



Comment aborder la relation à l'alimentation chez les patients sujets à l'addiction alimentaire ?

Etude qualitative auprès de médecins
généralistes bruxellois

Audrey Goffaux
Université Catholique de Louvain
Année académique 2022-2023

Table des matières

Abstract	1
1. INTRODUCTION : mini-revue de la littérature sur l'addiction alimentaire et objectifs du TFE	1
1.1. Raisons du choix du thème	1
1.2. Epidémiologie du problème étudié	2
1.3. Enjeux de la problématique et généralités	2
1.4. Définition de la problématique	3
1.5. Diagnostic.....	4
1.6. Implications en terme de santé individuelle et collective.....	5
1.6.1. Addiction alimentaire et surpoids/obésité.....	5
1.6.2. Addiction alimentaire et chirurgie bariatrique	6
1.6.3. Addiction alimentaire et comorbidités psychologiques/psychiatriques	7
1.6.4. Addiction alimentaire et troubles du comportement alimentaire	7
1.6.5. Addiction alimentaire : quelle prise en charge ?	8
1.6.6. Addiction alimentaire : rôle du généraliste ?	8
1.6.7. Addiction alimentaire et santé publique.....	9
1.7. Zones d'ombre /gaps.....	9
1.7.1. Zones d'ombre sur le concept en lui-même (cfr annexe n°3)	9
1.7.2. Zones d'ombres au niveau de la médecine générale.....	9
1.8. Objectif du TFE	10
1.8.1. Objectifs	10
1.8.2. Question de recherche.....	11
1.8.3. Question de recherche sous forme PICO	11
2. Méthodologie	12
2.1. Méthode de recherche pour la mini-revue de la littérature (introduction du TFE) (cfr annexe n°6)	12
2.2. Méthode d'investigation du TFE.....	12
2.2.1. Type d'étude et raisons du choix de la méthodologie	12
2.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion des participants de l'étude	13
2.1.3. Méthode d'échantillonnage et de recrutement	13
2.1.4. Méthode de récolte et d'analyse des résultats	13
2.1.5. Aspects éthiques et confidentialité	15
3. RESULTATS.....	15
3.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants	15
3.2. Résultats de l'étude qualitative : analyse par catégories conceptualisantes et illustration par des extraits d'entretiens	15
(Retranscriptions des entretiens cfr annexe n°10)	15
3.2.1. Addiction alimentaire vue par des généralistes, applicabilité et intérêt du diagnostic en médecine générale.....	15
3.2.2. Explorer l'alimentation des patients en surpoids/obésité avec les lunettes de l'addiction alimentaire : modèle trans-théorique du changement.....	17
3.2.3. Le médecin généraliste au centre, avec ses forces et ses faiblesses.....	29
4. DISCUSSION	31

4.1. Synthèse des résultats.....	31
4.2. Analyse et discussion des résultats	33
4.2.1. Corrélations avec la littérature.....	33
4.2.2. Suggestion d'une nouvelle piste pour la médecine générale : le modèle du changement transposé à l'addiction alimentaire.....	36
4.3. Pistes permettant d'enrichir le travail	39
4.4. Critiques du travail - Evaluation de la qualité de l'étude	40
4.4.1. Forces du travail	40
4.4.2. Faiblesses du travail : présentation des différents biais	41
4.4.3. Réflexivité.....	42
5. CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE.....	45
ANNEXE N°1 : Signification des abréviations	49
ANNEXE N°2 : Définition et critères d'addiction à une substance selon le DSM V	50
ANNEXE N°3 : Figures N°1 et N°2 illustrant l'introduction	51
.....	51
ANNEXE N°4 : Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0)	52
ANNEXE N°5: Modified Yale Food Addiction Scale (mYFAS) 2.0.....	54
ANNEXE N°6.....	55
2.1. Méthode de recherche pour la mini revue de la littérature (introduction du TFE)	55
2.1.1. Stratégie de recherche : pyramide de la littérature.....	55
2.1.2. Dates de la recherche bibliographique dans les différentes bases de données :	56
2.1.3. Critères d'inclusion	56
2.1.4. Critères d'exclusion.....	56
2.1.5. Mots-clés et Thésaurus	56
2.1.6. Bases de données consultées.....	57
ANNEXE N°7 : Guide d'entretien	59
Phase d'introduction	59
Phase de début d'entretien	59
Phase d'entretien	59
Phase de fin d'entretien	62
ANNEXE N°8 : Validation du GEIMG	63
ANNEXE N°9 : Tableau sur les caractéristiques des participants de l'étude	71
ANNEXE N°10 : Retranscriptions des entretiens.....	72

Abstract

Introduction : L'addiction alimentaire est un sujet émergent dans la littérature médicale. Un patient sur cinq est concerné en moyenne (plus en cas de surpoids/obésité, de chirurgie bariatrique envisagée). Le concept sous-tend la présence de similarités neurobiologiques et comportementales entre la prise d'aliments à haute palatabilité et les addictions. Malgré ses limites, il permet d'identifier un sous-groupe de patients obèses pour lesquels on peut suggérer une approche basée sur celle des addictions. Il existe un auto-questionnaire de dépistage validé (YFAS). Peu d'études ont été réalisées sur cette problématique en médecine générale, pourtant en première ligne pour la détection des troubles alimentaires, a fortiori de l'addiction alimentaire. Comment aborder en médecine générale la relation à l'alimentation chez l'adulte en surpoids/obèse sujet à l'addiction alimentaire, pour mieux détecter celle-ci ?

Méthode : Après avoir établi un cadre théorique sur le sujet par une recherche dans la littérature, une étude qualitative a été réalisée sur base d'entretiens individuels semi-directifs auprès de généralistes, via la méthode des catégories conceptualisantes, lesquelles ont été analysées par comparaison au célèbre modèle du changement (Prochaska et DiClemente).

Résultats : Sept généralistes belges francophones de Bruxelles (Est) ont été interrogés. Ces médecins trouvaient pertinent le concept d'addiction alimentaire et l'abord par le généraliste de la relation à l'alimentation pour permettre d'améliorer la prise en charge du patient en surpoids/obèse et de diminuer sa souffrance. Ils soulignaient la nécessité de la motivation/agenda du patient, d'empathie/de compréhension du médecin pour aborder le sujet avec le patient. Ont aussi été discutées les différentes manières d'aborder le surpoids et l'alimentation, la prise en charge en multidisciplinarité (notamment psychologique) pour retourner à une sensation de contrôle du patient sur son alimentation, l'utilisation des outils connus en addictologie comme le conseil minimal et l'entretien motivationnel, au sein duquel l'outil YFAS était jugé utilisable en aide-mémoire par le généraliste.

Discussion : Les résultats de l'étude ont été schématisés, comparés à la littérature, critiqués, tout en soulignant les nouvelles idées et perspectives de réflexion sur le sujet pour le futur.

Conclusion : Ce TFE suggère une vision de l'abord de la relation à l'alimentation via les lunettes de l'addiction alimentaire et du modèle du changement, et vise à son échelle à amorcer un élément de réponse pour le praticien et ouvrir la voie à d'autres TFE sur le sujet.

Mots-clés : *Addiction alimentaire, trouble de l'alimentation, médecine générale, patients adultes, obésité/surpoids, étude qualitative, détection, modèle du changement, questionnaire YFAS, entretien motivationnel*

Codes – descripteurs :

QR31 (*étude qualitative*)

QS41 (*médecine générale*)

QP51 (*questions d'alimentation du patient*)

QC14 (*adulte*) - **QC4** (*dépendant*)

QD15 (*entrevue motivationnelle*)

T05 (*problème d'alimentation de l'adulte*) - **T82** (*obésité*)

Signification des abréviations : [cfr annexe n°1](#)

Remerciements :

Je remercie pour leur relecture attentive, leur soutien et leurs conseils avisés : ma promotrice Dr Stéphanie Bauduin, ma maître de stage Dr Delphine Sprimont, mes amis co-assistants de 3^e année de médecine générale, mes colocataires, mon compagnon Guillaume, mes parents, ma sœur Marie.

Je remercie les sept médecins généralistes que j'ai interrogés pour leur participation à mon étude.

Je remercie enfin tous mes proches (amis de médecine ou d'ailleurs, famille, compagnon), mes maîtres de stage et collègues de travail pour leur soutien infailible et leur écoute durant toute la durée de mes études de médecine et de mon assistantat de médecine générale.

1. INTRODUCTION : mini-revue de la littérature sur l'addiction alimentaire et objectifs du TFE

1.1. Raisons du choix du thème

Il y a quelques années, j'ai été personnellement intriguée par une émission télévisée, *Les pouvoirs extraordinaires du corps humain*, destinée au grand public et réalisée par le médecin français Michel Cymes, à propos du pouvoir addictif du sucre. Par ailleurs, j'avais déjà entendu à plusieurs reprises le terme « addiction alimentaire » dans des reportages de société à propos de l'obésité.

Cette notion m'a intéressée : A quel point l'addiction à la nourriture peut-elle être pathologique ? La notion d'addiction alimentaire est-elle impliquée dans les causes de l'obésité et du surpoids (aux conséquences multiples sur la santé du patient et dès lors en santé publique) ? La notion d'addiction alimentaire peut-elle expliquer l'échec des prises en charge classiques proposées aux patients souffrant de surpoids ou d'obésité ? Cette notion est-elle validée dans la littérature médicale ? Comment diagnostiquer et comment traiter une addiction alimentaire ? Quel est le rôle du généraliste au sein de cette problématique ? Telles sont les questions que je me suis posées.

En médecine générale, je me suis déjà sentie désarmée et impuissante face à des demandes de conseils de la part de patients, qui essayent depuis des années de perdre du poids et de modifier leur alimentation, en vain. Certains patients que j'ai pu rencontrer reprennent beaucoup de poids après une chirurgie bariatrique, notamment à cause d'une alimentation qui reste inappropriée et parfois compulsive. Ces patients ont beau consulter des nutritionnistes ou des diététiciens, connaître les conseils diététiques, le problème n'est pas toujours résolu. Ces situations me confortent dans l'idée que la problématique de surpoids/d'obésité est multifactorielle et complexe, requérant sans doute des solutions supplémentaires à une modification de l'hygiène de vie (notamment alimentaire et sportive) ou à une chirurgie bariatrique.

1.2. Epidémiologie du problème étudié

En 2016, au sein de la population mondiale (adultes âgés de 18 ans et plus), on comptait environ 1.9 milliards de personnes en surpoids (39% de la population), parmi lesquelles 650 millions étaient obèses (13% de la population). (1)

Une méta-analyse récente de 2022 (2) (incluant 272 études réalisées pour la plupart dans des pays à revenus élevés et incluant 169050 participants) évalue la prévalence moyenne de l'addiction alimentaire à 20%. Cette prévalence est augmentée en cas de surpoids (24%), d'obésité (28%), de troubles du comportement alimentaire (surtout en cas de Binge-Eating Disorder /hyperphagie, 55%) et chez les patients candidats à une chirurgie bariatrique (28%). Ces chiffres rejoignent les résultats d'une méta-analyse de 2014 incluant 25 études réalisées dans des pays occidentaux (USA, Canada, Allemagne, France, Danemark), incluant en tout 196211 participants et évaluant la prévalence moyenne de l'addiction alimentaire à 19.9%. (3)

1.3. Enjeux de la problématique et généralités

Le concept d'addiction est défini par le DSM V comme ceci : *Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, au cours d'une période continue de douze mois*. Afin d'établir le diagnostic d'addiction, un auto-questionnaire de 11 questions datant de 2013 a été publié par L'American Psychiatric Association (cfr annexe n°2). (4)

L'addiction alimentaire est un concept dont la définition et les implications restent encore débattues à ce jour. En effet, comment peut-on parler d'addiction alors que l'alimentation est fondamentale à notre survie ? (5) L'addiction alimentaire ne figure ni dans le DSM-V, ni dans la classification ICD-11, ni même dans les troubles du comportement alimentaire (TCA), contrairement à l'hyperphagie (binge eating disorder)¹ et à la boulimie nerveuse. (6)

¹ Pour rappel, l'hyperphagie, malgré des caractéristiques communes, n'est pas synonyme du concept d'addiction alimentaire. Il s'agit d'un trouble alimentaire défini comme ceci par le DSM V (4) : *Survenue récurrente de crises de boulimie (ingestion d'une quantité importante de nourriture sur une période de temps limitée, quantité largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances), avec un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire. La crise boulimique s'accompagne d'une souffrance marquée. Il n'y a pas de recours à des stratégies compensatoires (ex : vomissements volontaires) comme décrites dans la boulimie nerveuse.*

Malgré cela, le sujet de l'addiction alimentaire a suscité et suscite encore beaucoup d'intérêt dans la communauté scientifique depuis ces dernières années, en parallèle avec l'augmentation croissante de l'obésité et de la recherche sur les TCA (troubles du comportement alimentaire). (2) Le concept, malgré ses limites, permet d'identifier un sous-groupe de patients obèses pour lesquels on peut suggérer une prise en charge basée sur celle des addictions. (5) Différents arguments (que ce soit au niveau neurobiologique, comportemental ou clinique) développés par la littérature scientifique et médicale soutiennent le concept d'addiction alimentaire et sont en faveur de son intégration dans le champ des addictions (5). Ces arguments, ainsi que les limites du concept, sont expliqués dans cette introduction, afin de mieux comprendre le travail/TFE en lui-même.

1.4. Définition de la problématique

La définition de l'addiction à la nourriture se base d'abord sur des **preuves neurobiologiques** sous-tendant les processus addictifs. (7) Il existe donc des similarités au niveau neurobiologique entre la prise de certains aliments à haute palatabilité (à savoir les **aliments ultra-transformés par l'industrie agro-alimentaire, riches en sucres, en graisses et en sel**) et les addictions. (7)

La littérature scientifique existante au sujet de la neurobiologie des addictions (sur base de modèles humains et animaux) émet ce consensus : il y a une **activation directe du circuit cérébral de la récompense par l'abus de drogues tout comme par certains comportements excessifs**. (6) Un article de la Revue Nutrients a rassemblé les informations des quelques études de neuro-imagerie (utilisant le plus souvent l'IRM fonctionnelle) décrivant les **spécificités cérébrales anatomiques et fonctionnelles** chez des patients diagnostiqués d'addiction alimentaire. Ces différentes études soutiennent l'existence d'un **pattern cérébral spécifique** chez les patients atteints d'addiction alimentaire (déterminé par des anomalies au niveau du circuit méso-limbique de la récompense, des processus de contrôle inhibiteurs et des sphères émotionnelles et cognitives), phénomène **que l'on retrouve également dans les autres addictions** (cfr consensus expliqué plus haut). (6) (cfr annexe n°3 figure 1)

Un article de la Revue Médicale Suisse (7) résume **les principaux circuits neuronaux** impliqués lors de la consommation d'aliments à haute palatabilité : le circuit dopaminergique de la récompense, le système des endorphines, la sérotonine, le glutamate.

Par ailleurs, certains médicaments antagonistes des récepteurs opioïdes comme la Naltrexone, utilisée dans la dépendance à l'alcool, ont démontré des effets de diminution d'appétit et de diminution de prise d'aliments à haute palatabilité chez les personnes hyperphagiques.(7) De plus, tout comme les comportements addictifs, les phénomènes de **tolérance**² à la nourriture ainsi que des signes de **sevrage**³ ont été décrits. (7)

Une revue systématique de la littérature datant de 2018 écrite par Gordon et al (8) a examiné une cinquantaine d'études (réalisées chez les animaux et chez les êtres humains) dans le but d'établir les **preuves sous-tendant le concept d'addiction alimentaire**. La majorité des études analysées dans cette revue systématique rapportent des résultats qui valident le lien entre l'alimentation et les caractéristiques d'addiction du DSM V (essentiellement les changements neurobiologiques et le contrôle altéré), et qui soutiennent donc le concept d'addiction alimentaire. Cela concerne particulièrement les aliments à haute palatabilité.

Il existe des débats scientifiques au sujet de l'origine physiopathologique de l'addiction alimentaire (6) (9). La revue systématique de Gordon et al. suggère que le concept correspond **le plus à la définition et aux critères d'addiction à une substance** (Substance Use Disorder), à savoir la **nourriture à haute palatabilité**, même si l'addiction alimentaire comprend **aussi des symptômes d'addiction comportementale** (Behavioral addiction)(8). Cependant, on ne peut pas encore déterminer rigoureusement avec des critères scientifiques quels types d'aliments en particulier pourraient avoir un potentiel addictif. (5) (9)

1.5. Diagnostic

Il existe un outil validé, avec de bonnes propriétés psychométriques (5) , évaluant l'addiction alimentaire : le **questionnaire YFAS** (Yale Food Addiction Scale) (2) (7) (6), proposé par Ashley

² Tolérance : besoin d'augmenter la quantité d'aliments ingérés pour obtenir le même effet réconfortant chez les personnes hyperphagiques/boulimiques en crise

³ Sevrage : apparition de symptômes d'anxiété chez des patients suivant un régime impliquant la privation de certains aliments

Gearhardt et son équipe de recherche (5). Le questionnaire a été initialement élaboré en 2009 (sur base du DSM-IV) (3), par la suite révisé en 2016 à la lumière du DSM-V (YFAS 2.0) (10), et validé dans plusieurs catégories de population (notamment les enfants, YFAS-C) et dans plusieurs langues (5) (6), notamment en français. (11) Il s'agit d'un **auto-questionnaire diagnostique** de 35 questions **se basant sur les 11 critères du DSM-V utilisés pour les «Substance-Use Disorders»**. (6) Il existe également une version courte du questionnaire (modified YFAS ou **mYFAS**, par la suite révisée en **mYFAS 2.0** à l'image du YFAS 2.0) (12) validée elle aussi et comprenant 13 questions. (cfr annexe n°4 et n°5).

Le questionnaire se base sur l'alimentation du patient au cours des 12 derniers mois et interroge différents aspects : le manque de contrôle, la tolérance, les signes de sevrage, le « craving » (envie irrésistible, urgente et involontaire de consommer l'aliment (4)) , l'altération du fonctionnement, la détresse, le fait de manger certains aliments en plus grande quantité que planifié, la volonté ou les échecs répétés quant aux tentatives de diminuer la consommation de certains aliments. Chaque question comporte 8 options de réponses, à savoir des fréquences allant de 0 (« jamais ») à 7 (« tous les jours »). Les questions sont ensuite rassemblées en différents groupes correspondant chacun à un critère diagnostique de symptôme d'addiction à une substance (SUD) du DSM V. Chaque question a un seuil de réponse significatif (cutt-off) en terme de fréquence, déterminé statistiquement, à partir duquel on considère que le critère d'addiction est validé. (12)

Le diagnostic d'addiction alimentaire est posé lorsqu' **au moins deux critères diagnostics sont validés/ont atteint le seuil de réponse significatif ET lorsqu'il existe une altération du fonctionnement ou une détresse/souffrance clinique significative**. (12) L'addiction alimentaire est classée du plus ou moins sévère selon le nombre de critères validés : légère (2 ou 3), modérée (4 ou 5) et sévère (>5 critères). (12)

1.6. Implications en terme de santé individuelle et collective

1.6.1. Addiction alimentaire et surpoids/obésité

Le surpoids et l'obésité, problématiques complexes et multifactorielles, sont de véritables fléaux dans le monde actuel et présentent des risques multiples pour la santé (3) (11), avec

des conséquences socio-économiques non négligeables en terme de santé publique (6)⁴. Les rechutes au cours de la prise en charge (régime, modification de l'hygiène alimentaire et sportive, conseils diététiques, entretiens motivationnels, suivi psychologique et thérapie comportementale (13)) sont très fréquentes (6). Comme mentionné au point 1.2., la prévalence de l'addiction alimentaire est plus fréquente chez les personnes en surpoids et obèses (aux alentours de 25%) (2) (3) que chez les personnes avec un BMI normal (10-17%) (2) (3). Des études montrent que l'addiction alimentaire est en général sous-diagnostiquée et sous-traitée, ce qui pourrait en partie expliquer les échecs des traitements classiques de l'obésité. (6) Cela est confirmé par l'étude de Guerrero et al. (14) qui constate une moindre perte de poids lors de la prise en charge médicale des patients obèses présentant une addiction alimentaire (par rapport aux patients obèses non « addicts alimentaires »), en pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique. Même si l'addiction alimentaire peut être envisagée comme un facteur contribuant au surpoids et à l'obésité, il n'est cependant pas démontré avec certitude qu'elle soit directement liée à l'obésité (qui est un problème complexe et multifactoriel), à son degré de sévérité (5) et à ses différentes complications. (6)

1.6.2. Addiction alimentaire et chirurgie bariatrique ⁵

L'addiction alimentaire est d'autant plus prévalente chez les candidats à la chirurgie bariatrique (28%) (2).

⁴ Citons notamment les comorbidités cardio-vasculaires (HTA, maladies coronariennes, dyslipidémie, syndrome métabolique, varices, affections thrombo-emboliques, A.V.C.) ; comorbidités pneumologiques (SAOS, essoufflement) ; comorbidités endocrinologiques (diabète de type 2, syndrome des ovaires micro-polykystiques) ; comorbidités gastro-entérologiques : (RGO, calculs biliaires, NAFL, NASH) ; les comorbidités ostéo-articulaires multiples ; les comorbidités oncologiques multiples ; comorbidités psycho-sociales (trouble anxio-dépressif, suicide, trouble de l'image de soi, stigmatisation/discrimination). (6) (13)

⁵ Pour rappel (15), la chirurgie bariatrique est un **traitement de seconde intention** de l'obésité, après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois. La chirurgie permet une perte de poids ainsi qu'une diminution de la mortalité et des comorbidités associées à l'obésité, et consiste principalement en deux techniques : la **sleeve gastrectomy** ou le **bypass**. Cette chirurgie requiert des conditions bien précises : avoir un **BMI > 40** ou bien **> 35 avec une comorbidité** (principalement HTA, diabète de type 2, apnées du sommeil, NASH). Elle s'adresse à des patients ayant un **risque opératoire acceptable**, ayant été **informés** au préalable (évaluation et prise en charge par une **équipe pluridisciplinaire**) et ayant compris la nécessité d'un **suivi post-opératoire** à long terme. Dans les contre-indications à la chirurgie bariatrique, citons notamment les **troubles du comportement alimentaire** (ex : boulimie nerveuse, binge-eating disorder/hyperphagie), et les **addictions à l'alcool et à des substances psychoactives** (licites ou illicites). En effet, ces éléments augmentent le risque de complications post-opératoires telles que la reprise de poids et les transferts d'addictions.(6)

Concernant le lien entre la présence d'une addiction alimentaire et les effets de la chirurgie bariatrique, les résultats des études divergent. Une étude de Ivezaj et al.(16) montre que la présence d'une **addiction alimentaire pré-opératoire** est associée à des **taux de pathologies psychologiques/psychiatriques plus importants** en post-opératoire, mais n'observe **pas de lien en terme de reprise de poids post-chirurgicale**. Les mêmes observations découlent d'autres études (17) (18) : pas de démonstration d'une relation entre l'addiction alimentaire pré-opératoire et les résultats **jusqu'à un an en post-opératoire**. Cependant, **une étude plus récente** de 2018 (19) conclut que les patients présentant une alimentation émotionnelle et des symptômes d'addiction alimentaire ont une **moindre perte de poids en post-opératoire**. Une étude encore plus récente réalisée par Ben Porat et al. (2022) (20) évalue le suivi post-opératoire cette fois-ci non pas à 1 an ou moins mais à **2 ans**, et constate que la présence d'un **Binge Eating pré-opératoire** est associé à des **reprises de poids plus importantes**. De plus, cette étude constate une **récidive notable des troubles de type addiction alimentaire et binge eating dans les 2 ans** après chirurgie bariatrique, **après une brève amélioration** au début de la période post-opératoire.

