?* ».

Le manque de temps et de coordination entre professionnels

Le manque de temps semblait une barrière majeure à l'éducation nutritionnelle, surtout avec la démographie médicale en baisse : « *Demander tout ce qu'ils mangent prend du temps, pas possible* ». L'organisation actuelle du système de soins et le manque de coordination entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé étaient aussi des facteurs limitants.



Attentes et solutions

Des solutions qui dépassent le domaine médical

Plus qu'une formation complémentaire, les médecins attendaient des solutions dépassant le domaine médical. La majorité des médecins a souligné la nécessité d'informations régulières, à tous les niveaux pour être efficaces : interventions de la part des médias, implications des commerçants et éducation dès le plus jeune âge : « *Les grands responsables de l'obésité et du surpoids sont les industriels de l'alimentation. [...] Je pense qu'il faut les deux dans un système : une aide publique avec de l'information médiatisée, mais rien ne vaut la parole du médecin traitant. Les deux sont complémentaires* ».

La création d'une consultation dédiée ?

La valorisation d'une consultation de longue durée, orientée vers l'éducation et la prévention, a été proposée comme piste de solution pour la prise en charge de ces patients.

Discussion

Une méthode adaptée mais limitée

L'objectif de cette étude était d'explorer les attitudes et représentations des médecins généralistes face aux patients en surpoids, afin de comprendre les raisons des difficultés de leur prise en charge. Une méthode qualitative était appropriée. Les entretiens semi-dirigés ont exploré le vécu, l'expérience et les ressentis des généralistes. Elle a été préférée à celle des *focus group* pour limiter l'interaction et l'influence des autres participants sur ce sujet délicat. Néanmoins, à l'issue du travail, l'absence de triangulation par des *focus group*, venant conforter les résultats et appuyer la saturation des données, semble regrettable. L'interaction du groupe, même sur des représentations personnelles, aurait probablement enrichi la réflexion, notamment sur les solutions possibles à envisager face aux difficultés de prise en charge des patients en surpoids. L'hypothèse de biais déclaratifs n'est pas non plus exclue, renforcée par la subjectivité du chercheur d'une part et d'autre part par l'état d'esprit et la disponibilité du médecin au moment de l'entretien.

Cette étude se limite à quelques médecins généralistes de la région Centre et ne représente pas l'opinion de l'ensemble des médecins généralistes français, même si la saturation des données a été obtenue. Même sans généralisation ou transférabilité possible, cette étude apporte quelques réponses et des données méritant d'être explorées de manière plus approfondie.

Un sentiment d'échec dès la phase de repérage

Les études françaises sur la représentation du patient en surpoids par le médecin généraliste sont rares⁶⁻⁸. Tant sur le plan national qu'international, les avis sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage du surpoids divergent. La plupart des médecins interrogés pensent qu'ils ne sont pas en mesure d'aider leurs patients à perdre du poids et qu'ils n'arriveront pas à les persuader de changer leur mode de vie. Cette déception est entretenue par l'accumulation des échecs. Ces derniers sont expliqués par la différence de culture et de représentations entre les médecins et les patients, des objectifs opposés et par le manque de motivation des patients dans leur contexte environnemental. Cet état des lieux a été abordé dans d'autres enquêtes françaises et internationales⁷⁻¹⁰. Dans la région PACA, plus de 90 % des médecins généralistes pensent que la prise en charge commence dès le surpoids⁷. Dans la présente étude, la quasi-totalité des médecins ne prennent en charge la surcharge pondérale qu'à l'occasion des comorbidités. Les échecs répétés peuvent-ils, à eux seuls, expliquer cette différence entre l'idée forte d'un repérage précoce indispensable et sa faible mise en pratique ?

La non-motivation des patients : un réel obstacle ?

Les médecins justifient leurs attitudes par la non-motivation des patients asymptomatiques. L'évolution des relations médecin-patient a conduit à une disparition progressive de l'asymétrie décisionnelle. Cette évolution se lit dans le code de déontologie : « *Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution (article R 4127-33), sans aucune intention d'imposer un traitement ou un conseil quelconque* ». L'objectif des soins, prenant en compte l'autonomie des patients, devrait être d'informer le patient sur les risques liés à son surpoids et les moyens de prise en charge, la décision finale lui revenant. Libéré de ce sentiment d'impuissance, le médecin serait le mieux placé pour fournir une information complète aux patients.