Cette entité d'addiction alimentaire amène à repenser le traitement de l'obésité. Son dépistage devrait s'avérer nécessaire au vu de sa prévalence dans la population générale, afin d'éviter que cela ne conduise à l'obésité, et ce surtout en pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique. (6) (21)

1.6.3. Addiction alimentaire et comorbidités psychologiques/psychiatriques

Plusieurs études ont montré une association significative entre l'addiction alimentaire et des **troubles psychologiques** tels que la dépression, l'anxiété, le stress, le trouble déficitaire de l'attention, une perturbation de l'image corporelle, une mauvaise estime de soi, des troubles de personnalité, des antécédents de traumatismes; des **troubles cognitivo-comportementaux** tels que l'impulsivité, une dysrégulation émotionnelle, un manque de stimulation mentale, ainsi qu'une **altération de la qualité de vie**. (5) (6) (22)

1.6.4. Addiction alimentaire et troubles du comportement alimentaire

Rappelons que le concept d'addiction alimentaire comprend une composante d'addiction comportementale et que sa prévalence est augmentée chez les patients présentant des TCA,

principalement chez ceux atteints de Binge Eating Syndrome. (2) En effet, ces deux troubles partagent des caractéristiques comportementales communes, citons l'alimentation en lien avec les émotions négatives et la présence de craving, et sont liées à des comorbidités psychologiques/psychiatriques communes (cfr point 1.6.3). L'addiction alimentaire coexisterait en réalité avec toute une série de comportements alimentaires problématiques (Addictive-like behaviors) (9), présents sous différentes formes et différentes intensités. (6)

1.6.5. Addiction alimentaire : quelle prise en charge ?

Il n'existe **pas de prise en charge toute faite ni validée** de l'addiction alimentaire, qui est en réalité un concept **biopsychosocial**. Plusieurs études analysées dans l'article de Constant et al. (6) encouragent une **compréhension multi-modale** ainsi qu'une **prise en charge intégrative, multidisciplinaire et idéalement personnalisée** de l'addiction alimentaire, allant au-delà des prises en charge standards de l'obésité et du surpoids (basée essentiellement sur une modification de l'hygiène alimentaire et sportive), dans le but de soutenir moralement et socialement ces patients hautement stigmatisés (6) Une **approche empathique** s'avère nécessaire, dans le sens où le diagnostic d'addiction alimentaire peut lui-même être vécu comme stigmatisant.(6) L'article de Constant et al. (6) synthétise les **différentes pistes/suggestions de prises en charge** étudiées ou proposées à ce jour : thérapie cognitivo-comportementale (TCC), Mindfulness, entretien motivationnel, groupe de soutien comme les OA (Overeaters Anonymous) et suggestion de stratégies novatrices de neuromodulation pour traiter l'obésité, l'addiction alimentaire et les TCA.

L'addiction alimentaire concerne la nourriture, substance omniprésente et ultra accessible dans notre société (du moins occidentale), légale et indispensable à notre survie. Sa prise en charge s'avère **dès lors plus complexe que pour les addictions à d'autres substances** comme le tabac, l'alcool ou les autres drogues. (5) (6)

1.6.6. Addiction alimentaire : rôle du généraliste ?

Les médecins généralistes sont en **première ligne** en terme de **dépistage des troubles alimentaires de manière générale**, d'autant plus qu'il existe une **relation de confiance** avec leurs patients qu'ils connaissent. (23) (24) L'addiction alimentaire est **fréquente** en médecine générale (une étude a évalué sa prévalence à 7% sur échantillon de 660 patients, en lien avec

le surpoids, l'obésité et l'anxio-dépression) et peut être diagnostiquée dans ce contexte. (25)
L'**évaluation** de la présence d'une addiction alimentaire est **rare en première ligne** (une seule étude trouvée sur le sujet), et n'est même pas d'office systématique en consultation d'obésité, souligne l'article de Constant et al. (6), qui suggère **l'utilisation étendue des questionnaires YFAS** (version courte) en **médecine générale** et spécialisée.

1.6.7. Addiction alimentaire et santé publique

Dans le domaine de la santé publique, des interventions sociétales pourraient être proposées, comme augmenter la prévention vis-à-vis du potentiel addictif des aliments ultra-transformés à haute palatabilité, réviser la taxation et réglementation de commercialisation de ces aliments et en réguler l'accès. (5) (26)

1.7. Zones d'ombre /gaps

1.7.1. Zones d'ombre sur le concept en lui-même (cfr annexe n°3 figure 2)

Le concept d'addiction alimentaire étant encore émergent au sein de la littérature scientifique, les zones d'ombre sont nombreuses. Les études existantes que j'ai pu lire soulignent l'importance de poursuivre les recherches à différents niveaux (2) (5) (6) (8) : sur le plan diagnostique (**définition exacte** du concept, **utilité** du diagnostic et **risque de stigmatisation, impact en terme de santé publique, profils de risque** d'addiction alimentaire), sur le plan des comorbidités (relation avec les aspects **psycho-sociaux, neurocognitifs**, avec **l'obésité et ses complications**, avec les **complications** post-opératoires de la **chirurgie bariatrique**) et sur le plan thérapeutique (comment implémenter une **approche thérapeutique personnalisée et multimodale**).

1.7.2. Zones d'ombres au niveau de la médecine générale

Les études montrent que les personnels soignants (psychologue, psychiatre, nutritionniste, médecin généraliste) de par leur expérience médicale avec les patients, soutiennent le concept d'addiction à l'alimentation, et montrent un intérêt à recevoir plus de formations à ce sujet. (27) (28)

A propos des troubles du comportement alimentaire et de la médecine générale (ce qui nous intéresse ici), les études soulignent le besoin et la demande de formation médicale de la part des généralistes agréés à propos des capacités :

- de dépistage et de prise en charge des troubles alimentaires : (23)

- de communication au sujet des troubles alimentaires : assurance pour **discuter du sujet** de manière **appropriée** et **non stigmatisante** avec les patients concernés, prise de conscience de ses **propres biais** en tant que médecin, installation d'un **climat de confiance**, de sécurité, d'écoute, d'empathie, de non jugement vis-à-vis du patient. (27)

Une étude a montré, dans le cadre des « Binge eating Disorders », un besoin **d'éducation des médecins** sur la **communication médecin-patient** dans le contexte de **l'évaluation de la relation émotionnelle du patient** à son poids, à la nourriture. (27) (29)

1.8. Objectif du TFE

Le « gap » précis sur lequel nous allons nous concentrer concerne ici la **détection précoce** de **l'addiction alimentaire en médecine générale** chez les **patients adultes potentiellement concernés** (en surpoids/obèses/régimes à répétition/candidats à la chirurgie bariatrique).

Les médecins généralistes sont en première ligne pour la détection des troubles alimentaires et a fortiori pour la détection de l'addiction alimentaire. Il existe pour ce trouble un outil de dépistage validé (auto questionnaire diagnostique YFAS 2.0, avec version courte mYFAS 2.0) et utilisable au chevet du patient. **Le premier pas de la détection de l'addiction alimentaire est d'oser aborder le sujet**, à savoir la **relation des patients à l'alimentation et à la nourriture en médecine générale**. Comment les généralistes s'y prennent-ils ?

1.8.1. Objectifs

L'objectif principal de ce TFE est l'analyse de l'expérience, des opinions, des connaissances et des limites de médecins généralistes belges francophones (Bruxelles) concernant le fait d'aborder la relation des patients (sujets à l'addiction alimentaire) à l'alimentation et concernant le concept d'addiction alimentaire. **L'objectif secondaire** est d'améliorer les

capacités de détection de l'addiction alimentaire en médecine générale, en commençant par aborder le sujet de la relation du patient à l'alimentation. Cela dans le but général d'optimiser la prise en charge de l'addiction alimentaire et de prévenir ses implications (notamment certaines formes d'obésité). J'espère que mon TFE participera indirectement à son échelle à cet objectif-là, et permettra aussi d'ouvrir la voie à la production de futurs TFE qui approfondiraient le sujet. **Le TFE comporte également un objectif caché** : sensibiliser les médecins généralistes francophones belges à la problématique débattue de l'addiction alimentaire et à sa possibilité de détection en médecine générale.

1.8.2. Question de recherche

Comment les médecins généralistes belges francophones (Bruxelles) abordent-ils avec leurs patients adultes concernés (surpoids/obésité) le sujet de la relation à l'alimentation en consultation, en cas de suspicion/dans un but de détection d'une addiction alimentaire ?

1.8.3. Question de recherche sous forme PICO

Problème : Patients adultes atteints de surpoids ou obésité concernés par l'échec de la prise en charge de ce problème de santé (ex : régimes à répétition, chirurgie bariatrique) sujets à l'addiction alimentaire

Intervention : Interroger des médecins généralistes belges francophones bruxellois sur leur capacité, leur méthode et leurs motivations/freins quant à l'abord de la relation à l'alimentation avec leurs patients

(Comparateur/**C**e qui existe déjà : Existence d'un auto-questionnaire diagnostique validé YFAS 2.0, avec version courte mYFAS2.0)

Objectif : Analyse de l'expérience, des opinions, des connaissances et des limites des généralistes belges francophones concernant la question de la relation des patients à l'alimentation et l'addiction alimentaire

2. Méthodologie

2.1. Méthode de recherche pour la mini-revue de la littérature (introduction du TFE) (cfr annexe n°6)

2.2. Méthode d'investigation du TFE

2.2.1. Type d'étude et raisons du choix de la méthodologie

Ce TFE consiste en une **recherche qualitative** effectuée par le biais **d'entretiens individuels semi-directifs** à visée **exploratoire** auprès d'une dizaine **de médecins généralistes** francophones pratiquant dans la **région bruxelloise**.

La méthodologie de recherche qualitative m'a paru la plus appropriée à la question de recherche, laquelle est une question ouverte, **difficilement chiffrable**. Cette méthode de recherche vise à **éclairer une thématique émergente** qui comprend un certain nombre de « zones de flou » identifiées lors de la recherche littéraire.

Cette thématique nécessite en effet un **approfondissement des connaissances**, certaines conclusions d'études que j'ai pu lire **précisant un besoin de recherches (notamment des recherches qualitatives)** à ce sujet. En outre, le sujet a été très peu étudié dans le contexte de la médecine générale.

Les médecins traitants sont pourtant en **première ligne**. Ma question de recherche concerne la **détection de l'addiction alimentaire en médecine générale**, il faut donc **commencer par étudier comment les médecins généralistes abordent le sujet** avec le patient. Il s'agit d'une **question complexe et ouverte**, qui apportera donc une **réponse complexe**.

Au vu du **faible nombre/de l'absence de TFE** de médecine générale en Belgique francophone ayant été réalisé **sur le sujet**, cette méthodologie qualitative pourrait par la même occasion offrir une **première vision** sur l'état de la situation/de la question de l'addiction alimentaire en médecine générale en Belgique francophone, sur un petit échantillon.

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs plutôt que des focus groupes pour raison organisationnelle mais également pour favoriser **l'expérience personnelle et la confidentialité** des participants. Je souhaitais qu'ils puissent s'exprimer sur le sujet de façon libre, spontanée et authentique, ce qui est moins le cas dans un focus groupe au vu du risque d'influence sur les avis des uns et des autres.

2.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion des participants de l'étude

Critères d'inclusion: Médecins généralistes pratiquant à Bruxelles

Critères d'exclusion: Médecins généralistes pratiquant en dehors de Bruxelles, médecins spécialistes, médecins généralistes entièrement reconvertis en nutritionnistes, médecins généralistes en formation, médecins à la retraite, médecins néerlandophones ou germanophones, médecins que je connais personnellement.

2.1.3. Méthode d'échantillonnage et de recrutement

La méthode de recrutement **par informateur** (médecin connu personnellement) a été utilisée pour recruter les participants de l'étude. L'informateur a communiqué les coordonnées professionnelles de médecins généralistes (inconnus de moi-même, afin de limiter les biais de sélection) actifs au sein de **deux groupes loco-régionaux de l'Est de Bruxelles**.

L'ensemble de ces médecins (21 en tout, 13 dans le premier groupe et 9 dans le second) a été contacté par mail et par téléphone. La **diversité de l'échantillon** (limité ceci dit à la zone géographique de l'est de Bruxelles) formé par ces 21 médecins en termes d'âge, de sexe, de type de pratique et de particularités professionnelles a permis une certaine représentativité de la population, cela dans le but de diminuer les risques de biais d'échantillonnage.

2.1.4. Méthode de récolte et d'analyse des résultats

Un guide d'entretien (cfr annexe n°7) a été réalisé sur base de la mini-revue de la littérature et de la question de recherche. Cela a permis aux médecins interrogés d'avoir un cadre pour aborder les différents aspects de la problématique étudiée et pour réorienter la discussion en cas de digressions éventuelles. La flexibilité du guide (différent d'un questionnaire) a permis aux médecins de s'exprimer librement, de donner des exemples, en passant d'un thème à un

autre. Le guide aborde avec des questions ouvertes et des sous-questions plus fermées les thèmes du surpoids/obésité, de la chirurgie bariatrique, des troubles du comportement alimentaire, de l'addiction alimentaire (le questionnaire YFAS a été montré aux médecins interrogés), pour conduire naturellement au sujet du TFE à savoir la question la relation à l'alimentation. Le guide souligne la question de quand et comment aborder ces questions sur ces différents thèmes avec le patient. Il a été adapté au fil des entretiens pour être le plus complet possible.

Les entretiens ont été **enregistrés** avec un dictaphone et **retranscrits** mot à mot dans les jours et semaines suivants, les réactions et émotions des intéressés ont été mentionnées entre parenthèses. Mes impressions personnelles ont été résumées pour chaque entretien, et mentionnées avant chacune des retranscriptions.

La méthode des **catégories conceptualisantes** a été utilisée pour analyser les données recueillies lors de mes entretiens. Le site MgTFE (30) et le cours des Docteurs Ségolène de Rouffignac et Gilles Cornélis au sujet des études qualitatives (disponibles sur la plateforme Moodle de l'UCL) ont été consultés, ainsi qu'un ouvrage traitant du sujet (31). Cela s'est fait en premier lieu par une lecture attentive des entretiens (matériel d'étude). Cette lecture attentive a permis de s'ancrer au mieux au matériel d'étude et d'explicitier le sens des mots et des phrases retrouvés dans les entretiens. En deuxième lieu, les thèmes principaux ont été identifiés, développés puis regroupés sous formes de catégories porteuses de sens via un travail de conceptualisation.

Enfin, ces catégories ont été **mises en relation** dans le but de proposer un **modèle final** visant à répondre à la question de recherche et à donner une signification aux données brutes récoltées lors des entretiens. Ce modèle a pu être **établi par analyse comparative avec les différentes étapes du modèle trans-théorique du changement** (Prochaska et Di Clemente, modèle déjà existant utilisé notamment en addictologie et dans la prise en charge de l'obésité), à savoir pré-contemplation, contemplation, préparation et action, maintien, rechute. Ce modèle et ses différentes étapes sont illustrés et expliqués plus en détails dans la partie « Discussion ». (32)

2.1.5. Aspects éthiques et confidentialité

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone. Les participants ont tous donné leur accord tacite pour l'enregistrement des entretiens. Les données ont été conservées uniquement durant le temps de l'étude, et l'anonymat des participants a été respecté (pas de communication des noms et prénoms dans le TFE). Les médecins interviewés ont été identifiés dans ce TFE sur base d'un numéro attribué afin de ne pas les reconnaître et de garder leur anonymat.

La démarche de ce TFE a été validée par le GEIMG, le projet ne nécessitant pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée. (cfr annexe n°8)

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants

7 médecins ont été interrogés au sein des deux groupes loco-régionaux (contenant en tout 21 médecins généralistes) de **l'Est de Bruxelles** (5 communes). Les différentes caractéristiques socio-démographiques de ces médecins sont résumées en tableau en annexe (cfr annexe n°9).

3.2. Résultats de l'étude qualitative : analyse par catégories conceptualisantes et illustration par des extraits d'entretiens (Retranscriptions des entretiens cfr annexe n°10)

3.2.1. Addiction alimentaire vue par des généralistes, applicabilité et intérêt du diagnostic en médecine générale

Un concept bien cerné par les médecins interrogés

Le concept d'addiction alimentaire n'est pas officiellement connu par les médecins mais s'avère utile et pertinent pour la médecine générale. Les praticiens le définissent par un mauvais comportement alimentaire, toujours le même, compulsif, conscient, compensatoire, survenant dans une période de vie difficile pour le patient, avec sensation de craving et

intervention du circuit de la récompense. Les médecins sont dans l'ensemble plus familiers avec les termes d'addiction au sucre, aux graisses, à certains types d'aliments en particulier.

je pense ici à une patiente qui a bien perdu du poids et puis là qui est dans une période de sa vie plus difficile et qui dit « je mange, j'ai pas envie mais je mange », c'est un peu compulsif quoi ...

(...) J'ai l'impression que c'est souvent compensatoire quand c'est comme ça, il y a quelque chose qui explique que le patient a besoin de (...) (...) Le circuit de la récompense aussi qui intervient de la même manière, allez je peux bien imaginer que quand il y a cette sensation de craving. C'est rarement des choses bonnes pour la santé, c'est plutôt des sucreries ou des chips (Médecin 2)

je crois que c'est un peu les habitudes, vous appelez ça addiction (...)

il y en a vraiment qui ont une addiction au sucre par exemple, ça c'est hyper récurrent (Médecin 4)

C'est un concept que je ne connais pas bien non. (...) clairement elle raconte que son problème est lié à la consommation excessive de sucre, en particulier lors d'épisodes de stress (Médecin 5)

Il n'y a pas spécialement/pas toujours de lien direct avec surpoids ou obésité.

je n'ai pas vu de gens en excès pondéral, ou enfin je les ai ratés c'est bien possible aussi, qui ont vraiment été causés par ce problème-là, c'était vraiment manger trop de tout, plutôt que d'une chose en particulière quoi ... C'est vrai que ça peut être quelque chose d'utile oui. (Médecin 6)

Un certain type de patient, avec fragilité psycho-sociale sous-jacente, serait plus concerné par la problématique d'addiction alimentaire.

Il peut y avoir éventuellement ça chez les personnes qui ont une certaine fragilité psychologique c'est pas rare d'être confronté à ce genre de patient. (Médecin 7)

Le diagnostic est souvent posé intuitivement en consultation, par les médecins voire par les patients eux-mêmes.

Il faut dire que c'est un diagnostic que je fais un peu à la sauvage (rire). Je ne veux pas coller un diagnostic comme ça au patient mais ... c'est plutôt quelque chose que je vais interroger alors peut-être que ça se recoupe avec le questionnaire. (Médecin 1)

Non mais intuitivement je parle de ça depuis 30 ans hein (rires) avec le patient (Médecin 3)

Donc oui il y vraiment des gens qui ont une addiction au sucre, c'est eux qui le disent. (Médecin 4)

Addiction alimentaire, une addiction comme une autre

L'addiction alimentaire est une addiction comme les autres, et partage de facto des caractéristiques neurobiologiques et cliniques communes aux autres addictions.

Maintenant je pense que toutes les formes d'addictions ont le même lien neurobiologique (Médecin 5) qu'il y a quand même beaucoup de points communs, il y a quand même des histoires de sérotonine, dopamine, dans l'addiction alimentaire comme le tabac, donc je pense qu'il y a certainement des liens ... Du coup le médicament comme je vous ai dit ...(Rappel Mysimba, bupropion antidépresseur dans sevrage tabagique + naltrexone antagoniste morphinique, joue sur satiété). Bon peut-être pas chez tout le monde, mais je pense qu'il y a des comportements dans certains types d'obésités qui sont liés à des choses très similaires à l'alcool et au tabac. (Médecin 6)

Addiction alimentaire et relation à l'alimentation : Un diagnostic et une approche au service de la prise en charge du patient

La pose du diagnostic et sa prise de conscience permettent au patient d'être reconnu dans son problème et au médecin d'avancer plus facilement et plus efficacement avec le patient.

Non, en prendre conscience déjà, c'est déjà pas mal (Médecin 3)

Je pense qu'à partir du moment où on met un diagnostic, pas forcément une étiquette mais un diagnostic, c'est plus facile d'aborder le sujet, parce que les gens se sentent reconnus dans leurs problèmes. C'est à partir de là qu'on va pouvoir avoir un contact plus facile et de travailler plus efficacement avec le patient. (Médecin 5)

Il existe toujours des facteurs psychologiques sous-jacents aux problèmes de poids. C'est le rôle du généraliste d'aborder ces problèmes psychologiques, pour permettre une prise en charge du surpoids/de l'obésité plus efficace (régime, chirurgie bariatrique).

... Donc oui c'est important de discuter des facteurs psychologiques dans le poids ... Pourquoi tel aliment, est-ce qu'ils recherchent du plaisir avec quelque chose et ... Je pense que dans l'excès de poids si on ne passe pas par ... Enfin il faut aborder la partie psychologique parce que c'est impossible d'arriver à un régime efficace et arriver à perdre du poids si on n'aborde pas cela (...) Par exemple dans la chirurgie bariatrique il y a un passage obligé chez un psychologue hein ... Dans les régimes aussi (...) Mais je pense que dans tous les problèmes de poids que j'ai eu il y a toujours quelque chose de psychologique hein (Médecin 6)

Il paraît essentiel d'aborder cette question de la relation du patient à son alimentation notamment dans un contexte pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique. En effet, les patients ne réalisent pas que la chirurgie bariatrique ne va pas changer le comportement alimentaire, ni résoudre l'addiction au sucre et les problèmes psychologiques sous-jacents. Certains patients retombent dans leurs travers et trouvent des stratégies pour consommer autant de calories, qui passent plus facilement (alcool, aliments gras/sucrés).

Si on ne change pas les habitudes c'est difficile... c'est un peu un coup dans l'eau. (Médecin 2)

Les gens ont l'impression que la chirurgie va faire le travail à leur place, au niveau psychologique ... Alors que c'est plutôt l'inverse ... La chirurgie est un soutien, un confort, mais c'est pas la chirurgie qui va modifier le comportement. Donc ils s'orientent vers des aliments très faciles à manger, très concentrés en calories, très riches en sucres et en graisses, ce sont des aliments qui glissent facilement. Ça c'est un premier élément. Deuxième élément, c'est qu'il y a beaucoup de gens qui sont frustrés par le manque de nourriture, qui ne peuvent plus mastiquer et manger normalement, donc ce sont des gens qui vont facilement boire aussi, et on sait que l'alcool est un aliment liquide hypercalorique. (...) et ils retombaient dans leurs travers. Donc je pense que ça aiderait tout de même le psychologue (contexte pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique) qui doit prendre en charge ce type de patient, de pouvoir mettre la main et un nom sur la problématique (d'addiction alimentaire)

Dans les troubles de l'addiction au sucre c'est quasi 100% des patients qui sont candidats à la chirurgie bariatrique et qui sont opérés ... Il y a quand même des réussites mais ce n'est pas la grande majorité

... (Médecin 5)

J'imagine qu'ils ont trouvé des stratégies pour manger différemment, pour avoir des calories et que ça passe quand même quoi ... (Médecin 6)

3.2.2. Explorer l'alimentation des patients en surpoids/obésité avec les lunettes de l'addiction : modèle trans-théorique du changement

Différents concepts liés aux addictions peuvent être appliqués à l'alimentation, tels que de l'agenda du patient, l'entretien motivationnel, redonner le contrôle au patient.

oui au final il y a un peu du même, c'est fort redonner confiance en soi, redonner de la motivation, ces locus internes de contrôle, redonner le contrôle au patient en fait. (Médecin 1)

Moi il me semble que oui, et je pense que pour un peu évaluer où en est le patient et son agenda, il y a l'entretien motivationnel qui peut nous aider aussi, voir un peu où est-ce qu'on en est, et voilà ... Et donc je pense que oui, et on peut clairement faire un parallèle entre d'autres produits. Moi j'ai en tête que ça ne sert à rien d'aller convaincre un patient d'arrêter de fumer si lui n'a pas envie d'arrêter de fumer. Et donc c'est le même principe... mais explorer tout ça, avec les lunettes de l'exploration d'une addiction ça peut être utile oui. (Médecin 2)

oui effectivement, je pense qu'on a tous fait (entretien motivationnel pour l'addiction alimentaire) ça sans le savoir, mais oui. D'autres personnes, c'est un peu comme la cigarette hein. (Médecin 7)

A. « Pré-contemplation » : échec de prise en charge auprès d'un patient qui n'est pas prêt à changer son alimentation

Quand la problématique n'est pas (encore) acceptée

Il y a un déni du problème de la part de certains patients, cas dans lequel un des médecins suggère une approche plus psychologique pour aborder la question du poids et de l'alimentation.

s'il s'installe dans un genre de déni (...) où il faut une approche un peu plus psychologique quand même, je suis moins interventionniste d'emblée, de peur qu'il n'y ait des blocages (Médecin 3)

« Mais je ne mange pas grand-chose ». C'est quand même assez étonnant, qu'il y a quand même un certain déni des patients par rapport à ... à la quantité de nourriture qu'ils prennent (Médecin 6)

« Jamais de ma faute Docteur », « Comme ça depuis toujours »

Les résultats de prise en charge sont moins bons avec un certain profil de patients : ceux ayant « un locus externe de contrôle », c'est-à-dire ayant toujours une excuse, des obstacles sur leur chemin, ne voulant pas changer, se définissant parfois par leur souffrance, et mettant systématiquement en échec les solutions qu'on leur propose pour les aider.

Les patients qui ont un locus purement externe de contrôle, généralement ça ne va pas. Les gens pour qui « ce n'est jamais de leur faute ». (...) Si les gens ne veulent pas changer ... (Médecin 1)

voir s'ils n'ont pas un problème endocrinien, car c'est ça aux départ ... qu'ils espèrent que c'est un problème comme ça, mais c'est minorité (Médecin 4)

ils ont des excuses, je ne mange quand même pas grand-chose, je ne sais rien y faire. Donc le fait de dénier qu'ils ont trop de poids non, mais le fait de dénier qu'ils savent y faire quelque chose, ça peut-être plus (Médecin 6)

Certains patients ont toujours été en surpoids, depuis l'enfance, et voient leur surpoids/obésité comme une fatalité.

Donc j'ai vraiment l'impression que certains en font une fatalité (Médecin 2)

Et puis ils sont comme ça parfois depuis toujours, ils ont vécu avec ça ... (Médecin 4)

(...) mes parents sont comme ça, j'ai toujours été comme ça (...) (Médecin 6)

L'utopie d'une solution miracle

Les patients sont souvent à la recherche d'une solution miracle (qui n'existe pas), parfois sans changement de leur part, pour perdre du poids, que ce soit du côté médicamenteux ou par la chirurgie bariatrique.

On ne va pas leur vendre des solutions miracles. Parce que ça n'existe pas. Les gens cherchent des solutions miracles, sur beaucoup de choses, pas uniquement sur l'alimentation. Tant qu'on n'a pas réussi à leur faire comprendre que ça n'existe pas, je pense pas que la chirurgie bariatrique soit une bonne solution. (Médecin 1) que les gens ont l'impression que la chirurgie va faire le travail à leur place, au niveau psychologique ... Alors que c'est plutôt l'inverse ... La chirurgie est un soutien, un confort, mais c'est pas la chirurgie qui va modifier le comportement (alimentaire) (Médecin 5)

« voilà Docteur je veux perdre du poids, prescrivez-moi Ozempic » quelques-uns qui ont essayé ça a l'air de faire un peu d'effet, mais c'est pas de nouveau ... Le problème c'est qu'il y a vraiment rien qui soit miraculeux dans ces cas-là hein ... Mais alors je pense surtout que les gens espèrent à la fois du côté pilule ou opération, qu'ils doivent faire ça et rien d'autre. (Médecin 6)

Quand la problématique n'est pas source de souffrance

La question de l'existence d'une souffrance du patient est primordiale. En effet, si la surcharge pondérale ou la comorbidité qui y est liée est acceptée et tolérée par le patient, alors celui-ci n'a pas besoin d'être traité.

on veut aider les gens à se sentir bien, à avoir une vie pleine et complète, et à se débarrasser d'un problème dont eux souffrent finalement. Qui suis-je pour dire aux gens ce qu'ils doivent faire de leur vie ? Le jeu pour nous c'est de soigner les patients quand il y a une souffrance ! (Médecin 1)

(...) je trouve que tout le monde a le droit de rester gros s'il a envie de rester gros ...

Moi je dis toujours d'ailleurs au patient « moi je vous informe, et c'est vous qui disposez » (Médecin 4)

Qui dit conseil minimal, dit ne peut pas faire de mal

Tout comme les autres addictions (notamment le tabagisme), le conseil minimal appliqué au contexte de l'addiction alimentaire peut au fil des interventions du médecin amener une prise de conscience et un vrai déclic auprès du patient. « Cela ne tombe pas dans l'oreille d'un sourd ».

Parfois c'est bien d'avoir un entretien minimal comme avec le tabac « vous avez déjà pensé à arrêter, oui/non » (Médecin 2)

à force de l'aborder, d'en parler, j'ai trouvé L'argument (insiste) qui lui convenait. Parce que c'est ça hein, on peut avoir sa liste d'arguments, mais il faut encore trouver celui qui va toucher le patient, c'est plus difficile. (Médecin 4)

On leur parle, ils prennent conscience, lors d'un autre moment on en reparle, ils reprennent conscience, et donc ils collectionnent un peu ces moments-là, ces petites interventions, jusqu'à un jour où il y a éventuellement une volonté d'explorer le sujet de manière plus approfondie. Donc il y a certainement quelque chose qui se fait chez le patient quand on aborde ce genre de sujet. (Médecin 7)

Pour des raisons similaires au fait de ne pas aborder le poids de façon systématique avec les patients, il n'est pas fréquent d'aborder systématiquement avec ses patients la question de la relation à l'alimentation. Cependant il serait intéressant de poser la question, voire de l'intégrer au canevas de base de la consultation.

Et la question de la relation à l'alimentation c'est pas une question que je pose souvent, mais qui est intéressante je trouve par son côté ouvert, et qui peut laisser émerger des choses auxquelles on ne s'attend pas ... (Médecin 2)

B. « Contemplation » : Aborder le sujet de la relation à l'alimentation chez le patient ambivalent

1. Confiance et compréhension : les prérequis pour aborder un sujet stigmatisant avec le patient

Les médecins expliquent qu'aborder les problèmes d'alimentation et de poids nécessite un climat de confiance entre le médecin et le patient, pour permettre une discussion bienveillante (surtout si le patient ne vient pas directement avec cette demande) et pour se montrer comme un allié dans le combat du patient.

Il ne faut pas ré-enfoncer le clou encore et encore et encore, il faut d'abord mettre en place un climat de confiance pour pouvoir discuter de ces sujets là avec le patient en toute bienveillance, et qu'ils sachent qu'on est un allié dans ce combat-là en fait (Médecin 1)

Oui c'est ça ... C'est qu'on pourrait peut-être avoir un peu plus de support, oui ... D'affichettes dans la salle d'attente « vous pouvez en parler à votre médecin » (rires). Pour donner des points d'appel. A des gens qui auraient un petit problème pour en parler, oui ... (Médecin 3)

Un des médecins mentionne l'importance de comprendre le vécu du patient (grâce au vécu personnel du médecin ou via des démarches personnelles du médecin visant à se renseigner sur le sujet) pour être plus empathique, plus à l'écoute, moins énervé de ne pas comprendre le patient, et ainsi mettre celui-ci plus en confiance.

Et je crois aussi que ça met les patients en confiance car ils ont quelqu'un en face d'eux qui peut leur refléter ce qu'ils ressentent. Cela ne demande pas forcément de le dire ... Mais simplement dans mon attitude, dans la façon dont je vais aborder le sujet avec eux. Je pense que peut-être un médecin qui aurait un vécu à ce niveau-là aurait peut-être plus de facilités à l'aborder. Moi je vois à quel point cette démarche d'avoir cherché à comprendre mieux l'obésité pour avoir plus d'empathie a eu un impact sur mes patients. (Médecin 1)

La stigmatisation ressentie par le patient et la peur d'intrusion/de jugement involontaire par le médecin rendent le sujet complexe à aborder.

*On a toujours peur d'être stigmatisant, mais on ne veut pas l'être, on n'est pas tout dans le jugement (Médecin 1)
Vous savez qu'il y a un mouvement aux USA, où ils ont fait imprimer une petite carte, qu'ils montrent à leur médecin « Ne me parlez pas de mon poids ». Parce que les gens trouvent que c'est une agression vis-à-vis de leur morphologie de leur parler de leur poids immédiatement (Médecin 3)
ils ont peur du jugement que l'on peut émettre à ce niveau-là. (Médecin 5)*

2. Tout d'abord un travail d'information et d'éducation à l'alimentation

Il y a un manque général de connaissance dans le domaine de la nutrition chez les patients. Afin d'avoir un rééquilibrage alimentaire réalisable sur le long terme, c'est parfois avant tout un travail d'information et d'éducation des patients.

Et ça c'est un gros problème qu'il y a avec l'alimentation c'est que les gens sont extrêmement mal informés. (Médecin 1)

et puis d'autres heu ... d'autres ne prennent pas spécialement conscience que c'est mauvais pour leur santé (rire) et donc c'est un travail d'information d'abord ... (...) si quelqu'un d'obèse me répond qu'il se sent en bonne santé, je dis que pour moi il y a quand même quelque chose qui me préoccupe dans sa santé. (Médecin 2)
ça peut être intéressant quand même d'aller voir un diététicien, parce que les gens disent toujours « Oh mais je sais très bien ce que je dois arrêter pour perdre du poids » mais en fait ils ne savent pas toujours vraiment bien. (Médecin 4)

3. Et ensuite ... Commencer par parler du poids

Quand l'aborder : « Ce n'est pas le moment »

Il est nécessaire d'aborder le thème du surpoids/obésité, mais tous les médecins généralistes ne le font pas systématiquement pour plusieurs raisons : manque de temps, déni du patient, peur de juger le patient, sujet déjà abordé, autre motif de consultation, autres problèmes à traiter, 1^{re} rencontre, banalisation du problème.

Donc oui, on le voit tous les jours, maintenant est-ce que je l'aborde à chaque consultation, pas spécialement. Enfin pas toujours, parce que parfois on manque de temps. Il y a une banalisation aussi dans notre société je pense de ce problème-là malheureusement. (Médecin 2)
genre de déni, où il faut une approche un peu plus psychologique quand même, je suis moins interventionniste d'emblée, de peur qu'il n'y ait des blocages Mais c'est vrai que parfois il y a des personnes qui ont déjà tenté 36 trucs, ils ne parviennent pas à s'en sortir, leur faire une piqûre de rappel, c'est peut-être pas utile. (Médecin 3)
(...) si quelqu'un vient, que je n'ai jamais vu, et qui vient pour autre chose alors que je vois qu'il y a manifestement un problème de poids, c'est clair que je n'en parlerai pas à la première consultation, ça c'est sûr, sauf si ils viennent pour ça évidemment. Mais je pense que c'est important donc il n'y a rien à faire, il faut y passer comme on dit. (Médecin 6)

Cependant, un des médecins interrogés insiste sur l'importance d'aborder le sujet du poids de manière systématique dès la 1^{re} consultation dans un contexte de prévention, de ne pas laisser cela sous silence.

j'ai tendance souvent à dépister le problème, donc quand je vois un patient qui passe en obésité ou qui arrive en consultation pour la 1^{re} fois, j'aborde le sujet, je ne laisse pas sous silence ... (Médecin 7)

Comment l'aborder : Préférence pour une approche progressive et indirecte

a) Certains médecins préfèrent un abord progressif et détourné du sujet du poids pour permettre une meilleure compréhension et éviter la sensation de jugement. Pour d'autres médecins, il faut sortir du complexe qu'aborder le sujet du poids est difficile. Il existe d'ailleurs une différence culturelle entre francophones et flamands dans l'abord de la problématique avec les patients (plus direct et plus franc chez les flamands, plus indirect et progressif chez les francophones), que ce soit par les médecins ou les patients eux-mêmes.

J'essaie d'être diplomate (rire). (Médecin 3)
(...) arriver avec des arguments autres que le surpoids, qui souvent est ressenti comme une agression. Ils comprennent mieux. Je pense qu'en expliquant les choses simplement on peut aborder le sujet, sans que le patient ne se sent coupable ni jugé. (Médecin 5)

Mais je pense qu'il faut en tout cas sortir du complexe qu'aborder le sujet est difficile. Ça c'est clairement, c'est pas vrai ... il y a des personnes qui pensent que le fait d'aborder ça c'est plus une question intime, donc les gens n'ont pas envie de l'aborder mais mon expérience ce n'est pas ça (Médecin 7)

b) Aborder le thème du surpoids/obésité par la voie de la prévention (dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire, au moment de faire un bilan sanguin) et par le biais des pathologies chroniques associées ((pré)diabète, hypertension, apnées du sommeil, douleurs orthopédiques et arthrose).

Il y a des motifs de consultation qui nous permettent de plus facilement d'aborder le problème, typiquement les douleurs orthopédiques, ça on peut faire un lien de rapprochement. Chez le patient qui a déjà un âge pour être dépisté pour tout ce qui est facteurs de risque cardiovasculaire (Médecin 2)

un patient qui a une glycémie un peu limite par exemple, et qui est en surpoids, donc je vais toujours lui expliquer, parce que je trouve que ça fait partie, que s'il perd du poids, sa glycémie peut se normaliser, et il peut guérir son diabète débutant, donc ça c'est quand même des situations très fréquentes. Sans compter aussi, vous avez toute la problématique des apnées du sommeil ... et quand les patients ont perdu du poids ... ils savent les patients hein ils s'en rendent compte eux-mêmes, ils perdent du poids et ils n'ont plus d'apnées hein, donc ça parfois ça les impressionne (Médecin 4)

j'examine d'abord les pathologies chroniques associées, je profite de l'occasion justement pour discuter avec le patient, s'il y a, admettons par exemple un diabète ou une hypertension (...) (Médecin 5)

c) Mettre souvent les patients sur la balance, pour objectiver leur poids et leur en faire prendre conscience (à défaut d'aborder le sujet du surpoids faute de temps).

ma technique entre guillemets c'est que je mets les gens sur la balance très très souvent. Si je n'ai pas le temps d'en parler, et bien ça me permet d'objectiver, et alors parfois les gens sont surpris.

Donc ça c'est déjà parfois une prise de conscience pour le patient ... (Médecin 2)

(...) une consultation sur 2 ou sur 3 le patient est passé sur la balance-là. Donc je signale toujours le poids. Ça je fais d'office. (Médecin 3)

d) Partir d'un fait objectif, commencer par une prise de sang (bilan métabolique), pour motiver le patient et ne pas le heurter de front.

Mais s'il y a une demande je commence toujours par un bilan métabolique quand même pour motiver aussi, parce qu'en général on a toujours des anomalies hein ... Oui c'est ça, moi j'aime bien l'appel biologique. Partir sur un fait. Si la personne ne l'aborde pas spontanément, pour ne pas la heurter de front (...) Donc dans un premier temps, je ne vais pas faire de remarques etc., mais après, s'il y a un problème biologique, je vais aborder le sujet, sur un fait concret. « Tiens ce facteur-là on peut l'améliorer SI ». Et à ce moment-là on peut engager. Ils se disent « tiens il est gentil le Dr, il me claque pas au visage » (rires). Et si on ne trouve rien alors là c'est toi qui es responsable en quelque sorte ! Mais je ne vais pas le dire comme ça, je vais demander « Est-ce qu'il y a moyen d'adapter, faire un petit peu d'activité physique etc. ». (Médecin 3)

e) Les patients ont des réactions variables quand on aborde le sujet du poids, souvent positives (contrairement à ce qu'on peut penser), parfois indifférentes. Certains patients s'ouvrent facilement, d'autres restent plus fermés.

... Parfois je pense que les gens sont contents quelque part ... (Médecin 2)

Certains ça coule sur la carapace de leur indifférence, d'autres heu ... qui disent « Oui j'essaie, j'ai déjà fait des régimes » alors il y a une discussion qui s'en suit (...) (Médecin 4)

la majorité des gens sont contents qu'on aborde le sujet. Contrairement à ce qu'on peut penser. En fait je trouve que quand on aborde des sujets pareils les gens s'ouvrent. (Médecin 7)

4. « Se mettre à table » pour attaquer la relation à l'alimentation

Bien connaître son patient pour traiter du sujet délicat des habitudes alimentaires

Il est difficile d'aborder le sujet des habitudes alimentaires, qui par définition sont compliquées à changer. Il faut s'adapter au patient, et savoir ce qu'il est prêt à entendre, car cela va engendrer un travail de remise en question.

Je pense qu'il y a des habitudes qui sont difficiles à faire changer, et puis je pense qu'on n'est pas tous égaux. (Médecin 2)

(...) il faut un peu s'adapter à chaque patient, voir comment ..., qu'est-ce qu'il est prêt à entendre, qu'est-ce qu'il est prêt à changer ... Quel type de message il est prêt à entendre ... (Médecin 4)

il faut encore agir sur les comportements, mais une fois que les comportements sont acquis ils sont difficiles à modifier, donc c'est un gros travail de prise en charge, et surtout de remise en question du patient. ((Les psychologues avec qui je collabore) partagent mon sentiment que c'est très compliqué de faire bouger des comportements. (Médecin 5)

Le choix d'aborder la question de la relation à l'alimentation dépend de la connaissance du patient et de son profil psychologique par le médecin.

en tout cas ça dépend très fortement de notre connaissance de notre patient. Il y a des patients chez qui franchement on peut y aller, dès la première fois, parce qu'on les connaît assez bien, on a déjà abordé des sujets plus intimes avec eux, donc on est dans leur intimité, on peut aborder des questions très ouvertes comme ça. Il y a d'autres patients où il faut travailler les choses petit à petit, je ne mets pas de règle générale pour ça. (Médecin 7)

Poser la question de la relation à l'alimentation est plus difficile avec certaines populations de patients, notamment les patients socio-économiquement défavorisés.

Il y a des gens, je dirais économiquement les moins bien lotis qui ont tendance à être beaucoup plus sédentaires, qui compensent dans l'alimentaire les expériences qu'ils n'ont pas ailleurs, qui n'ont pas des sources de plaisir immenses dans leur vie, souvent c'est la seule chose qu'ils ont. (Médecin 3)

Il y a des gens avec lesquels, dans certains milieux défavorisés, c'est très difficile d'aborder le sujet, car c'est leur mode de vie. Leur bouée de sauvetage. Donc il y a des gens pour lesquels je dirais que c'est leur mode de fonctionnement, car ils ne savent pas faire autrement. Car ils n'ont pas accès (financièrement) à une nourriture diversifiée, qui est à l'élaboration de plats traditionnels. Malheureusement, ce sont les gens plus défavorisés qui souffrent le plus de cette problématique. (Médecin 5)

Conscientiser l'alimentation grâce au journal alimentaire

Les médecins peuvent questionner l'alimentation inconsciente des patients en utilisant la technique du journal alimentaire. Les patients prennent ainsi conscience de leur alimentation (que ce soit des patterns alimentaires particuliers, quantité de nourriture mangée, focus sur certains aliments), en notant ce qu'ils ont mangé et pourquoi ils l'ont mangé (souvent en réponse à autre chose que la faim : stress, manque de sommeil, conflit, etc)

Et je vais notamment questionner tout ce qui est alimentation inconsciente, tout ce que les gens ont mangé et dont ils ne se sont pas rendu compte, avec un journal alimentaire pour essayer de conscientiser l'alimentation, de voir s'il y a des aliments focus, vérifier un peu quels sont moments durant lesquels le patient va manger et en fait il n'avait pas faim, questionner s'il y a du stress, un manque de sommeil, un conflit avec une personne. (Médecin 1)

Identifier les aliments « porte d'entrée » de l'addiction alimentaire

Il reste important aussi de questionner l'alimentation consciente du patient : passer la journée en revue avec les repas, les grignotages, poser la question des sodas, sucreries, chips, donner des conseils généraux au patient. Pour facilement aborder le sujet, on peut commencer par les sodas, puis les jus de fruits, puis le goûter, jusqu'au moment où on trouve l'aliment « fil conducteur » sur lequel on va travailler le problème, cela dans le but de traiter du sujet de l'alimentation progressivement sans stigmatiser le patient.

souvent j'essaie de passer la journée en revue de demander aux gens ce qu'ils mangent au déjeuner, puis en matinée ce qu'ils grignotent, puis à midi, enfin bref ... Comme ça je me rendrais compte que quelqu'un consomme plus .. grignote peut-être davantage, mange plus de glucides, ou de sucres rapides ou de graisses. (Médecin 2) moi je demande souvent aux gens combien de boissons sucrées ils prennent sur la semaine ou sur la journée. Généralement les gens qui sont addicts au sucre ils consomment des boissons sucrées ou des sodas. Si ils vous disent « Oh moi je bois du coca toute la journée », on a trouvé. On a trouvé le fil conducteur sur lequel on va pouvoir aborder le restant de la problématique. Alors s'il me dit « Je ne bois pas de sodas », je dis « Ok, est-ce que vous buvez des jus de fruits ? ». Alors si je n'ai pas ça je leur demande « Quel est votre goûter ? Vous prenez un fruit, un yaourt, un carré de chocolat, une pâtisserie ? ». Et donc c'est par ces moyens-là qu'on peut aborder le sujet. (Médecin 5)

5. Relation du patient aux aliments à haute palatabilité : et pourquoi pas utiliser l'approche diagnostique de l'addiction alimentaire ?