Les objectifs de perte de poids

Les médecins interrogés n'ont pas mentionné d'objectif pondéral, alors qu'une enquête française montre que plus de 60 % des médecins généralistes étaient plus exigeants pour les objectifs de perte de poids que ceux figurant dans les recommandations^{7,11}.

Si la prise en charge des comorbidités est indiscutable, une perte de poids de 5 à 15 % du poids maxi-



mal est réaliste et suffisante pour améliorer l'état de santé⁴. La composition en macronutriments des différents régimes fait encore débat. Les recommandations européennes conseillent une réduction des apports énergétiques totaux, portant essentiellement sur les graisses¹². Cependant, diminuer la quantité des graisses sans réduction calorique totale n'est pas efficace¹³. Plus que proposer différents types de régime, le médecin devrait augmenter la compliance des patients, en agissant sur le mode de vie, les préférences alimentaires et le contexte médical de chacun. Une forte adhésion aux conseils donnés par le médecin généraliste donne de meilleurs résultats à long terme, que les moyens spécifiques de perte pondérale¹⁴. L'application des stratégies de changement, améliore l'adhésion des patients¹⁵. C'est tout l'enjeu de l'éducation thérapeutique !

Le recours aux autres professionnels de santé

La quasi-totalité des médecins fait appel à des diététiciennes ou des nutritionnistes. Les autres ne le font pas en raison de la difficulté à obtenir des rendez-vous. À l'opposé, dans le Languedoc-Roussillon, seuls 12 % des médecins adressent leurs patients obèses à une diététicienne. Ils souhaitent mieux les prendre en charge en améliorant leurs connaissances sur le sujet et en ayant à disposition des outils simples⁶. Quelles sont les raisons d'une telle différence entre deux populations de médecins généralistes ?

Des résultats souvent modestes

Comme pour les médecins de cette étude, les résultats publiés dans la littérature sur la perte de poids sont souvent modestes et de courte durée, indépendamment des moyens employés. Après la période d'amalgissement, la majorité des patients reprend le tiers du poids perdu au bout d'une année et la totalité au bout de 3 à 5 ans^{16,17}. Le défi actuel serait de trouver des stratégies efficaces de maintien au long cours du poids perdu.

Des difficultés connues ou non

Les difficultés rapportées par les médecins de l'étude sont similaires à celles relatées dans la littérature : manque de temps, de motivation des patients, objectifs opposés ou impuissance face à certains facteurs environnementaux^{6-9,12}. D'autres ont émergé, liées à l'organisation du système de soins. La non-valorisation de la consultation de prévention, le manque de coordination entre professionnels, ainsi que la situation critique actuelle de la démographie médicale sont autant de barrières, pour lesquelles le médecin généraliste n'a aucune solution à lui seul¹⁸. Pour améliorer la prise en charge du surpoids, plusieurs expé-

rimentations sont en cours sur la cohésion multidisciplinaire, la révision des modes de rémunération ou la valorisation du travail de prévention et d'éducation¹⁹. Quelques pistes de réflexion ont été avancées dans le rapport Berland, dont la délégation des tâches²⁰. Avant de consolider ce type de pratique en France, il faudra franchir de nombreuses barrières comme la formation en nombre suffisant d'infirmières et son acceptation par les médecins généralistes et les patients. En attendant ces transformations, comment aider, les médecins généralistes face à leurs patients en surpoids ?

Malgré toutes ces mesures, aucun pays n'a réussi à infléchir la courbe de progression du surpoids. Il n'y a pas de solution miracle²⁰. Il faudrait informer les patients à un autre niveau pour que les pratiques des médecins généralistes soient cohérentes avec les messages nationaux, comme par exemple « Les antibiotiques c'est pas automatique ! »¹.

Conclusion

Cette étude qualitative a exploré les représentations et attitudes des médecins généralistes face au surpoids de leurs patients. Les médecins se sentent concernés par ce sujet, mais restent sceptiques sur leur efficacité thérapeutique. Ils sont convaincus que les patients sont incapables de perdre du poids et encore plus de maintenir cette baisse. Ils connaissent bien les risques de l'obésité et pourtant le dépistage n'est pas systématique, malgré un test diagnostique simple, performant et peu onéreux. La formation médicale continue a un rôle important dans la sensibilisation des médecins à un dépistage systématique pour chaque patient consultant en médecine générale. Il faudra ensuite évaluer l'intérêt du dépistage systématique et/ou d'une intervention brève en nutrition chez les patients en surpoids, l'intérêt de la perte pondérale chez tous les patients en surpoids ou l'incitation à ne pas augmenter davantage leur poids, sans exagérer les bénéfices. Toute mesure de dépistage doit préserver l'autonomie des patients après les avoir informés.