Questionnaire (m)YFAS(2.0) : outil intéressant mais non généralisable : vers une utilisation comme aide-mémoire

La version courte du questionnaire peut être utilisable en médecine générale dans le cadre de l'entretien motivationnel, en aidant à aborder la relation du patient à son alimentation. Les patients sont par ailleurs en général contents de remplir des questionnaires de ce type.

Dans ma pratique de médecine générale, oui, la forme courte en tout cas. La forme longue est plus difficile à instaurer (rires). (Médecin 5)

J'ai vu, c'est réalisable hein, durant une consultation ... (Médecin 7)

Après j'ai eu des assistantes qui utilisaient souvent les ... les choses comme ça, et elles me disaient que les patients étaient contents de remplir ce genre de choses ... Et encore une fois je crois que les patients, à l'heure actuelle, sont plus habitués à ça (Médecin 4)

Il peut être intéressant que les psychologues fassent passer le questionnaire aux patients en pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique.

Donc je pense que ça aiderait tout de même le psychologue (contexte pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique) doit prendre en charge ce type de patient, de pouvoir mettre la main et un nom sur la problématique (d'addiction alimentaire) (Médecin 5)

Le questionnaire permettrait de défaire les fausses idées que le généraliste a sur le patient et son alimentation, en faisant ressortir certains éléments par des questions plus précises/fermées.

Enfin on a parfois des fausses impressions en médecine aussi, donc parfois on se dit «non ça ne peut pas être ça» alors que si on faisait un truc comme ça (montre le questionnaire), on serait peut-être étonné de la réponse des patients. Et donc c'est vrai quand on pose des questions plus précises, il y a parfois des choses qui ressortent, alors que quand on pose des questions ouvertes ils ne répondent pas, donc je pense que ça peut aider. (Médecin 6)

Cependant, l'utilisation de questionnaires destinés aux patients ne convient pas à la pratique clinique de tous les médecins.

Voilà, moi j'utilise très peu toutes les échelles et tout ça car ... Peut-être que j'ai un peu appris comme ça sur le tas, car on n'utilisait pas ça au début que je travaillais, donc il y a un peu l'expérience qui fait mais ... je n'ai pas l'habitude de construire mes consultations autour de ça. (Médecin 4)

De plus, l'utilisation du questionnaire n'est pas sans certains écueils : difficulté du patient à se situer sur une échelle de temps, caractère excessif de certaines questions, besoin de temps en consultation, besoin d'être sensibilisé au sujet. Certains médecins en concluent que le questionnaire n'est pas généralisable dans leur pratique, mais servirait plutôt d'aide-mémoire en arrière-plan dans une consultation.

Et parfois les patients n'ont pas toujours facile à se situer sur une échelle de fréquence je trouve ... Oui ce à quoi je devrais être attentive, ça je pense, en effet ... Oui peut-être pour moi à garder en arrière-plan pour savoir quoi poser comme question. Pas sûre que je le sortirais, en tout cas pas la première fois ... Parfois c'est bien d'avoir un entretien minimal comme avec le tabac « vous avez déjà pensé à arrêter, oui/non » (Médecin 2)

Médecin : Oui mais il est quand même un peu (rire) ... violent comme questionnaire ... dès que je suspecte un mauvais comportement alimentaire, beh le patient peut être éventuellement un tout petit peu choqué (...) je ... c'est un outil pour certains patients mais pas pour tout le monde. Je ne le généraliserai pas. (Médecin 7)

Maintenant il faut que le médecin généraliste soit sensibilisé au sujet, sinon il ne va pas prendre le temps de donner deux heures de questionnaire au patient. (Médecin 5)

(m)YFAS(2.0) et entretien motivationnel : Confronter le patient à son ambivalence

Le questionnaire permet de susciter un conflit interne chez le patient, rien qu'en le lisant.

Et donc ça crée un genre de conflit si vous voulez ... Parce que les gens ils prennent ça comme « il va me dire d'arrêter mais il ne me le dit pas dans le bouquin (sur l'arrêt du tabac)... » Et donc ça crée un genre de conflit, les gens réfléchissent, ça leur renvoie l'idée qu'ils doivent quand même arrêter (rires) Même si on ne leur dit pas ... Ça c'est pas mal ... C'est un peu le même genre ici ... (Médecin 3)

Oui non je pense que c'est intéressant de pouvoir utiliser ce genre de questionnaire bien sur .. Mais je pense que ça peut être intéressant dans le cadre de l'entretien motivationnel. (Médecin 5)

C. Préparation et action : quand le patient est prêt à changer

1. Clés de la réussite : motivation et bon moment dans l'agenda du patient

La motivation intrinsèque du patient et le fait d'être en phase avec son agenda (le fait que le patient lui-même en fasse une priorité) sont les 2 facteurs principaux de réussite pour la prise en charge du surpoids/obésité/mauvaise alimentation.

et elle lui avait dit que « j'étais tombée au bon moment ». Je crois que c'est ça qui conditionne la réussite, c'est que le patient en fait une priorité lui aussi. Il y a des patients pour qui ce n'est pas à l'agenda de perdre du poids parce qu'il y a d'autres préoccupations. Il ne suffit pas de le vouloir, mais je pense qu'il faut d'abord le vouloir (Médecin 2)

on doit choisir aussi le bon moment pour le faire. Si on est en pleine période de stress, on n'a pas du temps disponible pour penser à ça, ça ne sert à rien de commencer, alors on dit aux gens « ce n'est pas grave » (Médecin 4)

Si les gens n'ont pas envie de maigrir, on pourrait faire tout ce qu'on veut, s'ils n'ont pas envie, ils n'ont pas envie, donc ça je pense que c'est un peu illusoire (Médecin 6)

2. Vers un retour consenti, éclairé et ludique à la sensation de contrôle

Un des médecins interrogés insiste beaucoup sur l'importance de redonner au patient l'impression de contrôle sur son alimentation (« locus interne de contrôle »), le re-persuader qu'il va y arriver.

C'est d'abord là-dessus qu'il va falloir travailler, sur ces notions de contrôle sur l'alimentation. Le but c'est finalement qu'ils aient de nouveau l'impression que c'est eux qui ont les cartes en main pour pouvoir faire un changement (...) ils sont persuadés qu'ils n'en sont « pas capables », et que ça ne va jamais marcher. Et c'est ça le problème souvent. (...) cette sensation que c'est bien eux-mêmes qui gèrent (et non pas le chocolat qui décide à leur place). De leur montrer que « si en fait, vous avez le contrôle », avec des trucs généralement assez ludiques. (Médecin 1)

Ce médecin parle des différentes méthodes ludiques qu'il utilise avec le patient (Jeu de l'oie, gommettes pour grignotages autorisés) pour justement lui redonner cette sensation de contrôle sur son alimentation.

Et tous les jours ils doivent avancer leur petit pion sur le jeu de l'Oie et quand ils trouvent un nouveau défi ils doivent essayer de continuer ce défi jusqu'au bout du Jeu de L'Oie. Au bout de 10 jours ils vont se dire « ah mais en fait je suis capable de changer quelque chose dans ma vie » « un tout tout tout petit peu ». Et là on va rajouter un tout petit quelque chose en plus. Et petit à petit on va reprendre le contrôle. Pour se rendre compte que c'est pas de la volonté brute. Mais une question de discipline et de faire tous les jours la même chose. (Médecin 1)
« tu as droit à 25 gommettes. Chaque fois que tu as mangé une portion, tu colles ta gommette sur le frigo ». « ah beh voilà j'en ai 25 (j'aimerais les répartir comme ça sur la semaine, vendredi je serai plus fatiguée donc il m'en faudra deux » et ainsi de suite (Médecin 1)

Le médecin évoque la dimension éthique à expliquer sa démarche au patient, à ne pas modifier le comportement des patients sans leur accord éclairé.

En fait je n'essaye pas de changer les gens derrière leur dos ou de les manipuler psychologiquement pour essayer d'obtenir d'eux un résultat. C'est eux qui viennent chez moi en me disant qu'ils ont un problème. Donc moi je vais utiliser tous les moyens qui sont en ma possession pour qu'ils aillent mieux, mais je vais leur expliquer ce que je fais. C'est une question d'éthique en fait. (Médecin 1)

3. Les ingrédients indispensables d'une prise en charge équilibrée : paramédicaux et généraliste coordinateur, tous en multidisciplinarité autour du patient

Même si le point d'ancrage reste la médecine générale, seul on ne s'en sort pas, chaque soignant intervient dans le domaine pour lequel il est formé (les médecins n'étant pas formés à être diététiciens, psychologues etc.). Chaque soignant a un apport différent et complémentaire. Cette multidisciplinarité permet de motiver et de soutenir le patient dans sa prise en charge.

Moi je travaille toujours en association, je pense que tout seul on s'en sort pas (...) faire appel à des gens qui sont formés pour ce genre de choses-là c'est vraiment utile. On va tous apporter quelque chose de différent. (Médecin 1)

Pour moi c'est une prise en charge multidisciplinaire. (Médecin 2)

le recours aux autres intervenants n'est pas rare, mais ... je pense que le point d'ancrage reste la médecine générale. (Médecin 7)

Recours au nutritionniste/diététicien connu du généraliste : vers une prise en charge personnalisée pour les patients motivés

Les médecins recourent à des diététiciens et/ou nutritionnistes pour les patients motivés, après plusieurs tentatives infructueuses de rééquilibrage alimentaire de la part de ceux-ci. Les médecins soulignent l'importance de travailler avec des personnes à l'écoute et avec qui ils collaborent habituellement. De plus, les médecins prônent une prise en charge des patients au cas par cas (éviter les plans alimentaires tout faits, trop restrictifs pour certains patients, souvent sources d'échec).

Souvent il va y avoir une nutritionniste ou une diététicienne avec qui j'ai l'habitude de bosser (...)

C'est beaucoup du cas par cas. (...) je n'aime pas trop les gens qui donnent des plans alimentaires tout faits, trucs ultra classiques (rire), je ne trouve ça pas fou, et souvent ça ne se passe pas très bien auprès des patients, donc on va éviter ça ... (Médecin 1)

il faut que les gens soient motivés déjà pour aller voir une diététicienne (...) des gens qui ont un peu l'impression d'être à court d'idées et je pense que là ça vaut la peine. Voilà il faut savoir chez qui envoyer pour ne pas que ce soit des choses impossibles à faire (Médecin 2)

groupe de diététiciens avec lequel je travaille ils ont justement plusieurs diététiciens qui vont aborder les choses de façon différente en fonction du patient ... en fonction de quelle est la problématique sous-jacente au surpoids en fait ... En tout cas dans ce type d'approche c'est qu'ils sont soutenus, ils ne sont pas tout seuls ! (Médecin 4)

Kinésithérapeute/psychomotricien et Podologie : en marche vers la confiance en son corps

Les disciplines paramédicales telles que la kinésithérapie, la psychomotricité et la podologie peuvent permettre au patient de reprendre confiance en ses capacités physiques et en son corps, grâce à la remise en mouvement et grâce à la marche plus aisée, ce qui peut être un point de départ au changement.

(...) vrai changement à partir du moment où ils se sont rendu compte qu'ils savaient faire des trucs avec leur corps en fait. Et du coup ils ont eu envie... et du coup de prendre autrement soin d'eux ... et donc là il y a un déclic qui a pu se faire, une sensation de contrôle qui a pu revenir (Médecin 1)
on serait étonné du nombre de personnes qui ne marchent pas parce qu'en fait ils ont des douleurs aux pieds et aux genoux qui sont liées à des troubles de statique. Donc une bonne paire de semelles, eh bien ils marchent beaucoup facilement et ils sortent ! Voilà ! On est déjà sur une piste pour les faire marcher, c'est déjà pas mal (...) et du coup on repart dans une dynamique de reprise d'activités. (Médecin 3)

Psychologues : décoder le comportement alimentaire pour permettre une prise en charge efficace

La collaboration des médecins généralistes avec les psychologues (qui contrairement aux médecins sont formés dans les troubles du comportement donc à fortiori dans les troubles du comportement alimentaire) est essentielle. Cela permet de comprendre la raison de certains problèmes alimentaires, d'aider à faire sortir les patients du cercle de l'addiction, dans le but final de diminuer la souffrance (psychologique) du patient. La prise en charge par la suite n'en est que meilleure.

mais souvent il y a une souffrance psychologique sous-jacente/accompagnante, du coup je trouve que ça vaut la peine d'accompagner les gens par rapport à ça, certainement. Je pense que tout ce qui est thérapie cognitivo-comportementale ou des choses comme ça peuvent vraiment avoir leur place ... dans l'accompagnement des personnes qui ont des troubles du comportement alimentaire, ou qui grignotent beaucoup ou que sais-je ... (Médecin 2)
... Donc oui c'est important de discuter des facteurs psychologiques dans le poids ... Pourquoi tel aliment, est-ce qu'ils recherchent du plaisir avec quelque chose et ... Je pense que dans l'excès de poids si on ne passe pas par ... Enfin il faut aborder la partie psychologique parce que c'est impossible d'arriver à un régime efficace et arriver à perdre du poids si on n'aborde pas cela (Médecin 6)

Cependant, consulter un psychologue n'est pas toujours accepté par le patient, notamment chez les personnes âgées peu sensibilisées à ce sujet.

bah c'est des troubles du comportement, c'est plus le domaine du psychologue que du médecin finalement ... Et en fait nous on n'est pas formés à sortir les gens d'addiction. Le psychologue est important aussi, mais il faut que le patient l'accepte. Et parfois dans l'obésité et dans le contexte actuel qu'il y a autour ; de surpoids ; les gens ne veulent pas entendre qu'il y a un problème psychologique à adresser avant tout. (Médecin 1)
y en a qui me disent « Ça ne sert à rien », surtout les personnes plus âgées, parce qu'elle n'ont pas été éduquées là-dedans ... Je crois que les gens sont plus ouverts qu'avant à tout ça. Il y a quelques années déjà on n'aurait même pas pu dire qu'il y avait un lien, un problème psychologique sous-jacent à ... à un BMI trop élevé, par exemple. Maintenant ... on peut l'aborder plus facilement. Donc ça c'est une évolution je trouve très positive. (Médecin 4)

Les médecins évoquent différentes solutions d'ordre psychologique pour les patients atteints d'addiction alimentaire : déculpabilisation, hypnose, approche psychologique/psychiatrique (notamment thérapies cognitivo-comportementales).

Mais je pense que tout ce qui est thérapie cognitivo-comportementale ou des choses comme ça peuvent vraiment avoir leur place ... dans l'accompagnement des personnes qui ont des troubles du comportement alimentaire, ou qui grignotent beaucoup ou que sais-je. (Médecin 2)
On peut ... éliminer certaines dépendances via l'hypnose, pourquoi ne pas essayer ce genre de technique, parfois ça marche, oui. Et j'essaie de déculpabiliser, ça fait part aussi psychologiquement du traitement, il faut parfois

déculpabiliser les gens « C'est une addiction comme on peut en avoir d'autres, et c'est vrai que c'est très difficile de s'en débarrasser ! » (**Médecin 3**)

A partir du moment où ils sont conscients qu'il y a un problème et qu'ils ont bien compris l'information, il est pour moi en tout cas plus facile de les orienter vers un psychiatre, enfin plutôt un psychologue, qui peut essayer de décoder un peu ce qui se cache derrière cette addiction (**Médecin 5**)

D. Rechute : l'accepter des deux côtés, apprendre à se relever

La prise en charge de l'addiction alimentaire est un travail difficile, qui constitue un apprentissage lent pour le patient, et une situation parfois frustrante pour le médecin. Il faut voir ce qui a déjà été essayé, ce qui a fonctionné ou non, pourquoi cela n'a pas fonctionné et accepter la rechute.

Aussi par exemple il y a un regard « tout ou rien » autour du régime et de la perte de poids.

« Si je ne fais pas tout parfaitement, beh ça ne vaut pas la peine ». Patience, persévérance, step by step ... Et accepter, comme pour le tabac par exemple, que des fois beh je rechute. Ça arrive mais ce n'est pas grave. Ce n'est pas la preuve qu'on est nul, c'est la preuve qu'on y est arrivé une première fois. Et que donc on est capable d'y arriver une deuxième fois. On est trop dur avec soi-même. (**Médecin 1**)

le problème des excès de poids, je trouve que c'est difficile, c'est difficile pour le patient, c'est difficile pour le médecin, on n'a pas toujours des résultats, donc c'est un peu ingrat comme travail, mais en même temps, il faut le faire quoi ... (**Médecin 6**)

E. Ou bien maintien ...

La prise en charge peut amener des petits changements chez le patient, changements lents mais parfois durables.

Il y a des gens qui arrivent à améliorer leur mode de fonctionnement. Je ne dis pas qu'on est 100% efficace, mais en tout cas il y a des petites choses qui changent, et qui peuvent faire toute la différence sur le long terme. Il faut s'attendre à des modifications lentes, mais parfois durables. (**Médecin 5**)

Je pense que ça peut faire partie du schéma structurel d'une consultation en médecine générale.

Ça ne va jamais tuer le patient de poser la question, par contre c'est peut-être un point de départ d'une discussion ultérieure, ou même pourquoi pas sur le moment même ? Parfois voilà on a l'impression de lancer ... lancer l'hameçon et puis voilà ça prend ! A côté du fait que bon oui, structurellement pourquoi pas, c'est certainement intéressant et ça doit (insiste) faire partie du canevas de base. (**Médecin 7**)

3.2.3. Le médecin généraliste au centre, avec ses forces et ses faiblesses

Le généraliste, loin d'être incollable sur le sujet, mais compétent pour l'aborder avec finesse en consultation

Malgré un manque de connaissances spécifiques sur ce thème, le généraliste est cependant bien placé pour aborder psychologiquement les différentes problématiques avec le patient. Il bénéficie de formations diverses pour se documenter sur le sujet et apprendre comment l'aborder avec les patients.

Donc outillé moi je trouve que oui, dans le sens qu'on a une formation pour avoir cette approche aussi psychologique de ...de toutes les problématiques qu'on rencontre en médecine générale. (Médecin 4)
Que la formation des médecins généralistes est très pauvre par rapport à ça, et c'est une prise en charge extrêmement compliquée. D'où les échecs récurrents. (Médecin 5)
Après il y a toutes les formations à côté pour les médecins généralistes ...S'il veut se former, il trouvera, facilement ... (Médecin 7)

Le temps, à la fois contrainte et allié en médecine générale

Aborder les sujets du poids et de l'alimentation nécessite de prendre le temps (parfois plusieurs consultations voire plusieurs années), afin de gagner la confiance du patient et de parler constructivement des problèmes d'alimentation, surtout qu'en médecine générale les patients reviennent. Le généraliste a ainsi l'avantage de pouvoir aborder le sujet au rythme des patients, en les revoyant.

mais je prends le temps. Alors s'il faut 4 consultations pour, il faut 4 consultations pour. C'est vraiment important car les gens ils reviennent. Il y a des patients pour lesquels il faut parfois des années avant de réussir à aborder de façon constructive le sujet avec eux ! (Médecin 1)
quand on n'a pas beaucoup de temps mais que j'aborde quand même la question, et que les gens sont motivés ou intéressés qu'on creuse la question, là je leur fixe souvent un rdv où on parle que de ça. (Médecin 2)
C'est ça un des avantages de la médecine générale, c'est qu'on est amené à revoir les personnes, donc on profite de cette relation pour développer le sujet à son rythme (du patient) (...) Après on peut aussi se dire qu'on fait les choses en plusieurs étapes. (Médecin 7)

Interroger, observer, connaître son patient : les atouts du généraliste

Une bonne anamnèse et une bonne observation des patients conduisent à détecter d'éventuels problèmes en lien avec l'alimentation.

Je vais d'abord commencer par une anamnèse fouillée, souvent ça me mène déjà à plusieurs consultations, parce que les patients, quand on leur parle d'alimentation, ils ne disent pas toujours la vérité ... (Médecin 1)
Eh bien en médecine générale, l'aspect principal c'est la discussion bien évidemment et l'observation. Bien évidemment quand on écoute les gens on peut avoir quelques éléments. Et puis l'évolution dans le temps de leurs paramètres, notamment le poids et autre, c'est un facteur qui attire l'attention. (Médecin 7)

Le généraliste a l'avantage de connaître son patient et sa famille, ce qui peut lui permettre de plus facilement aborder le sujet.

La solution est finalement venue de son mari. Qui est venu m'expliquer en consultation qu'il était un peu inquiet pour sa femme parce qu'elle se réveillait la nuit, et qu'en fait « elle pillait le frigo ». (Médecin 1)
L'avantage en médecine générale justement c'est qu'on a des patients qu'on connaît depuis longtemps, donc si quelqu'un qu'on connaît depuis 5 ou 10 ans, on connaît l'histoire de la famille, on sait qu'il y a eu des problèmes, donc si il y a un problème d'obésité ... qui apparaît ou qui n'était pas là, au bout d'un moment on connaît les gens donc on se dit « Maintenant on on sait qu'il y a ça ça ça, qu'est-ce que ça vous fait, est-ce qu'on peut en parler, ou bien est-ce que vous préférez en parler à quelqu'un d'autre ? ». (Médecin 6)
Après il y a l'hétéro-anamnèse, des gens qui viennent en disant « Mon fils/ma mère ... » il y a aussi un peu ça. L'avantage de la médecine générale quand on connaît la famille par exemple. On peut avoir des sources différentes d'information. (Médecin 7)

4. DISCUSSION

4.1. Synthèse des résultats

Figure 3 : Illustration des 3 parties de la question de recherche du TFE

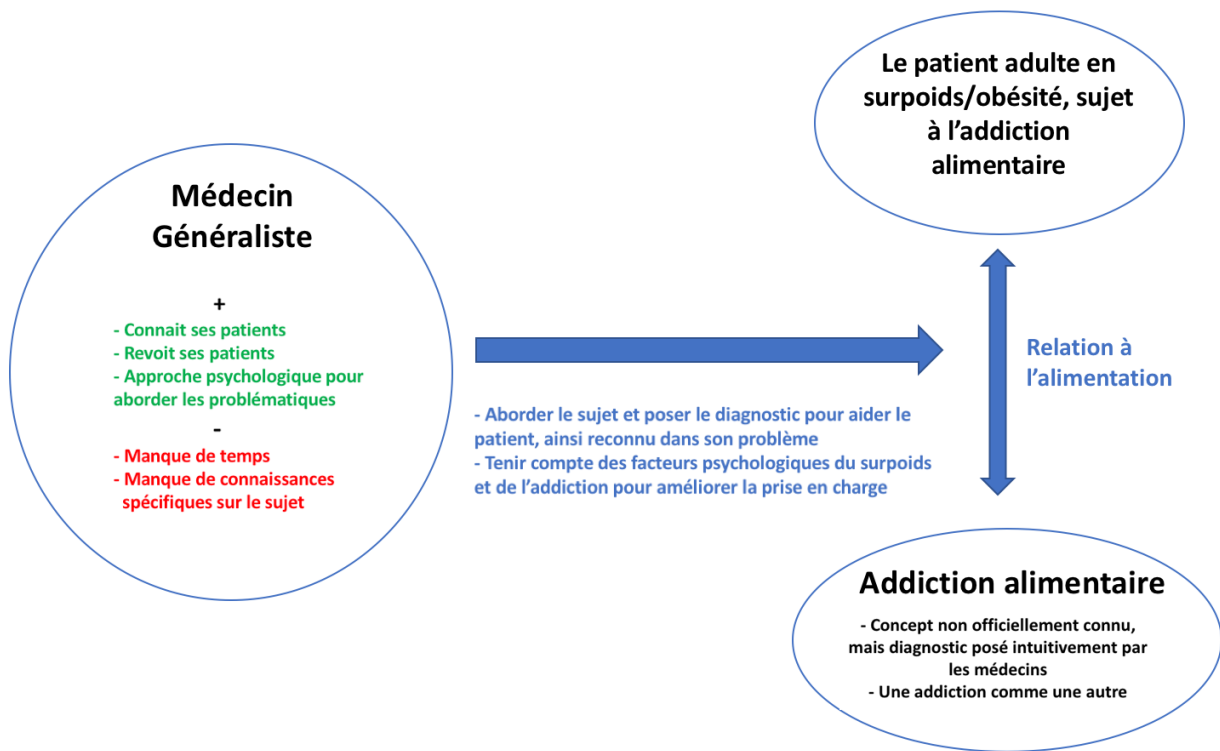


Figure 4 : Analyse des résultats : Modèle trans-théorique du changement appliqué à l'addiction alimentaire

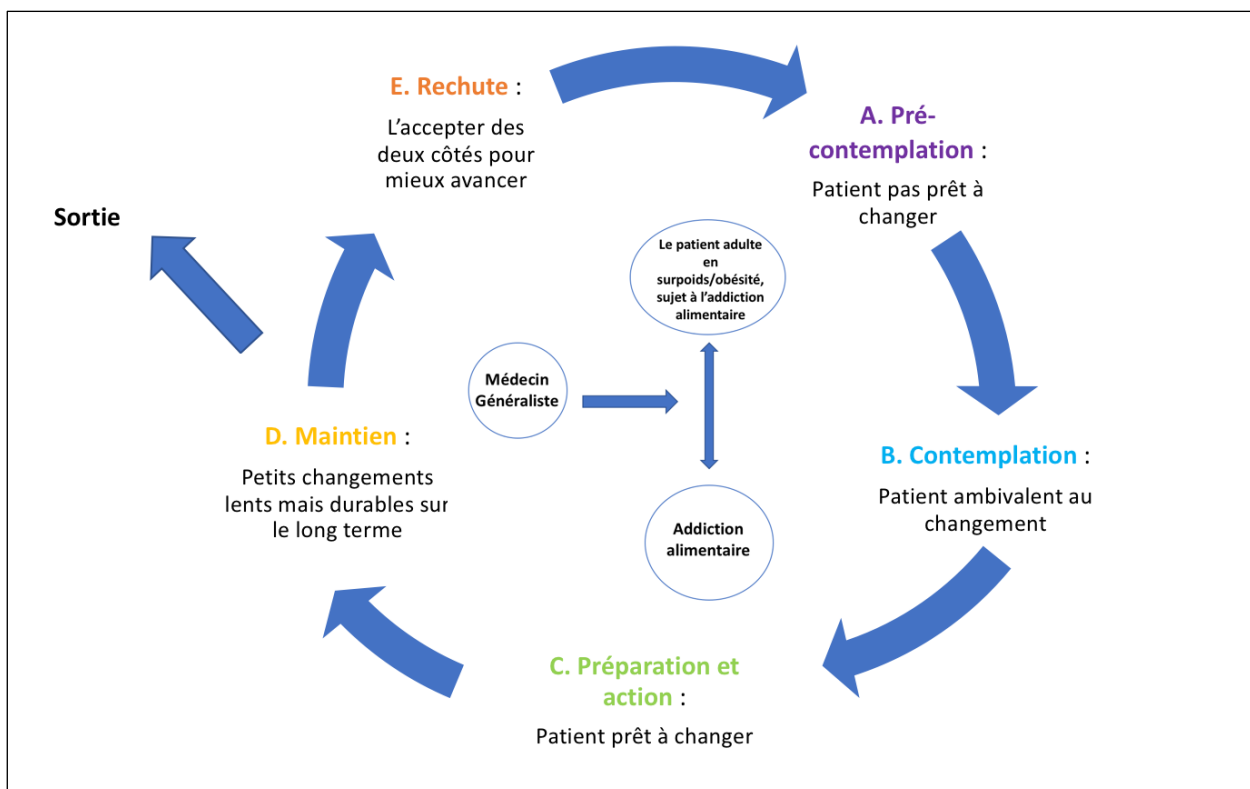


Figure 5 : Analyse des résultats : Détails des trois premières étapes du changement illustrées à la figure 4

A. Pré-contemplation :

Patient pas prêt au changement

- Dénier du problème
- Absence de souffrance !
- Patient en quête d'une solution miracle
- Patient ayant toujours une excuse/ un obstacle sur son chemin

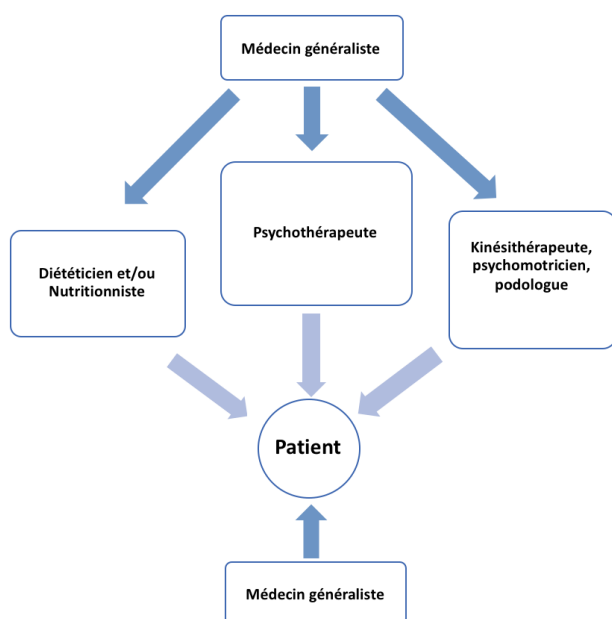
⇒ Intérêt d'utiliser le « conseil minimal »

Aborder l'addiction alimentaire et la relation à l'alimentation en consultation pour amener chez le patient un déclic/une prise de conscience au fil des interventions

C. Préparation et Action :

Patient prêt à changer

- Clés de la réussite : Motivation + bon moment dans l'agenda du patient
- Retour consenti et éclairé à la sensation de contrôle, de manière ludique
- Approche multidisciplinaire coordonnée par le généraliste



B. Contemplation :

Patient ambivalent au sujet du changement

- Instaurer confiance et compréhension vis-à-vis du patient
- Travail d'information et d'éducation
- Commencer par aborder le (sur)poids
 - D'emblée et directement : ne pas en faire un tabou
 - De manière progressive et indirecte (prévention, comorbidités associées, peser le patient, prise de sang)
- Aborder les habitudes alimentaires
 - Nécessaire de bien connaître le patient
 - Conscientiser l'alimentation avec le journal alimentaire
 - Trouver l'aliment « porte d'entrée » de l'addiction alimentaire et fil rouge de la discussion

⇒ Intérêt d'utiliser l'approche diagnostique de l'addiction alimentaire : questionnaire YFAS version courte dans le cadre de l'entretien motivationnel

- + Utilisable comme aide-mémoire : défait les fausses idées sur le patient grâce aux questions précises, confronte le patient à son ambivalence
- Mais non généralisable : manque de temps, certaines questions excessives, difficulté des patients à se situer sur une échelle de temps, ne convient pas à tous les médecins

Les résultats de l'étude qualitative sont résumés ci-dessus en différents schémas.

Le schéma correspondant à la figure 3 (page 31) peut être considéré comme une illustration de la question de recherche, et met en relation les 3 parties de la question : l'acteur de la question, à savoir le médecin généraliste, avec ses forces et ses faiblesses, le bénéficiaire de la question, à savoir le patient adulte en surpoids/obésité potentiellement concerné par l'addiction alimentaire, et le sujet même de la question, à savoir la problématique de l'addiction alimentaire (avec sa définition et ses intérêts selon les médecins interrogés) laquelle est abordée avec le patient via la question de la relation à l'alimentation.

Le schéma correspondant à la figure 4 (page 31) illustre la réponse proposée par ce TFE à la question de recherche. Il suggère ainsi un modèle qui a été élaboré par l'analyse comparative des résultats de l'étude au modèle trans-théorique du changement de Prochaska et Di Clemente (32), modèle connu et utilisé notamment en addictologie. Ce modèle reprend les différentes étapes du changement chez les patients en général face à un changement de comportement bénéfique pour leur santé (typiquement sortir d'une addiction, mais est également conseillé dans la prise en charge de l'obésité) (13) (33). Ces étapes comprennent la **pré-contemplation** (peu de conscience du problème, le patient n'envisage pas de changer de comportement), la **contemplation** (conscience du problème, le patient commence à peser le pour et le contre, sans changement de comportement), la **préparation/résolution** (le patient est décidé à changer et élabore des projets en ce sens), l'**action** (réalisation des efforts pour changer, avec des hauts et des bas), le **maintien** des nouvelles habitudes dans le but d'arriver à un **changement permanent**, et la **rechute** vers des/les anciennes habitudes (la rechute fait partie du processus de changement et est considérée comme une étape d'apprentissage).

Le schéma correspondant à la figure 5 (page 32) illustre ces trois premières étapes en détails.

4.2. Analyse et discussion des résultats

4.2.1. Corrélations avec la littérature

Les résultats obtenus par cette recherche qualitative montrent une certaine corrélation entre la perception des médecins généralistes de l'addiction alimentaire et les données de la littérature actuellement disponibles, avec quelques nuances.

Les médecins interrogés **déclarent ne pas bien connaître** le concept d'addiction alimentaire, mais le **définissent intuitivement** et le considèrent comme **pertinent** (comme évoqué dans les études (27) (28)). Ils semblent plus familiers avec la notion d'addiction à une substance, au sucre en particulier, qu'avec le concept d'addiction à l'alimentation, même si pour certains l'addiction alimentaire fait partie des TCA. La littérature mentionne en effet que l'addiction

alimentaire se rapproche plus d'une addiction à une substance qu'à une addiction comportementale.(6) (8)

Tout comme mentionné dans la littérature, les médecins interrogés n'observent **pas** systématiquement chez les patients de **lien direct entre l'addiction alimentaire et le surpoids/obésité**. (5) (6) Ils évoquent aussi un profil de patient présentant une **certaine fragilité psychologique** plus sujet à développer une addiction alimentaire. Cela rejoint les données scientifiques qui établissent un lien entre l'addiction alimentaire et certaines caractéristiques psychologiques comme l'anxio-dépression, l'impulsivité, etc. (5) (6) (22)

Les médecins insistent sur la composante de **souffrance clinique du patient**, nécessaire à sa prise en charge. En effet, un patient ne souffrant pas de son surpoids ou de ses mauvaises habitudes alimentaires ne doit pas être traité, n'étant pas « malade ». Cela rejoint la littérature médicale car cette condition de souffrance clinique figure dans la définition d'addiction selon le DSMV (4), ainsi que dans le questionnaire YFAS : existence d'une altération du fonctionnement et/ou une détresse/souffrance clinique significative. **Cette condition doit être remplie pour poser le diagnostic d'addiction alimentaire**. (12)

Comme mentionné dans la littérature, **le généraliste est en première ligne** (23) (24) pour l'abord et le dépistage de troubles alimentaires (notamment l'addiction alimentaire avec son patient), mais a cependant **besoin de formation** à ce sujet (23) (27) (29) (dépistage et prise en charge des troubles alimentaires, communication avec le patient sur ce thème).

Mais **même si les généralistes interrogés déclarent en effet manquer de connaissances** spécifiques à ce sujet, ils disent posséder les clés pour avoir une **approche subtile et psychologique** des différentes problématiques avec le patient. Ils ont les **avantages de connaître le patient et sa famille**, de pouvoir revoir le patient pour **aborder ces problématiques au rythme de ce dernier**. Ils ont des capacités **d'anamnèse et d'observation** qui permettent de dépister des troubles alimentaires comme l'addiction alimentaire.

L'approche du poids et de l'alimentation n'est cependant pas faite systématiquement, ce qui est encore moins le cas de l'évaluation de la présence d'une addiction alimentaire (6). Les médecins évoquent les **différents freins à l'abord de la question du poids et de**

l'alimentation : manque de temps, 1^e consultation, autre motif, peur de juger le patient, problématique du surpoids/obésité banalisée. **Malgré ces contraintes** liées à sa spécialité, le **généraliste** reste **bien placé** pour parler de ce thème avec les **patients**, aux **réactions variables** (indifférence à la question, bon accueil de la question, ou encore ouverture et confiance du patient au médecin).

L'ensemble des médecins participants de l'étude font part de **la nécessité d'une relation de confiance, de compréhension et d'empathie** du médecin envers son patient pour aborder le **sujet stigmatisant du surpoids/obésité**, type de relation que le généraliste peut avoir avec son patient (6) (23) (24) (27). **Les habitudes alimentaires** sont tout aussi délicates à traiter car **difficiles à faire changer**, les aborder va entraîner une **remise en question** du patient. La littérature souligne d'ailleurs **le risque de stigmatisation lié au diagnostic même d'addiction alimentaire** (6). Les médecins interrogés proposent donc de **bien connaître le patient et son profil psychologique** pour aborder ces questions aussi ouvertes et intimes.

Comme décrit dans la littérature, il ressort de l'enquête auprès des médecins que la prise en charge de l'addiction alimentaire se fait **de manière multidisciplinaire et personnalisée** (6) autour du patient, chacun ayant sa compétence à apporter (kinésithérapeute, diététicien, psychologue), la médecine générale étant centrale mais pas suffisante à elle seule.

Par rapport à cette prise en charge, l'accent est mis sur **l'intérêt de l'approche psychologique/comportementale** du problème de surpoids/obésité, sur le décodage des raisons du comportement alimentaire et de l'addiction alimentaire, pour permettre de **reconnaitre le patient dans sa souffrance (prise de conscience) et d'améliorer la prise en charge de celui-ci** (en termes de poids, d'alimentation mais surtout de souffrance psychologique). En effet, les **pistes de traitement suggérées dans la littérature** à ce jour sont plutôt **d'ordre psychothérapeutique** (TCC, entretien motivationnel, groupe de soutien ...) (6). De même qu'il est important pour de traiter des aspects psychologiques en lien avec le surpoids/l'obésité, les médecins trouvent **intéressant d'aborder avec les patients la question de la relation à l'alimentation**.

Les médecins soulignent l'importance de parler de la relation à l'alimentation notamment chez les **patients en pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique** (21) (lesquels sont plus

touchés par l'addiction alimentaire que la moyenne des patients (2)), afin de dépister et de prendre en charge une éventuelle addiction alimentaire avant l'opération. Les médecins sont au fait des indications de la chirurgie bariatrique et de ses contre-indications ou non-indications. En effet, la chirurgie bariatrique **ne résout pas la problématique d'addiction alimentaire**, les patients risquant au contraire de trouver des stratégies pour consommer autant de calories et retomber dans leurs travers, et augmente même le risque de transfert d'addiction (6).

Cela rejoint certaines données de la littérature qui mentionnent une moindre perte de poids en post-opératoire d'une chirurgie bariatrique chez les patients concernés par l'addiction alimentaire (19), ainsi qu'une récurrence de troubles alimentaires (comme l'addiction alimentaire) dans les 2 ans en post-opératoire d'une chirurgie bariatrique. (20)

4.2.2. Suggestion d'une nouvelle piste pour la médecine générale : le modèle du changement transposé à l'addiction alimentaire

Le modèle de réponse à notre question de recherche proposé dans ce TFE n'est pas généralisable car fruit des résultats d'une analyse qualitative auprès d'un petit échantillon de généralistes (7 médecins) issus d'une région géographique limitée (Bruxelles Est). Ce modèle a néanmoins l'avantage de proposer **certaines nouvelles idées**.

Ce travail **analyse l'abord par le généraliste de la relation du patient à son alimentation avec les lunettes de l'addiction** (l'addiction alimentaire étant une addiction comme une autre selon les médecins interviewés). Ce TFE applique ainsi à l'alimentation à haute palatabilité les différents concepts connus en addictologie, tels que le **modèle trans-théorique du changement de Prochaska et Di Clemente**. Il s'agit du modèle utilisé dans l'analyse des résultats de l'étude. Ce modèle illustre les différentes étapes du changement que traverse le patient. Il permet de guider le praticien dans son discours et son attitude à adopter face au patient. En effet, le sujet du comportement à changer n'est pas abordé de la même manière selon l'étape de changement dans laquelle se situe le patient. (32)

En pré-contemplation, le travail sur la prise en charge de l'addiction alimentaire n'est pas encore envisageable, le patient n'étant pas prêt ou pas motivé à changer de comportement (dénier du problème, locus externe de contrôle⁶, recherche d'une solution miracle au problème). Au sein de l'étape de pré-contemplation peut être utilisé le « **conseil minimal** »⁷ (utilisé notamment en tabacologie). Tout comme avec le tabac, il pourrait être intéressant d'aborder de manière opportuniste la question de la relation aux aliments à haute palatabilité, en vue de créer un déclic chez le patient à force d'en parler. **La question de la relation à l'alimentation n'est pas fréquemment abordée en médecine générale mais pourrait, dans le contexte du « conseil minimal » et (pour certains patients bien connus du médecin), faire partie du canevas anamnestique de base d'une consultation.**

En contemplation, le patient est ambivalent face au changement, et c'est particulièrement à ce moment-là que peut s'appliquer le style de communication **de l'entretien motivationnel**⁸ développé par Miller et Rollnick en 1991 (36) (37), utilisé et ayant fait ses preuves pour guider le patient et renforcer sa motivation au changement de comportement dans les addictions. Pourquoi ne pas donc l'employer dans l'addiction alimentaire (6), dans l'obésité (13) (33) (38) et en post-opératoire d'une chirurgie bariatrique (39) ?

Dans le contexte de l'entretien motivationnel peut intervenir la **version courte du questionnaire de dépistage de l'addiction alimentaire (YFAS)**, qui peut être utilisée en médecine générale pour : 1. souligner l'ambivalence du patient, 2. créer un conflit interne entre les avantages et les inconvénients à poursuivre le comportement à changer, 3. ainsi renforcer la motivation au changement. Les médecins interrogés ne connaissent pas le questionnaire YFAS, mais confirment que l'outil est **utilisable en médecine générale** (6). Ils

⁶ Plusieurs articles retrouvés dans la littérature médicale analysent en effet cette **relation entre la présence d'un locus externe de contrôle** et des **moins bons résultats** en termes de **perte de poids** et de **changement de comportement** (34).

⁷ Le **conseil minimal** (35) consiste à poser systématiquement à chaque patient : **1. s'il est fumeur/s'il a le comportement à changer en question - 2. S'il a envie d'arrêter - 2a. si oui, encourager le patient dans cette décision d'arrêter** et dans l'action pour arrêter – **2b. si non**, expliquer qu'on est disponible pour aider le patient à arrêter quand il sera prêt et s'il en ressent le besoin.

⁸ L'**Entretien motivationnel** est un **style directif de communication** en **partenariat** avec le patient (libre, autonome et responsable) qui sert à explorer et **résoudre l'ambivalence du patient au changement** en recherchant ses arguments au changement. Il repose sur **4 principes** : empathie, contourner la résistance au changement, soutenir l'efficacité/la confiance du patient, développer les divergences du patient. Pour ce faire, le médecin **écoute activement** le patient, lui pose des **questions ouvertes**, **résume** ses idées et le **valorise**.

évoquent cependant les différentes **difficultés** liées à ce questionnaire (nécessité de temps pour le faire remplir, caractère excessif de certaines questions, besoin que le médecin y soit sensibilisé ...). Les médecins préfèrent dans ce contexte **ne pas généraliser** le questionnaire lors de la consultation mais plutôt le **garder en arrière-plan/aide-mémoire** quand on aborde la relation du patient à son alimentation. Même si le questionnaire peut faire ressortir des informations (jusqu'alors ignorées par le médecin) à propos du patient et de son alimentation, la littérature souligne ceci dit la **subjectivité** d'un outil diagnostique consistant en un auto questionnaire destiné au patient (5) (9).

De plus, ce travail met en évidence **l'importance, la difficulté et la diversité de manières d'aborder les questions du poids et de l'alimentation avec les patients**. Qu'il soit approché de manière directe ou indirecte de peur de stigmatiser le patient, que ce soit dès la première consultation ou au bout de plusieurs consultations (au rythme du patient), le sujet du surpoids/obésité et de l'alimentation ne doit pas être passé sous silence.

Les médecins interrogés proposent différentes façons d'**aborder de manière détournée le surpoids** : la voie des **comorbidités associées**, la voie « plus objective » des **anomalies métaboliques** à la prise de sang, la voie de la **prévention** notamment en faisant **monter le patient sur la balance**. Le e-learning de la SSMG sur l'obésité (40) suggère encore une autre porte d'entrée, à savoir le questionnement général du patient sur sa **santé mentale**, sur la présence ou non d'une souffrance psychologique. **Différentes idées** sont suggérées par les médecins interrogés pour parler des **habitudes alimentaires avec le patient** : **conscientiser l'alimentation** par le **journal alimentaire** et **sonder subtilement l'alimentation** du patient (ex : commencer par la question des sodas) pour **trouver l'(les)aliment(s) sur le(s)quel(s) travailler**. Ces méthodes de journal alimentaire et d'anamnèse alimentaire approfondie sont déjà utilisées en diététique, mais dans un contexte plus général de rééquilibrage alimentaire (13).

Enfin, au stade de préparation/action, le travail aborde des **pistes de prise en charge** de l'addiction alimentaire (évoquées plus haut), en soulignant tout d'abord les **conditions requises chez le patient** (bon moment dans son **agenda et motivation**), mais également le **travail sur le retour progressif à la sensation de contrôle** du patient sur son alimentation, par des moyens ludiques, avec son consentement éclairé. Cela dans le but qu'il parvienne à maintenir des petits changements alimentaires, intéressants au long terme.

Les médecins interrogés mentionnent la **difficulté de prise en charge** des problèmes de surpoids/obésité en médecine générale, la difficulté de faire changer les habitudes alimentaires des patients, le nombre important de rechutes (6), qui fait partie de l'apprentissage du patient et du processus de changement (13) (33).

4.3. Pistes permettant d'enrichir le travail

Ce travail pourrait ouvrir la voie à d'autres études/TFE explorant divers autres aspects et impacts de l'addiction alimentaire en médecine, dont l'énumération exhaustive serait difficile tant il reste à approfondir sur le sujet. Je retiens cependant deux pistes concrètes qui pourraient enrichir ce travail :

1. La réalisation d'une recherche-action visant à utiliser le questionnaire mYFAS(2.0) en consultation de médecine générale chez les patients en surpoids/obèses sujets à l'addiction alimentaire et à évaluer ensuite le ressenti des participants (médecins généralistes et patients)

Sur base du ressenti des différents médecins interrogés à ce sujet, le questionnaire YFAS n'est pas à systématiser mais pourrait s'utiliser comme « outil d'arrière-plan/aide-mémoire » dans certaines situations avec certains patients. Il s'agirait donc d'évaluer dans de futures études, à la fois : 1. le ressenti des patients vis-à-vis du questionnaire YFAS et du diagnostic d'addiction alimentaire 2. le ressenti du généraliste quant à l'intérêt et à la pertinence d'un tel outil utilisé de cette façon en consultation, que ce soit lors d'un entretien motivationnel lié au surpoids, ou lorsque l'on aborde la relation du patient à l'alimentation.