Certaines interventions, menées dans les pays anglosaxons avec succès, ne sont pas transposables en France du fait des spécificités du système de soins. Il serait intéressant de réaliser des études interventionnelles françaises d'éducation nutritionnelle, de promotion de l'activité physique ou d'aide psychologique auprès des patients consultant un médecin généraliste. Des recommandations adaptées au système de soins français pourraient alors être émises. En attendant ces études ou « le médicament anti-obésité » susceptible de maîtriser cette « épidémie », c'est au niveau de la prévention qu'il faut agir.



Summary

Background. Obesity is associated with high morbidity and mortality. Nowadays nearly 40% of French adults have a BMI up to 25. As main primary health care providers, general practitioners (GPs) play a leading part in the management of this epidemic problem. How do French GPs provide nutrition counselling for overweight patients?

Method. Qualitative study, using semi-structured interviews with fifteen general practitioners working in urban, semi-rural and rural practices. Data was recorded and transcribed, then analysed through key themes.

Results. Several physicians considered they have a role to address overweight, especially for patients with concomitant risk factors. Still they experienced many difficulties such as : patients motivation, acceptance of their advice, or social and economical environment influences. With obese and overweight patients, an overall feeling of inefficacy and unsuccessfulness led them to discouragement. As for nutritional education, most of them said it was not compatible with their practice for structural reasons. Therefore, referring these patients to a dietician or a nutritionist was often the solution. More than specific education on the topic, they expected structural solutions, such as networks.

Conclusion. Despite published guidelines in nutrition education, French GPs experience many difficulties when addressing overweight and discussing weight loss with patients. These difficulties may be explained by the complexity of the epidemic management, and the influence of non-medical factors. Solutions should be looked for through care providing networks.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. Genève : 2003;894:300p.
2. Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA et al. Obesity: assessment and management in primary care. *Am Fam Phy* 2001;63:2185-96.
3. Basdevant A, Laville M, Lerebours E. Traité de nutrition clinique de l'adulte. Paris : Médecine Science Flammarion. 2007. 723p.
4. Galuska DA, Will JC, Serdula MK et al. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *JAMA* 1999;282:1576-8.
5. ObEpi 2006. L'obésité et le surpoids en France. Disponible sur www.tns-sofres.com.
6. Thuan JF. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obe* 2005;29:1100-6.
7. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheu JC, et al. La prise en charge de l'obésité. Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA : résultats d'une enquête téléphonique. *Press Med* 2005;34:769-75.
8. Union régionale des caisses d'assurance maladie. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. Enquête réalisée par l'Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes en février 2004. Disponible sur www.ors-rhone-alpes.org.
9. Leverence RR, Williams RL, Sussman A, et al. Obesity counselling and guidelines in primary care: a qualitative study. *Am J Prev Med* 2007;32:334-9.
10. Fogelman Y, Vinker S, Lachter J, et al. Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obe* 2002;26:1393-7.
11. Campbell K, Engel H, Timperio A, et al. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obe Res* 2000;8:459-66.
12. Traduction française des dernières recommandations européennes. Prise en charge de l'obésité de l'adulte : propositions pour les soins de santé primaires en Europe. *Obésité* 2007;2:146-51.
13. Summerbell CD, Cameron C, Glasziou P. Withdrawn: Advice on low-fat diets for obesity. *Cochrane database of systematic reviews*. 2008.16p.
14. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, et al. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers and Zone Diets for weight loss and heart disease risk reduction: A randomized trial. *JAMA* 2005;293:43-53.
15. Rahioui H, Reynaud M. Thérapies cognitives et comportementales et addictions. Paris : Médecine Sciences Flammarion. 2006. 113p.
16. Svetkey LP, Stevens VJ, Brantley PJ, et al. Comparison of strategies for sustaining weight loss. *JAMA* 2008;299:1139-48.
17. Wing RR, Tate DF, Gorin AA, et al. STOP regain: are there negative effects of daily weighing? *J Cons & Clin Psy* 2007;75:715-20.
18. Société française de santé publique. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Juin 2008. Disponible sur : <http://www.sfsp.info/sfsp/index.php>.
19. Haute Autorité de santé. Délégation, transfert, nouveaux métiers. Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Rapport de février 2007;27p. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante.
20. Avenell A, Broom J, Brown TJ, et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Tech Ass* 2004;8:1-182p.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant le contenu de cet article.