2. La réalisation d'une recherche-action visant à utiliser la version courte du questionnaire YFAS en consultation de psychologie dans un contexte pré-opératoire de chirurgie bariatrique.

Cela sort un petit peu du contexte de la médecine générale, mais a cependant été évoqué dans certaines interviews : l'application du questionnaire YFAS en pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique, notamment chez le psychologue pendant l'entretien pré-opératoire.

Cela pourrait permettre de dépister une addiction alimentaire, de sensibiliser le patient à ce diagnostic et à sa prise en charge nécessaire avant l'opération, ainsi qu'au risque d'échec au long terme de la chirurgie (reprise de poids post-chirurgicale). Il s'agirait d'évaluer ici le ressenti du psychologue quant à l'intérêt et la pertinence d'utiliser un tel outil, le ressenti des patients ayant rempli le questionnaire, l'impact du diagnostic d'addiction alimentaire sur la décision d'indication de chirurgie bariatrique et sur ses résultats.

4.4. Critiques du travail - Evaluation de la qualité de l'étude

4.4.1. Forces du travail

Relativement peu de données sont disponibles dans la littérature médicale au sujet de l'addiction alimentaire, encore moins au sujet de l'addiction alimentaire dans le contexte de la médecine générale. Ce travail permet ainsi d'apporter de nouvelles perspectives d'étude sur le sujet, tout en partageant des hypothèses et conclusions similaires avec les données de la littérature déjà disponibles.

Avec un échantillon de 7 médecins généralistes, ce travail vise une certaine saturation dans les données obtenues.

Le protocole de l'étude présenté plus haut a bien été respecté. Les résultats des entretiens des médecins généralistes ont été comparés avec les données de la littérature médicale sur le sujet.

Ce TFE vise la plus grande transparence possible au niveau de sa méthodologie. Cette partie du TFE explique en effet en détail les raisons du choix de la méthodologie : la méthode de recherche dans la littérature scientifique (en annexe), l'échantillonnage et le recrutement des participants de l'étude, la récolte des données et l'analyse par catégories conceptualisantes de manière comparative au modèle trans-théorique du changement (Prochaska et Di Clemente). Les faiblesses du travail et ses biais sont également détaillés (cfr infra). Ce travail ne cherche pas à convaincre à tout prix de la pertinence du concept d'addiction alimentaire ni de son application en médecine générale et se veut transparent de manière générale. Le TFE présente de ce fait les avis contraires/divergents des participants de l'enquête par rapport

aux autres, mais aussi par rapport aux éléments de la littérature. Il n'y a enfin aucun conflit d'intérêt dans la réalisation de ce travail.

4.4.2. Faiblesses du travail : présentation des différents biais

Limite de temps et de moyens

Les limites de temps et de moyens ont pu influencer la qualité des recherches et du travail présenté.

Biais d'interprétation

Il a été proposé aux participants de recevoir une copie du travail à la fin de sa réalisation. Par faute de temps, l'envoi des résultats n'a pas pu être fait avant la publication de ce travail. Il n'y a dès lors pas de retour possible des participants concernant l'analyse des résultats et une plus grande subjectivité est laissée quant à leur interprétation.

Biais du chercheur

Ce travail a été rédigé par une seule personne, ce qui peut avoir influencé l'objectivité du travail (« une seule paire de lunettes »), la sélection des articles de littérature et des candidats, la rédaction du guide d'entretien (et dès lors l'orientation des réponses des participants), ainsi que l'interprétation des résultats.

Biais d'échantillonnage géographique et de recrutement/sélection

- Biais d'échantillonnage géographique

Les médecins interrogés étaient issus d'un premier échantillon (trouvé par un informateur) de 21 médecins généralistes issus de 2 groupes (pré-existants) loco-régionaux de l'est de Bruxelles, échantillon qui est donc formé de manière aléatoire, ce qui diminue les biais de l'étude. De ces 21 médecins, 7 d'entre eux (deuxième échantillon/échantillon de « travail »), ont participé à l'enquête. Ces 7 médecins avaient des profils variés en terme d'âge, de sexe, d'années de pratique, de type de pratique, ce qui a permis une certaine représentativité au sein de cet échantillon de travail (même si les opinions de ces 7 médecins généralistes ne peuvent être représentatives de l'opinion de l'ensemble des généralistes).

Cependant, tous ces médecins travaillant de facto dans la même région (Est de Bruxelles), à savoir en milieu urbain, il y a un biais qui diminue la représentativité des médecins interrogés (exclusion des autres régions de Bruxelles, des autres régions de Belgique, exclusion des médecins travaillant en zone rurale ou semi-rurale). C'est pour des raisons de faisabilité de l'étude qu'il a été choisi de n'interroger que des médecins exerçant à Bruxelles.

- Biais de recrutement/de sélection des participants

Les 21 médecins du premier échantillon avaient été contactés par mail et par téléphone, 7 d'entre eux (deuxième échantillon) ont répondu favorablement à l'invitation de participer à l'enquête. Ces participants qui ont accepté de répondre à l'enquête étaient disponibles, curieux voire intéressés par le sujet et prêts à aider pour ce TFE (probablement plus que la moyenne des médecins généralistes). Les autres médecins du premier échantillon n'étaient soit pas disponibles soit pas intéressés (par le sujet ou par le fait d'aider un assistant dans son TFE), certains n'ont tout simplement pas répondu à l'invitation. De plus, les participants connaissaient généralement la date et l'heure de l'entretien plusieurs jours avant son déroulement, ce qui a pu leur laisser du temps pour s'informer sur le sujet.

4.4.3. Réflexivité

Il n'y a pour ma part pas d'expérience personnelle concernant le diagnostic d'addiction alimentaire chez un patient, ce qui a permis une certaine neutralité dans la réaction de ce TFE. Cependant, ma curiosité, mon intérêt personnel pour le sujet ainsi que l'objectif caché de ce TFE (sensibilisation des participants de l'étude) ont pu éventuellement influencer l'écriture du travail.

5. CONCLUSION

Ce TFE tente d'éclairer l'abord de la relation à l'alimentation chez les patients sujets à l'addiction alimentaire (sujet émergent dans la littérature médicale). Cette étude qualitative réalisée via des entretiens semi-dirigés à visée exploratoire auprès de 7 médecins généralistes bruxellois comprend des forces et des faiblesses, et les réponses qu'elle apporte ne sont dès lors pas généralisables.

Ce travail **rejoint les données de la littérature à plusieurs niveaux** : définition et pertinence du concept d'addiction alimentaire, intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire avec un accent sur l'approche psychologique du problème, intérêt d'aborder avec le patient concerné sa relation à l'alimentation dans le but d'améliorer la prise en charge du surpoids/obésité et surtout de diminuer sa souffrance. Le généraliste a une place idéale pour aborder avec compréhension et empathie ce sujet avec le patient (connaissance du patient, possibilité de le revoir), cela malgré les différents obstacles liés à la médecine générale (principalement manque de temps et de connaissances spécifiques sur le sujet).

Ce travail propose cependant un **autre regard sur l'abord de la question de la relation à l'alimentation, via les lunettes de l'addiction alimentaire**, et analyse les résultats de l'enquête qualitative **sous l'angle du modèle trans-théorique de changement de Prochaska et Di Clemente** (modèle déjà très connu et utilisé dans les addictions et dans l'obésité). Ce « nouveau » modèle avec ses étapes de pré-contemplation, contemplation, préparation/action, maintien et rechute transposées au concept d'addiction alimentaire ne se prétend pas être « la réponse unique » à la question de recherche du TFE, mais espère constituer une piste voire un outil pour guider le praticien généraliste dans l'abord de la relation du patient à son alimentation. En effet, on n'approchera pas la problématique de la même manière selon l'étape de changement dans laquelle se situe le patient.

En pré-contemplation (patient avec déni de la problématique/absence de souffrance/locus externe de contrôle/recherche d'une solution miracle), le généraliste peut essayer, selon le patient qu'il a en face de lui, d'aborder brièvement le sujet en utilisant le « conseil minimal ». En contemplation (patient ambivalent au changement), c'est le moment pour informer le patient, aborder avec confiance, empathie et compréhension le sujet du surpoids (de manière directe ou indirect par le biais des pathologies associées, de la prévention, de la mise sur la balance, des anomalies de la prise de sang) et de l'alimentation (journal alimentaire et identification des aliments à haute palatabilité consommés au quotidien). C'est également le moment idéal pour renforcer la motivation du patient au changement et recourir à l'entretien motivationnel, contexte dans lequel le questionnaire YFAS pourrait avoir sa place, plutôt en aide-mémoire pour le praticien.

En préparation-action (patient décidé à changer), le médecin peut alors travailler avec le patient sur un retour éclairé, consenti et ludique à la sensation de contrôle, de manière multidisciplinaire.

En phase de maintien, le médecin peut encourager le patient à poursuivre ses efforts sur son alimentation, qui même légers peuvent être bénéfiques sur le long terme.

En rechute, le médecin peut rassurer le patient sur la fréquence des rechutes qui font partie intégrante de l'apprentissage d'un nouveau comportement alimentaire.

Enfin, j'espère que mon TFE ouvrira la voie à la production de futurs TFE/études qui exploreraient d'autres aspects du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de La Santé. Obésité et surpoids : OMS [Internet]. 2020 Aug 20 [cité 28 Dec 2023]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Praxedes DRS, Silva-Júnior AE, Macena ML, et al. Prevalence of food addiction determined by the Yale Food Addiction Scale and associated factors: A systematic review with meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* 2022 Mar;30(2):85-95. <https://doi.org/10.1002/erv.2878>
3. Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, et al. The Prevalence of Food Addiction as Assessed by the Yale Food Addiction Scale: A Systematic Review. *Nutrients.* 2014 Oct;6(10):4552-4590. <https://doi.org/10.3390/nu6104552>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington DC; 2022.
5. Cathelain S, Brunault P, Ballon N, et al. Food addiction: Definition, measurement and limits of the concept, associated factors, therapeutic and clinical implications. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2016 Dec;45(12 Pt 1):1154-1163. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.03.014>
6. Constant A, Moirand R, Thibault R, et al. Meeting of Minds around Food Addiction: Insights from Addiction Medicine, Nutrition, Psychology, and Neurosciences. *Nutrients.* 2020 Nov;12(11):E3564. <https://doi.org/10.3390/nu12113564>
7. Locatelli L, Correia JC, Golay A. L'addiction à la nourriture. *Rev Med Suisse.* 2015 Mar; 11:695-700.
8. Gordon EL, Ariel-Donges AH, Bauman V, et al. What Is the Evidence for « Food Addiction? » A Systematic Review. *Nutrients.* 2018 Apr;10(4):E477. <https://doi.org/10.3390/nu10040477>
9. Gearhardt AN, Hebebrand J. The concept of « food addiction » helps inform the understanding of overeating and obesity: Debate Consensus. *Am J Clin Nutr.* 2021 Feb;113(2):274-276. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa345>
10. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav.* 2016 Feb;30(1):113-21. <https://doi.org/10.1037/adb0000136>
11. Brunault P, Courtois R, Gearhardt AN, et al. Validation of the French Version of the

DSM-5 Yale Food Addiction Scale in a Nonclinical Sample. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2017 Mar;62(3):199-210. <https://doi.org/10.1177/0706743716673320>

12. Schulte EM, Gearhardt AN. Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25(4):302-308. <https://doi.org/10.1002/erv.2515>

13. Paul Van Royen, Hilde Bastiaens, An D'hondt, et al. SURCHARGE PONDÉRALE ET OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE EN PRATIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. *SSMG*. 2006 Jan.

14. Guerrero Pérez F, Sánchez-González J, Sánchez I, et al. Food addiction and preoperative weight loss achievement in patients seeking bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2018 Nov;26(6):645-656. <https://doi.org/10.1002/erv.2649>

15. Haute Autorité de Santé (HAS). Obésité - prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Recommandations. 2009 Apr.

16. Ivezaj V, Wiedemann AA, Grilo CM. Food addiction and bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2017 Dec;18(12):1386-1397. <https://doi.org/10.1111/obr.12600>

17. Koball AM, Clark MM, Collazo-Clavell M, et al. The relationship among food addiction, negative mood, and eating-disordered behaviors in patients seeking to have bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 2016 Jan;12(1):165-170. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2015.04.009>

18. Sevinçer GM, Konuk N, Bozkurt S, et al. Food addiction and the outcome of bariatric surgery at 1-year: Prospective observational study. *Psychiatry Res*. 2016 Oct 30;244:159-164. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.022>

19. Miller-Matero LR, Bryce K, Saulino CK, et al. Problematic Eating Behaviors Predict Outcomes After Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2018 Jul;28(7):1910-1915. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3124-0>

20. Ben-Porat T, Košir U, Peretz S, et al. Food Addiction and Binge Eating Impact on Weight Loss Outcomes Two Years Following Sleeve Gastrectomy Surgery. *Obes Surg*. 2022 Apr;32(4):1193-1200. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-05917-0>

21. Clark SM, Martens K, Smith-Mason CE, et al. Validation of the Yale Food Addiction Scale 2.0 Among a Bariatric Surgery Population. *Obes Surg*. 2019 Sep;29(9):2923-2928. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03927-z>

22. Horsager C, Faerk E, Lauritsen MB, et al. Food addiction comorbid to mental disorders: A nationwide survey and register-based study. *Int J Eat Disord*. 2021 apr;54(4):545-560.

<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.12.030>

23. Lazare K, Mehak A, Telner D. Exploring the primary care experiences of adult patients with eating disorders: a qualitative analysis. *Eat Disord.* 2021 Feb;29(1):1-16. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1605778>
24. Rowe E. Early detection of eating disorders in general practice. *Aust Fam Physician.* 2017 Nov;46(11):833-838.
25. Le Roux C, Esvan M, Fiquet L, et al. Prevalence and determinants of food addiction in adult patients consulting their general practitioner. *Clin Nutr ESPEN.* 2020;40:540.
26. Cassin SE, Sockalingam S. Advances and Future Directions in the Clinical Utility of Food Addiction. *Nutrients.* 2021 Feb 23;13(2):708. <https://doi.org/10.3390/nu13020708>
27. Tse A, Xavier S, Trollope-Kumar K, et al. Challenges in eating disorder diagnosis and management among family physicians and trainees: a qualitative study. *J Eat Disord.* 2022 Mar 31;10(1):45. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00570-5>
28. Burrows T, Verdejo-Garcia A, Carter A, et al. Health Professionals' and Health Professional Trainees' Views on Addictive Eating Behaviours: A Cross-Sectional Survey. *Nutrients.* 2020 Sep 18;12(9):E2860. <https://doi.org/10.3390/nu12092860>
29. Kornstein SG, Keck PE, Herman BK, et al. Communication between physicians and patients with suspected or diagnosed binge eating disorder. *Postgrad Med.* 2015 Nov 4;127(7):661-670. <https://doi.org/10.1080/00325481.2015.1084866>
30. MG TFE. Pour des Travaux de Fin d'Étude (TFE) de qualité en Médecine Générale. [Internet]. 2023. Disponible sur: <http://www.mgtfe.be/>.
31. Kivits J, Balard F, Fournier C, et al. *Les Recherches Qualitatives en Santé.* Armand Colin. Malakoff (France); 2016. 329 p.
32. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992 Sep;47(9):1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
33. Eacademy.riziv-inami.health.fgov.be. L'obésité (module en ligne) [Internet]. Belgique. [cité le 9 avr 2023] Disponible sur : [://eacademy.riziv-inami.health.fgov.be/mod/scorm/player.php?scoId=71&cm=116¤torg=articulate_rise&display=popup](https://eacademy.riziv-inami.health.fgov.be/mod/scorm/player.php?scoId=71&cm=116¤torg=articulate_rise&display=popup).
34. Holt CL, Clark EM, Kreuter MW. Weight locus of control and weight-related attitudes and behaviors in an overweight population. *Addict Behav.* 2001 May 1;26(3):329-340.

[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00108-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00108-8)

35. Société Scientifique de Médecine Générale. Outils prêts à l'emploi pour motiver mon patient - SSMG [Internet]. Bruxelles (Belgique). [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ssmg.be/outils-prets-a-lemploi-pour-motiver-mon-patient/>
36. Rollnick S, Miller W.R, Butler C.C. Pratique de l'entretien motivationnel ; communiquer avec le patient en consultation. Paris (France) : InterEditions. 2009 [cité le 9 avr 2023]. Pages 155-167. Disponible sur https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=J6vS9hdj_BQC&oi=fnd&pg=PP4&dq=Rollnick+S,+Miller+W.R,+Butler+C.C.+Pratique+de+l%E2%80%99entretien+motivationnel%E2%80%AF%3B+communiquer+avec+le+patient+en+consultation.+&ots=lubLyL6EPU&sig=ydxVEvu7eDj3StWiZYq58uTeAbc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
37. Gache P, Meynard A, Meylan MR, et al. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. Rev Med Suisse. 2006 Sep 27;080:2154-2162.
38. Klosek P, Grosicki S, Calyniuk B. Improving the effectiveness of obesity treatment by combining a diet and motivational techniques. Rocz Państw Zakl Hig. 2018;69(3).
39. David LA, Sockalingam S, Wnuk S, et al. A pilot randomized controlled trial examining the feasibility, acceptability, and efficacy of Adapted Motivational Interviewing for post-operative bariatric surgery patients. Eat Behav. 2016 Aug;22:87-92. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.030>
40. Société Scientifique de Médecine Générale. E-learning SSMG : Obésité - 1^{ère} partie [Internet]. Bruxelles (Belgique). 2023 Jan. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur <https://ssmg.clevercast.com/cert/browse>.

ANNEXE N°1 : Signification des abréviations

Tableau n°1 : Signification des abréviations

YFAS	Yale Food Addiction Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ICD-11	International Classification of Diseases
TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
TFE	Travail de Fin d'Étude
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
SNC	Système Nerveux Central
mYFAS	Modified Yale Food Addiction Scale
YFAS-C	Yale Food Addiction Scale for Children
SUD	Substance Use Disorder
HTA	Hypertension Artérielle
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
SAOS	Syndrome des Apnées Obstructives du Sommeil
RGO	Reflux Gastro-Oesophagien
NAFL	Non Alcoholic Fatty Liver
NASH	Non Alcoholic Steatohepatitis
BMI	Body Mass Index
OA	Overeaters Anonymous
UCL	Université Catholique de Louvain
GEIMG	Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale

ANNEXE N°2 : Définition et critères d'addiction à une substance selon le DSM V

Tableau n°2 : Critères d'addiction à une substance selon le DSM V issu de l'article de Gordon et al. (8)

Impaired Control	
1.	Consuming a substance in greater amounts or over longer periods of time than intended.
2.	Having a persistent desire or unsuccessfully attempting to decrease or limit substance use.
3.	Spending a significant amount of time acquiring, using, or recovering from a substance.
4.	Craving the substance or having a strong urge to use it.
Social Impairment	
5.	Being unable to fulfill obligations at work, school, or home due to use of a substance.
6.	Continually using a substance despite its effects causing or exacerbating persistent or recurrent social or interpersonal problems.
7.	Giving up or reducing social, occupational, or recreational activities due to substance use.
Risky Use	
8.	Continually using a substance in situations in which it is physically dangerous (e.g., driving under the influence of a substance).
9.	Continually using a substance despite physical or psychological problems that are caused or made worse by the substance use.
Pharmacological Criteria	
10.	Needing a substantially higher dose of the substance to achieve the desired effect; or experiencing a substantially reduced effect of the substance when the usual dose is consumed (i.e., tolerance).
11.	Experiencing negative physical and psychological symptoms when the substance is not consumed at the typical dose or frequency (i.e., withdrawal).
<i>Note.</i> To meet DSM-5 criteria for a substance use disorder, clinical distress or impairment must be evidenced by two or more of the above symptoms within a 12-month period. Severity is classified as mild (2–3 symptoms), moderate (4–5 symptoms), or severe (≥6 symptoms).	

ANNEXE N°3 : Figures N°1 et N°2 illustrant l'introduction

Figure 1 : Aires cérébrales et fonctions cognitives atteintes chez les patients souffrant d'addiction alimentaire (répondant positivement aux critères YFAS), présentant des différences au niveau de l'activité et des connexions cérébrales par rapport aux sujets sains. Schéma tiré de (6), provenant initialement de Servier Medical Art (Suresnes, France; <http://www.servier.fr>)

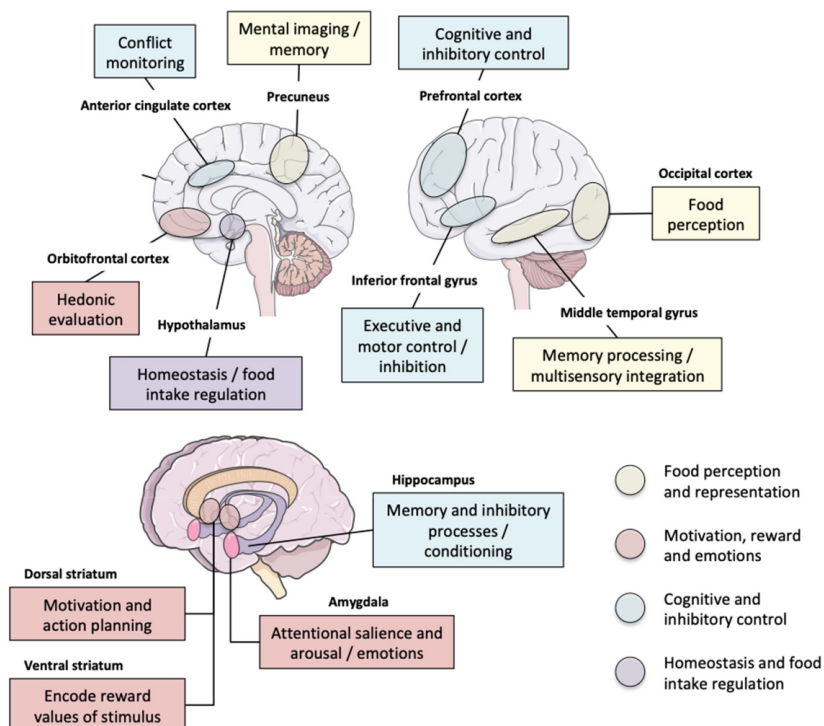
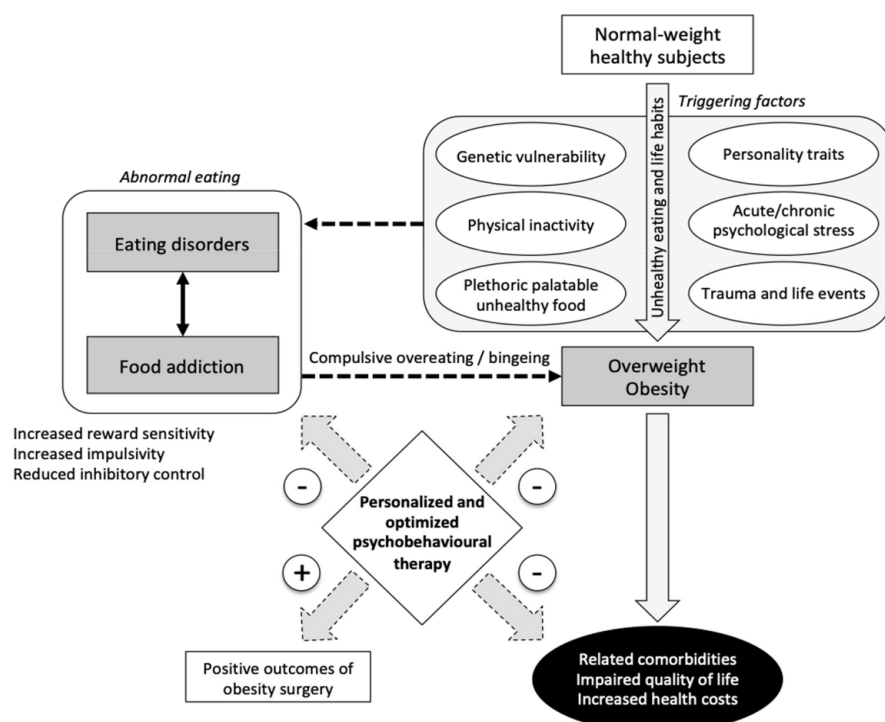


Figure 2 : illustration du concept biopsychosocial de l'addiction alimentaire et de ses implications. Schéma et légende issus de l'article de Constant et al. (6)



“L’addiction alimentaire comme facteur causal et contributive du surpoids et de l’obésité. Une psychothérapie comportementale personnalisée et adaptée chez les patients atteints d’addiction alimentaire peut jouer un rôle dans la prévention du surpoids et de l’obésité, en réduisant les comorbidités et coûts associés, en améliorant les résultats de chirurgie. **Les lignes en pointillés montrent des corrélations entre concepts pour lesquelles des données scientifiques manquent ou sont insuffisantes.**”

ANNEXE N°4 : Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0)

This survey asks about your eating habits in the past year. People sometimes have difficulty controlling how much they eat of certain foods such as:

- Sweets like ice cream, chocolate, doughnuts, cookies, cake, candy
- Starches like white bread, rolls, pasta, and rice
- Salty snacks like chips, pretzels, and crackers
- Fatty foods like steak, bacon, hamburgers, cheeseburgers, pizza, and French fries
- Sugary drinks like soda pop, lemonade, sports drinks, and energy drinks

When the following questions ask about “CERTAIN FOODS” please think of ANY foods or beverages similar to those listed in the food or beverage groups above or ANY OTHER foods you have had difficulty with in the past year

IN THE PAST 12 MONTHS:	Never	Less than monthly	Once a month	2-3 times a month	Once a week	2-3 times a week	4-6 times a week	Every Day
1. When I started to eat certain foods, I ate much more than planned.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. I continued to eat certain foods even though I was no longer hungry.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. I ate to the point where I felt physically ill	0	1	2	3	4	5	6	7
4. I worried a lot about cutting down on certain types of food, but I ate them anyways.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. I spent a lot of time feeling sluggish or tired from overeating.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. I spent a lot of time eating certain foods throughout the day.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. When certain foods were not available, I went out of my way to get them. For example, I went to the store to get certain foods even though I had other things to eat at home.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. I ate certain foods so often or in such large amounts that I stopped doing other important things. These things may have been working or spending time with family or friends.	0	1	2	3	4	5	6	7
9. I had problems with my family or friends because of how much I overate.	0	1	2	3	4	5	6	7
10. I avoided work, school or social activities because I was afraid I would overeat there.	0	1	2	3	4	5	6	7
11. When I cut down on or stopped eating certain foods, I felt irritable, nervous or sad.	0	1	2	3	4	5	6	7
12. If I had physical symptoms because I hadn't eaten certain foods, I would eat those foods to feel better.	0	1	2	3	4	5	6	7
13. If I had emotional problems because I hadn't eaten certain foods, I would eat those foods to feel better.	0	1	2	3	4	5	6	7
14. When I cut down on or stopped eating certain foods, I had physical symptoms. For example, I had headaches or fatigue.	0	1	2	3	4	5	6	7
15. When I cut down or stopped eating certain foods, I had strong cravings for them.	0	1	2	3	4	5	6	7
16. My eating behavior caused me a lot of distress.	0	1	2	3	4	5	6	7
17. I had significant problems in my life because of food and eating. These may have been problems with my daily routine, work, school, friends, family, or health.	0	1	2	3	4	5	6	7

18.	I felt so bad about overeating that I didn't do other important things. These things may have been working or spending time with family or friends.	0	1	2	3	4	5	6	7
19.	My overeating got in the way of me taking care of my family or doing household chores.	0	1	2	3	4	5	6	7
20.	I avoided work, school or social functions because I could not eat certain foods there.	0	1	2	3	4	5	6	7
21.	I avoided social situations because people wouldn't approve of how much I ate.	0	1	2	3	4	5	6	7
22.	I kept eating in the same way even though my eating caused emotional problems.	0	1	2	3	4	5	6	7
23.	I kept eating the same way even though my eating caused physical problems.	0	1	2	3	4	5	6	7
24.	Eating the same amount of food did not give me as much enjoyment as it used to.	0	1	2	3	4	5	6	7
25.	I really wanted to cut down on or stop eating certain kinds of foods, but I just couldn't.	0	1	2	3	4	5	6	7
26.	I needed to eat more and more to get the feelings I wanted from eating. This included reducing negative emotions like sadness or increasing pleasure.	0	1	2	3	4	5	6	7
27.	I didn't do well at work or school because I was eating too much.	0	1	2	3	4	5	6	7
28.	I kept eating certain foods even though I knew it was physically dangerous. For example, I kept eating sweets even though I had diabetes. Or I kept eating fatty foods despite having heart disease.	0	1	2	3	4	5	6	7
29.	I had such strong urges to eat certain foods that I couldn't think of anything else.	0	1	2	3	4	5	6	7
30.	I had such intense cravings for certain foods that I felt like I had to eat them right away.	0	1	2	3	4	5	6	7
31.	I tried to cut down on or not eat certain kinds of food, but I wasn't successful.	0	1	2	3	4	5	6	7
32.	I tried and failed to cut down on or stop eating certain foods.	0	1	2	3	4	5	6	7
33.	I was so distracted by eating that I could have been hurt (e.g., when driving a car, crossing the street, operating machinery).	0	1	2	3	4	5	6	7
34.	I was so distracted by thinking about food that I could have been hurt (e.g., when driving a car, crossing the street, operating machinery).	0	1	2	3	4	5	6	7
35.	My friends or family were worried about how much I overate.	0	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE N°5: Modified Yale Food Addiction Scale (mYFAS) 2.0

This survey asks about your eating habits in the past year. People sometimes have difficulty controlling how much they eat of certain foods such as:

- Sweets like ice cream, chocolate, doughnuts, cookies, cake, candy
- Starches like white bread, rolls, pasta, and rice
- Salty snacks like chips, pretzels, and crackers
- Fatty foods like steak, bacon, hamburgers, cheeseburgers, pizza, and French fries
- Sugary drinks like soda pop, lemonade, sports drinks, and energy drinks

When the following questions ask about “CERTAIN FOODS” please think of ANY foods or beverages similar to those listed in the food or beverage groups above or ANY OTHER foods you have had difficulty with in the past year

IN THE PAST 12 MONTHS:	Never	Less than monthly	Once a month	2-3 times a month	Once a week	2-3 times a week	4-6 times a week	Every Day
1. I ate to the point where I felt physically ill	0	1	2	3	4	5	6	7
2. I spent a lot of time feeling sluggish or tired from overeating.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. I avoided work, school or social activities because I was afraid I would overeat there.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. If I had emotional problems because I hadn't eaten certain foods, I would eat those foods to feel better.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. My eating behavior caused me a lot of distress.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. I had significant problems in my life because of food and eating. These may have been problems with my daily routine, work, school, friends, family, or health.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. My overeating got in the way of me taking care of my family or doing household chores.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. I kept eating in the same way even though my eating caused emotional problems.	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Eating the same amount of food did not give me as much enjoyment as it used to.	0	1	2	3	4	5	6	7
10. I had such strong urges to eat certain foods that I couldn't think of anything else.	0	1	2	3	4	5	6	7
11. I tried and failed to cut down on or stop eating certain foods.	0	1	2	3	4	5	6	7
12. I was so distracted by eating that I could have been hurt (e.g., when driving a car, crossing the street, operating machinery).	0	1	2	3	4	5	6	7
13. My friends or family were worried about how much I overate.	0	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE N°6

2.1. Méthode de recherche pour la mini revue de la littérature (introduction du TFE)

2.1.1. Stratégie de recherche : pyramide de la littérature

A. Guides de pratiques cliniques et méta-moteurs de recherche (synthesised summaries for clinical reference)/Guidelines

- Recherche sur UpToDate avec mots-clés « food addiction » : aucun titre d'article ne reprenant ces deux termes n'a été retrouvé en parcourant les résultats

- Recherche dans le sommaire dans les chapitres suivants liés de près ou de loin à mon sujet

- family medicine and general practice => primary care endocrinology
=> obesity in adults : etiologies and risk factors
=> obesity in adults : behavioral therapy
- family medicine and general practice => eating disorders
=> Eating disorders : Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis
=> Binge eating disorders in adults : Overview of treatment
Mais toujours aucune mention de l'addiction alimentaire

- Recherche sur Ebpracticenet : 17 résultats trouvés avec la recherche avec ces termes « food addiction », 3 résultats avec « addiction alimentaire » et 2 résultats avec « addiction à la nourriture ». Pas de mention du thème recherché dans le titre ni dans le contenu de ces articles

- Recherche dans le Guide de Pratique Clinique de la SSMG « Surcharge Pondérale et Obésité chez l'Adulte en pratique en Médecine Générale ». Il y est recommandé de référer en psychiatrie ou en psychologie les patients obèses étant atteints d'un trouble du comportement alimentaire, en particulier le binge eating/gavage alimentaire, et en présentent les critères diagnostiques. Il n'est pas fait mention de l'addiction alimentaire en tant que telle.

B. Bases de données : Pubmed, PsycInfo et Embase, LiSSa (cfr plus bas)

2.1.2. Dates de la recherche bibliographique dans les différentes bases de données : 4/03/2022, 5/03/2022, 6/03/2022, 28/04/2022, 29/04/2022, 2/05/2022

2.1.3. Critères d'inclusion

- Articles publiés à partir de 2016 (année de l'élaboration de l'outil de détection validé de l'addiction alimentaire sur base du DSMV, le Yale Food Addiction Scale (YFAS) 2.0).
- Full Text, textes en français et anglais.
- Articles sélectionnés selon la pertinence des titres et des abstracts.

2.1.4. Critères d'exclusion

- Articles en lien avec la pandémie covid-19.
- Articles en lien avec des catégories spécifiques de population (femmes enceintes, enfants, adolescents, patients psychiatriques, étudiants).
- Articles en lien avec certains troubles du comportement alimentaire spécifiquement (anorexie mentale, boulimie).

2.1.5. Mots-clés et Thésaurus (MESH/Emtree) utilisés pour l'élaboration des équations de recherche utilisées dans les bases de données

Note : lors de la création de l'équation de recherche, les MESH d'un même concept sont reliés entre eux par OR, et chaque concept est relié à l'autre par AND.

Concept 1 : **Addiction alimentaire/Food addiction**

MESH concept 1 : Food addiction (pour Pubmed et Embase); Behavior, Addictive; Feeding and Eating Disorders (pour Pubmed).

Concept 2 : **Médecine générale/General Practice**

MESH concept 2 : General Practitioners ; General Practice (pour Pubmed et Embase) ; Family Practice; Physicians, Family; Physicians, Primary care; Primary Healthcare; Community Medicine (pour Pubmed); Family Medicine; Primary Medical Care (pour Embase).

Concept 3 : Détection/Screening

MESH Concept 3 : Early Diagnosis (pour Pubmed); Early Diagnosis of Disease (pour Embase).

2.1.6. Bases de données consultées

- Pubmed

- Sur base d'une première équation de recherche élaborée à partir de « food addiction MESH term », afin de prendre connaissance de la thématique du TFE dans la littérature médicale : 361 articles entre 2016 et 2022, 15 articles retenus pour la revue de la littérature sur le thème de l'addiction alimentaire. 4 autres articles (dont un plus ancien de 2014 jugé pertinent) ont été retenus dans les articles suggérés indirectement par la base de données (lien vers d'autres articles lors la lecture des abstracts en général).
- Sur base d'une deuxième équation de recherche établie après une première lecture approfondie de la littérature, élaborée des mots clés et des MESH évoqués plus haut : 95 articles au total, 22 articles datant de 2016 à 2022 avec Full text
- 83 articles (lecture des titres et abstracts), et plus particulièrement 17 d'entre eux (lecture du Full Text) ont été retenus comme pertinents dans le cadre de ma lecture approfondie de la littérature. Par la suite sélection de 4 articles après application de filtres (années 2016-2022, full text, application des critères d'exclusion via le NOT dans l'équation de recherche, sélection des articles les plus pertinents).

- Embase

- 9 articles trouvés
- 1 articles contributif retenu sur base des titres et abstracts

- PsycInfo

- 88 résultats d'articles « peer- reviewed » sur les 5 dernières années concernant des adultes de plus de 18 ans. Application de filtres supplémentaires au sein de la base de données au vu du nombre plus important de résultats (exclusion d'adolescence, enfance, anorexie mentale, pédiatrie, grossesse, diabète)
- Après filtres : 2 articles déjà présents sur Pubmed retrouvés

- LiSSa

- Terme de recherche : Addiction à la nourriture
- 20 résultats
- Sélection de 2 articles sur base de la pertinence du texte (dont un article plus ancien datant de 2015 mais jugé pertinent)

- **Tripdatabase** : Recherche non contributive : articles pertinents retrouvés sur Tripdatabase déjà tous retrouvés sur PubMed.

- **Cochrane** : Recherche non contributive. Première recherche avec le MeSH de "Food Addiction", obtention de 20 résultats (2018-2022), articles soit aux titres non pertinents dans le cadre du travail, soit déjà retrouvés dans les autres bases de données (PubMed). Deuxième recherche avec l'équation de recherche réalisée avec les 3 concepts mentionnés ci-dessus, obtention de 1 résultat, non contributif.

ANNEXE N°7 : Guide d'entretien

Phase d'introduction

(présentation personnelle, présentation du sujet du TFE, explication de la méthodologie de l'étude, mettre l'intéressé à l'aise pour qu'il puisse s'exprimer librement, demande d'autorisation d'enregistrement) :

Bonjour Docteur, merci de prendre le temps de me recevoir. Je m'appelle Audrey Goffaux et je suis assistante en 3^e année de médecine générale.

Je réalise donc mon TFE sur la question d'aborder la relation des patients à l'alimentation en médecine générale, dans le contexte plus global de la détection de l'addiction alimentaire. C'est une étude qualitative où j'interroge différents médecins généralistes.

J'avais eu vos coordonnées de la part du Dr XXX (médecin informateur) avec lequel vous faites partie du même groupe/association loco-régionale, c'est dans ce contexte que je me suis permis de vous contacter, je vous remercie encore pour votre réponse positive pour l'interview. L'idée est ici de discuter ensemble du sujet de mon TFE, de votre opinion et de votre expérience pour essayer de mieux comprendre la problématique. Aucune compétence préalable relative au sujet de l'étude n'est nécessaire, il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation des connaissances, sentez-vous donc libre de vous exprimer et dire tout ce qui vous passe par la tête.

Me permettez-vous d'enregistrer l'entretien avec mon dictaphone ? Les données resteront anonymes et seront conservées uniquement le temps de l'étude.

Phase de début d'entretien

(création d'un climat de confiance avec une question générale à propos de l'intéressé)

Je commence l'enregistrement. Donc vous Docteur pratiquez dans ce cabinet/maison médicale depuis longtemps ? Y a-t-il d'autres médecins ? (questions sur la pratique)

Phase d'entretien

Rappel question de recherche : Aborder la question de la relation à l'alimentation en médecine générale avec les patients à risque d'addiction alimentaire (essentiellement les patients concernés par les problèmes de surpoids/obésité), pour mieux détecter cette éventuelle addiction alimentaire

Rubriques abordées, avec questions générales ouverte et sous-questions fermées, en orange questions directement liées à la question de recherche

1) Rubrique n°1 : Aborder le problème de poids et d'obésité en médecine générale

- **Quelle est votre expérience avec les patients concernés par problèmes de surpoids/obésité (diagnostique, suivi, prise en charge) et les patients voulant perdre du poids/réaliser un rééquilibrage alimentaire ?**

- **Qu'est-ce qui fait que vous abordez ou non cette problématique avec les patients ?**

- Dans un contexte de **dépistage/prévention ou bien consultation pour un autre motif, abordez-vous le sujet avec les patients concernés mais qui ne se présentent pas pour ce motif ?**

- Si oui pourriez-vous me raconter votre expérience à ce sujet ? Comment vous y prenez-vous ? Quelle est la réaction du patient ?
- Si non qu'est-ce qui fait que vous n'abordez pas spécifiquement ce sujet ?

- Pourriez-vous expliquer ce qui vous **amène à référer ou non ces patients concernés par cette problématique à des spécialistes /ou paramédicaux ?**

- Si oui alors à quelle(s) spécialité(s) référez-vous ces patients ? Avez-vous de bons résultats ? (notamment si réfère à des psychologues)
- A quel moment de la prise en charge/du suivi référez-vous ces patients ?

- Dans ce contexte, qu'est-ce qui fait que les **habitudes alimentaires sont si difficiles à changer ?**

2) Rubrique n°2 : Vision de la chirurgie bariatrique par les généralistes

- **Quelle est votre expérience** (notamment avec vos patients) par rapport à la **chirurgie bariatrique** ? Quelle est **votre opinion** à ce sujet ?

- Qu'est-ce qui selon vous conditionne la réussite ou l'échec (en termes de reprise de poids, de complications post-opératoires, d'absence de suivi) de cette prise en charge ?

3) Rubrique n°3 : Aborder les troubles du comportement alimentaire en médecine générale

- **Quelle est votre expérience avec les troubles alimentaires dans votre patientèle (essentiellement boulimie, Hyperphagie) ?**

- **Qu'est-ce qui fait que vous abordez le sujet ou non avec les patients chez qui vous suspectez un trouble du comportement alimentaire ?**

- **Comment vous sentez-vous armé** (en termes de bagage théorique et pratique) pour aborder des troubles alimentaires en médecine générale ?

- A quel point est-ce important ou peu important selon vous d'être suffisamment armé en médecine générale concernant ce domaine ?
- (Si ne se sent pas assez armé) Que suggérez-vous pour améliorer cela ?

3) Rubrique n°3 : Addiction alimentaire : connaissance, expérience, opinion des généralistes

- **Connaissez-vous le concept d'addiction alimentaire ? Si oui comment en avez-vous entendu parler ? Si non qu'est-ce que le terme addiction alimentaire évoque pour vous ? Comment l'expliqueriez-vous ?**

(Après explication du concept)

- Après définition du concept pourriez-vous me raconter (à chaud) des situations qui vous évoquent cette problématique/des personnes dans votre patientèle qui pourraient souffrir de ce trouble ?

- **Trouvez-vous que le diagnostic d'addiction alimentaire a un intérêt ?**

(Après explication du questionnaire YFAS et mYFAS (2.0), montrés aux interviewés)

- **Pensez-vous que ce questionnaire pourrait-être utile et utilisable dans votre pratique en consultation ?**

- Seriez-vous prêt à l'utiliser dans vos consultations ?
- Comment l'utiliseriez-vous ?

- **Que proposez-vous comme prise en charge** aux personnes chez qui vous suspectez une addiction alimentaire ? Avez-vous déjà référé ces patients en psychologie ?

(Après explication de la prévalence de l'addiction alimentaire)

- **Qu'est-ce qui explique l'importance de ces chiffres selon vous ?**

- **Peut-on faire un parallélisme avec les autres addictions, en termes de communication avec le patient ?** Y aurait-il moyen d'appliquer par exemple la méthode de l'entretien motivationnel dans le cadre de l'addiction alimentaire ?

4) Rubrique n°4 : Aborder la relation à l'alimentation en médecine générale

- Dans ce contexte, avez-vous déjà songé au fait que vos patients puissent avoir une relation pathologique à la nourriture (sucre) ou à l'alimentation ? Si oui qu'est-ce qui vous a fait penser à cela ?

Avez-vous déjà (osé) aborder la question de relation à l'alimentation avec vos patients concernés par la problématique de surpoids/obésité ?

- Si non qu'est-ce qui a fait que vous n'avez pas pu/pas osé/pas pensé à aborder cette problématique avec le patient ?
- Si oui qu'est-ce qui a fait que vous ayez abordé la question ?
- Pourriez-vous développer ?
 - => Consultation pour ce motif ou pour un autre motif indirectement lié ? Contexte de prévention chez des patients qui ne viennent pas pour cela ?
 - => Avec quel type de patient ? Profil particulier ? Présence de comorbidités (organiques, psychiatriques) ?
 - => Quels mots avez-vous choisis ? Comment vous y prenez-vous ?
 - => Quelle a été la réaction du patient ?
 - => Combien de temps a duré la consultation ?
 - => A quoi cela a-t-il abouti ? Absence de suivi, suivi par vous, suivi par une autre spécialité médicale (psychiatrie) ou paramédicale (psychologie, diététicien) ?
 - => Cela a-t-il pu aboutir en une prise de conscience pour le patient ?
 - => Cela a-t-il pu aider le patient dans la prise en charge du surpoids/obésité ?

- Le questionnaire YFAS/mYAS 2.0 peut-il être une aide pour aborder la question de la relation à l'alimentation avec les patients concernés ?

- Sommes-nous assez armés pour aborder ce thème-là de la relation à l'alimentation en médecine générale ?

- Trouvez-vous cela utile d'aborder avec les patients concernés cette question de la relation à l'alimentation (que ce soit dans un contexte de prévention, dans une consultation pour un motif lié ou non à l'alimentation et au poids) ?

- Si oui avez-vous été sensibilisé au sujet ?

Phase de fin d'entretien

Auriez-vous des questions ou des commentaires à ajouter ? Comment avez-vous vécu cet entretien ? Je vais arrêter l'enregistrement.

ANNEXE N°8 : Validation du GEIMG

PDF du formulaire GEIMG.

Le but de la démarche est de permettre d'identifier s'il est nécessaire ou pas de soumettre, avant la rédaction du TFE, un dossier à un des trois comités d'éthique universitaires :

- le comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire UCLouvain
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire Erasme – ULB

Chercheur

Docteur Goffaux Audrey.

Email : audrey.goffaux@student.uclouvain.be

Gsm : 0471398703

Candidat en master de spécialisation en MG à l'UCL.

Tuteur

Docteur Bauduin Stéphanie .

Email : sbauduin@outlook.be

Gsm : Click here to enter text.

TFE en Médecine générale

Travail de fin d'étude dans le cadre d'un master de spécialisation en médecine générale.

Quel sera le titre prévu pour votre TFE ?

Addiction alimentaire : aborder le sujet en médecine générale pour mieux la détecter

Discipline dont relève l'étude

Médecine générale. Etude universitaire non commerciale.

Objectif du TFE (question de recherche)

Les médecins généralistes (Bruxelles et B-W) abordent-ils avec leurs patients concernés le sujet de la relation à l'alimentation en consultation, dans un but de détection d'une addiction alimentaire ? Si oui, comment ? Si non quels sont leurs freins ?

Année académique de présentation du TFE

2022-2023.

Description du TFE

L'addiction alimentaire est une entité dont la définition et les implications restent encore débattues à ce jour. L'addiction alimentaire ne figure ni dans les Troubles du Comportement Alimentaire, ni dans le DSM-V, ni dans la classification ICD-11. Malgré cela, le sujet a suscité et suscite encore beaucoup d'intérêt dans la communauté scientifique depuis ces dernières années, en parallèle de l'augmentation croissante de l'obésité et de la recherche sur les TCA.

La définition de l'addiction à la nourriture se base sur des preuves neurobiologiques (étude cérébrale chez des animaux des circuits neuronaux sous-tendant les processus addictifs, principalement le circuit dopaminergique de la récompense). En effet, il y a des similarités au niveau neurobiologique

entre la prise de certains aliments à haute palatabilité (tels que les aliments ultra-transformés riches en sucres et en graisses) et les comportements addictifs.

Le principal outil évaluant l'addiction alimentaire est le questionnaire YFAS (Yale Food Addiction Scale) premièrement élaboré en 2009 (sur base du DSM-IV), par la suite révisé en 2016 à la lumière du DSM-V (YFAS 2.0), validé dans plusieurs catégories de population et dans plusieurs langues. Il s'agit d'un auto-questionnaire diagnostique de 35 questions se basant sur critères du DSM-V utilisés pour les « Substance-Use Disorders ». La caractéristique addictive de certains aliments tout comme le choix de catégoriser l'addiction alimentaire comme faisant partie des addictions à une substance plutôt qu'à une addiction comportementale fait encore débat aujourd'hui entre les scientifiques, notamment du point de vue physiopathologique.

Une méta-analyse récente de 2022 évalue la prévalence moyenne de l'addiction alimentaire à 20%. Cette prévalence est augmentée en cas de surpoids, d'obésité, de troubles du comportement alimentaire (notamment en cas de "Binge-Eating Disorder" (hyperphagie boulimique)) et chez les patients candidats à une chirurgie bariatrique.

Le surpoids et l'obésité sont de véritables fléaux dans le monde actuel et présentent des risques multiples pour la santé. Les rechutes au cours de la prise en charge (régime, modification de l'hygiène alimentaire et sportive) sont très fréquentes. L'addiction alimentaire est en général sous-diagnostiquée et sous-traitée. Des études montrent que cela pourrait expliquer en partie les échecs des traitements classiques de l'obésité, des transferts d'addictions ainsi que des complications post-opératoires après une chirurgie bariatrique (dont la prise de poids et les troubles psychopathologiques). Cette entité d'addiction alimentaire amène à repenser le traitement de l'obésité, et son dépistage devrait s'avérer nécessaire au vu de sa prévalence dans la population générale, avant que cela ne conduise à l'obésité, et surtout en pré-opératoire d'une chirurgie bariatrique.

Il n'existe pas de prise en charge toute faite ni validée de l'addiction alimentaire, mais plusieurs études encouragent une compréhension ainsi qu'une prise en charge multi-modale (diététique, psychiatrique, psychologique, groupes d'entraides, cognitive, sociale) de l'addiction alimentaire, afin de soutenir moralement et socialement ces patients hautement stigmatisés, de les référer éventuellement à d'autres spécialistes.

Les médecins généralistes sont en première ligne en terme de dépistage des troubles alimentaires de manière générale, d'autant plus qu'il existe une relation de confiance avec leurs patients qu'ils connaissent.

L'addiction alimentaire est fréquente en médecine générale (une étude ayant évalué sa prévalence à 7%, en lien avec le surpoids, l'obésité et l'anxio-dépression) et peut être diagnostiquée dans ce contexte.

Ce TFE consistera en une recherche qualitative constituée d'entretiens semi-dirigés auprès de généralistes à propos de la détection de l'addiction alimentaire, à savoir comment ceux-ci abordent le sujet avec leurs patients concernés.

Résumez succinctement votre TFE (maximum 250 signes)

Le premier pas de la détection de l'addiction alimentaire est d'oser aborder le sujet, à savoir la relation des patients à l'alimentation et à la nourriture en médecine générale. Comment les généralistes s'y prennent-ils ?

Quels sont les objectifs de votre recherche (minimum 1500 signes) ?

Les études montrent que les personnels soignants (psychologue, psychiatre, nutritionniste, médecin généraliste) soutiennent le concept d'addiction à l'alimentation, de par leur expérience médicale avec

les patients, et démontrent un intérêt de recevoir plus de formation à ce sujet.

A propos des troubles du comportement alimentaire et de la médecine générale, des études (portant à la fois sur les médecins et les patients) soulignent le besoin et la demande de formation médicale de la part des généralistes agréés, à plusieurs niveaux :

- des capacités de communication (assurance pour discuter du sujet de manière appropriée et non stigmatisante avec les patients concernés, éducation pour évaluer la relation émotionnelle du patient à son poids et à la nourriture dans le contexte des Binge Eating Disorders, prise de conscience de ses propres biais en tant que médecin, installation d'un climat de confiance, de sécurité, d'écoute, d'empathie, de non jugement vis-à-vis du patient)
- des capacités de dépistage (connaissances des critères diagnostiques et des red-flags des troubles alimentaires, favoriser les détections précoces des TCA pour éviter les complications liées aux diagnostics posés tardivement)
- des capacités de prise en charge (besoin de guides détaillés sur le type de support psychologique et social, dans l'attente d'une prise en charge spécialisée) des troubles alimentaires.

Le « gap » précis sur lequel nous allons nous concentrer concerne ici la détection précoce plus particulièrement de l'addiction alimentaire en médecine générale chez les patients potentiellement concernés (en surpoids/obèses/régimes à répétition avec échec systématique).

Les médecins généralistes sont en première ligne pour la détection des troubles alimentaires et a fortiori pour la détection de l'addiction alimentaire. La détection de cette entité peut se faire en médecine générale avec l'auto-questionnaire YFAS 2.0 (short version mYFAS 2.0) et permettrait d'améliorer la prise en charge de l'addiction alimentaire et de prévenir ses implications (notamment obésité). Le premier pas de la détection de l'addiction alimentaire est d'oser aborder le sujet, à savoir la relation des patients à l'alimentation et à la nourriture en médecine générale. Comment les généralistes s'y prennent-ils ?

C'est cette dernière hypothèse de travail/question qui constituera le cœur de mon travail.

Objectifs primaires :

- 1) Analyse de l'expérience, des opinions, des connaissances et des limites des généralistes belges francophone concernant la question de la relation des patients à l'alimentation et l'addiction alimentaire.

Objectifs secondaires et stratégies cachées :

- 2) Améliorer les capacités de détection de l'addiction alimentaire en médecine générale, en commençant par améliorer la capacité à aborder la relation du patient à l'alimentation, dans le but général d'améliorer la prise en charge de l'addiction alimentaire et de prévenir ses implications (notamment obésité) .
- 3) Sensibiliser les médecins généralistes francophones belges à la problématique de l'addiction alimentaire et à sa possibilité de détection en médecine générale (existence d'un auto-questionnaire diagnostique validé YFAS 2.0, et d'une version courte mYFAS 2.0).

Avez-vous d'autres informations utiles à apporter pour permettre aux membres du GEIMG de comprendre votre travail ?

Sans objet

S'agit-il UNIQUEMENT de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, SANS CARACTERE DELICAT comme, par exemple, des antécédents de burnout, conflits professionnels graves, assuétudes, ...) ?

Oui

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'une enquête sur l'organisation matérielle de soins (organisation d'un cabinet ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion de flux de patients, comptabilisation de journée d'hospitalisation, coût de soins, ...) ?

Non

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, enquête sur les réseaux sociaux, ...), par exemple, sur les habitudes sportives, alimentaires, etc., sans caractère intrusif ?

Non

S'agit-il UNIQUEMENT d'une revue bibliographique ?

Non

Description de la méthodologie utilisée pour le TFE

Quelle méthodologie sera utilisée pour le TFE ?

une recherche qualitative

Dans le cas d'une recherche littérature,

- **Quels mots clés seront utilisés ?**
Sans objet
- **Dans quels types de littérature ?**
Sans objet
- **Quels critères d'inclusion/d'exclusion ?**
Sans objet
- **Quelle période (x dernières années) ?**
Sans objet
- **Full-text/abstract, ... ?**
Sans objet
- **Autres précisions ?**
Sans objet

Dans le cas d'une recherche qualitative,

- **Quel public cible ?**
Médecins généralistes francophones travaillant en Belgique (Bruxelles et Brabant Wallon)
- **Quels outils seront utilisés (enquête, focus group, interviews, entretiens semi-dirigés) ?**
Entretiens semi-dirigés

- **Quel type d'analyse sera mise en œuvre (théorisation ancrée, analyse thématique, ...) ?**
Méthode des catégories conceptualisantes
- **Quels moyens d'enregistrement et d'anonymisation seront utilisés ?**
Acheter un dictaphone pour l'enregistrement des entretiens, pour ne prendre aucun risque sur la sécurité des données et éviter tout écueil de diffusion sur les réseaux google, etc. (ce qui est plus risqué si on utilise un smartphone). Je veillerai à respecter l'anonymat des participants en ne communiquant en aucun cas leur nom et prénom dans mon TFE.

Dans le cas d'une recherche quantitative,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Quelle est la méthode de recrutement ?**
Sans objet
- **Quel est le type d'échantillonnage ?**
Sans objet
- **Quelles sont les procédures d'analyse ?**
Sans objet
- **Quelle est la procédure d'anonymisation ?**
Sans objet

S'il s'agit d'un travail assurance qualité,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez le type de travail assurance qualité**
Sans objet

S'il s'agit d'une recherche-action,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez le type de recherche-action**
Sans objet

S'il s'agit d'une autre méthodologie,

- **Quel public cible ?**
Sans objet
- **Décrivez cette autre méthodologie**
Sans objet

S'agit-il d'une recherche clinique interventionnelle (PICO) ?

Non

- **Quelle est la population cible ?**

Sans objet

- **Quels sont les critères d'inclusion/exclusion ?**
Sans objet
- **Quelle est l'intervention ?**
Sans objet
- **Quel est le comparateur ?**
Sans objet
- **Autres précisions ?**
Sans objet

Étude sur un médicament

L'étude porte-t-elle sur l'expérimentation d'un médicament ou encore des changements de doses, des changements d'heure de prise, une dé-prescription, ... ?

Non

Si OUI, compte tenu des données disponibles actuellement, estimez-vous que l'expérimentation est de nature à entraîner un risque ?

Sans objet

Si OUI, décrivez le risque de l'expérimentation :

Sans objet

Si NON, justifiez en quoi l'expérimentation n'entraîne pas de risque :

Sans objet

Étude sur un dispositif médical

L'étude porte-t-elle sur un dispositif médical ?

Non

Si OUI, expliquez comment le dispositif est utilisé dans l'indication du fabricant ?

Sans objet

Recherche auprès de personnes

Allez-vous mener une étude auprès de personnes ?

Non

Si OUI, quel en est le (les) public(s) cible(s) ?

Sans objet

Si OUI, quelle(s) type(s) de méthodologie allez-vous utiliser pour cette recherche auprès de personnes ?

Sans objet

Si OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les personnes participantes ?

Sans objet

Si OUI, la confidentialité et l'anonymisation des données de l'étude seront-elles mentionnées et assurées ?

Sans objet

Si OUI, décrivez comment vous allez garantir la protection de la vie privée des participants à l'étude ? Précisez les mesures prises.

Sans objet

Si OUI, quelle sera la date de début de l'étude prévue auprès des personnes ?

Sans objet

Si OUI, quelle sera la date de fin de l'étude prévue auprès des personnes ?

Sans objet

Questions spécifiques

L'étude est-elle destinée à être publiée dans une revue (hors www.mgtfe.be) ?

Non

L'étude est-elle interventionnelle chez des patients ? Allez-vous tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur ?

Non

L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc....) ?

Non

L'étude comporte-t-elle des interviews d'enfants mineurs d'âge ?

Non

SI OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les parents ou les tuteurs des mineurs concernés ?

Sans objet

Y-a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ?

Non

Y-a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, ...) ?

Non

Responsabilités et engagements

Je confirme que les informations fournies dans ce document sont correctes.

Je pense que cette étude pourra être menée dans le respect du protocole et des principes de la **"Déclaration d'Helsinki"**, des **"Bonnes Pratiques Cliniques"** et de la **législation belge relative à la protection de la vie privée des patients et des participants et aux expérimentations sur embryon/sur la personne humaine/sur le matériel corps humain**.

Je m'engage à exercer mes responsabilités de chercheur principal pour cette étude. **L'investigateur porte toute la responsabilité administrative et pratique de l'organisation locale d'un projet de recherche clinique. Cette responsabilité est à la fois médicale (paramédicale) et légale. Elle s'exerce vis-à-vis du tuteur, de l'institution, du participant et du Comité d'Ethique.**

J'ai pris les mesures requises pour assurer la protection des participants que je recruterai pour cette étude. Ceci signifie notamment :

- qu'aucune donnée d'identification ne sera accessible à des tiers.
- qu'aucune association de données pouvant permettre la ré-identification des participants ne sera accessible à des tiers.
- que les fichiers informatiques, les documents papiers, les documents audio, les documents vidéo contenant les données récoltées seront protégés des utilisations abusives.

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 29/09/2022

ULiège (Montrieux Christian) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (Lamy Dominique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Kacelenbogen Nadine) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

« Nous vous invitons à joindre cette décision du GEIMG en annexe de votre TFE. Vous pourrez ainsi attester de votre démarche éthique auprès du jury interuniversitaire »

ANNEXE N°9 : Tableau sur les caractéristiques des participants de l'étude

Tableau n°2 : Caractéristiques sociodémographiques des participants de l'étude

Lieu de pratique	Schaerbeek : 2	Etterbeek : 4	Ixelles : 1	Woluwe-St-Pierre : 1
Age	30-40 ans : 2 (30 ans et 32 ans)	40-50 ans : 1 (43 ans)	50-60 ans : 2 (57 et 58 ans)	60-65 ans : 2 (60 et 65 ans)
Sexe	Femmes : 4	Hommes : 3		
Type de pratique	Maison médicale au forfait : 1	Pratique de groupe /multi-disciplinaire : 3	Pratique solo à l'acte (cabinet privé) : 3	
Type de médecine	Médecine générale uniquement : 5	Médecine générale et sportive : 1	Médecine générale et nutritionnelle : 1	

ANNEXE N°10 : Retranscriptions des entretiens

Médecin 1

Impressions générales :

Entretien d'une durée de 54 minutes

Beaucoup d'intérêt, connaissances et d'expérience qui se fait ressentir lors de l'entretien avec le jeune médecin

Majorité des questions ont été répondues par le médecin sans que la question ne soit posée explicitement

Moi : Du coup vous disiez que l'approche de l'alimentation est à peu près la même en médecine du sport qu'en médecine générale et que du coup le sujet ressort plus ?

Médecin : Ce sont des sujets qui sont associés au sport dans la tête des gens et donc ils m'en parlent un peu plus facilement sachant que je suis médecin du sport, ils n'en parlent pas en médecine générale.

J'ai aussi eu pas mal de consultations de perte de poids dans le cadre de la médecine du sport, je ne sais pas pourquoi ils atterrissent ici chez moi. C'est peut-être dans l'idée « ah c'est un médecin du sport et je vais faire du sport pour perdre du poids » et du coup ils viennent chez moi, alors qu'ils ont déjà essayé des choses qui n'ont pas marché, parfois un peu en quête d'un « remède miracle » du coup, ce qui mène à des consultations souvent plus orientées nutrition que sport. Parce que non le sport ça ne fait pas perdre du poids.

Moi : D'accord ok, c'est ça. Qu'est-ce qui conditionne la réussite ou l'échec de la prise en charge du surpoids chez ces patients qui vous ont consultée ? Comment expliquer que certaines personnes arrivent à perdre du poids facilement, et pour d'autres c'est plus compliqué ?

Médecin : En nutrition je crois vraiment que c'est une question de motivation intrinsèque du patient, donc en psychologie on en parle de plus en plus des notions de locus interne et externe contrôle. Et les patients qui ont un locus purement externe de contrôle, généralement ça ne va pas. Les gens pour qui « ce n'est jamais de leur faute ».

Alors je ne dis pas que c'est de leur faute qu'ils soient obèses etc ça je ne crois vraiment pas que c'est le cas.

Mais par contre il y a des patients qui sont persuadés qu'il y a toujours que des obstacles sur leur chemin et qu'ils n'ont pas le contrôle de la situation, c'est d'abord là-dessus qu'il va falloir travailler, sur ces notions de contrôle sur l'alimentation. Le but c'est finalement qu'ils aient de nouveau l'impression que c'est eux qui ont les cartes en main pour pouvoir faire un changement. Car s'ils n'ont pas ce locus interne de contrôle et cette sensation que c'est bien eux-mêmes qui gèrent (et non pas le chocolat qui décide à leur place), ça ne fonctionne pas.

Moi : C'est intéressant.

Médecin : J'exagère en disant cela encore une fois mais par exemple la semaine dernière en consultation : « oui non je n'ai pas pu faire attention à mon alimentation car je ne me sentais pas bien » et il y a toujours quelque chose qui vient se mettre dans le chemin.

« Y a mes enfants qui sont venus à la maison, puis c'étaient les fêtes, puis c'est la saison des raclettes vous savez ... ». L'idée est vraiment de leur redonner (à ces patients) un locus interne de contrôle. De leur montrer que « si en fait, vous avez le contrôle », avec des trucs généralement assez ludiques.

Moi : Donc à l'aide de moyens ludiques, ou bien d'autres moyens, comme l'entretien motivationnel ? Concrètement que mettez-vous en place pour aider le patient ?

Médecin : Je vais d'abord commencer par une anamnèse fouillée, souvent ça me mène déjà à plusieurs consultations, parce que les patients, quand on leur parle d'alimentation, ils ne disent pas toujours la vérité.

J'ai deux histoires comme ça où j'ai eu envie de me taper la tête contre le bureau quand j'ai finalement compris quel était le problème.

Une des histoires concerne une patiente pour laquelle je ne comprenais pas quel était le problème ; dans son journal alimentaire tout était normal, il n'y avait pas d'explication à une obésité massive pourtant, même son entourage ne comprenait pas, vraiment c'était bizarre. Et là j'insiste j'insiste j'insiste, on parle beaucoup, elle n'a même pas un locus externe de contrôle, c'est quelqu'un qui a l'impression qu'elle contrôle, mais il y avait un truc qui ...

Jusqu'au moment où elle m'a avoué qu'elle avait une addiction alimentaire bizarre, elle descendait 3-4L de cécémel tous les soirs au biberon, roulée en boule dans un coin de sa cuisine, tous les jours.

Moi : Ok ... D'accord ... (interloquée par l'histoire que le médecin vient de me raconter)

Médecin : Donc j'ai vérifié ça représente environ 2500 kcal en moyenne, donc c'est énorme (rire étouffé), c'est comme si elle remangeait toute sa journée. Et c'est effectivement un peu spécial (sourire) et je comprends qu'elle ne l'ai pas dit directement à quelqu'un qu'elle rencontrait pour la première fois, moi non plus je n'aurais pas dit ça directement. Mais donc voilà une fois que la confiance a été mise on a pu parler de ça et dire que bah oui, c'était beaucoup plus un problème d'une focalisation sur un aliment en particulier, sur une circonstance en particulier, avec énormément de honte et de culpabilité autour de tout ça, et donc voilà il a fallu l'aide d'un psychologue pour s'en sortir, ça a vraiment été utile ici, en fait il ne fallait pas de diététicienne, il fallait juste un psy.

Moi. : C'est ça, ok.

Médecin : Pour comprendre pourquoi (emphase) elle avait besoin de ses 4L de cécémel tous les soirs.

Moi : Ok. Et vous faites souvent appel à des paramédicaux, diététiciens ou psychologues comme vous dites ?

Médecin : Oui. Moi je travaille toujours en association, je pense que tout seul on s'en sort pas ...

Moi : Oui

Médecin : C'est pour ça que je travaille dans différents endroits, pour avoir un pied dans différentes équipes. Je bosse beaucoup avec une nutritionniste qui a justement une approche très terre à terre, il n'y a pas d'aliment interdit etc., je trouve qu'elle est vraiment chouette, elle a de bons résultats, puisqu'elle est très à l'écoute.

Et oui dans certains cas je pense que le psychologue est important aussi, mais il faut que le patient l'accepte.

Moi : C'est ça

Médecin : Et parfois dans l'obésité et dans le contexte actuel qu'il y a autour ; de surpoids ; les gens ne veulent pas entendre qu'il y a un problème psychologique à adresser avant tout.

Moi : D'accord. Et vous parliez justement d'addiction alimentaire tout à l'heure, sans que je ne l'évoque dans mes questions, qu'est-ce que c'est pour vous, connaissiez-vous déjà le concept, ou bien est-ce la patiente dans votre exemple précédent qui a amené le sujet, qu'est-ce que ça évoque pour vous au fond, l'addiction alimentaire ?

Médecin : Beh déjà c'est toute la grande famille des troubles du comportement alimentaire, les TCA c'est quelque chose qui, mine de rien, est quand même très très fréquent. C'est vraiment quelque chose dont je me suis rendu compte dès le moment où j'ai quand même demandé aux gens de faire des journaux alimentaires, des gens venant chez moi pour des problèmes liés à l'alimentation, et beaucoup de gens sont revenus après la première semaine en consult « Ah bah en fait, j'ai compris pourquoi vous m'aviez demandé de faire le journal ». Ce sont des gens qui en fait ne se rendaient pas compte de ce qu'ils mangeaient et en particulier de certains focus bizarres.

Je me souviens d'un patient qui est venu en me disant « ah bah en fait j'avais jamais compté mais je mange 24 barres de snickers par semaine ». C'est beaucoup 24 barres de snickers (rire étouffé).

Moi : Donc comme ça ils prennent conscience ...

Médecin : Il y a une prise de conscience. L'addiction alimentaire c'est peut-être un peu ça, ce sont des gens qui sont accro à la nourriture, comme on peut être accro à d'autres choses, mais comme de toute façon on est obligé de manger pour vivre, c'est peut-être plus difficile de s'en rendre compte. Et ça va être plus de culpabilité parce que là par contre, l'effet il est visible de l'extérieur. Des gens qui fument bah à part qu'ils puent, fin voilà sur une photo ça ne se voit pas. Par contre quelqu'un qui a une addiction à une forme d'alimentation, s'il n'est pas dans un trouble de type boulimie avec vomissements et ce genre de choses-là, il y a de fortes chances qu'il y ait un surpoids et que ce soit très visible. Et c'est mal vu, c'est très stigmatisé, c'est compliqué, et ce n'est pas toujours facile de l'aborder avec les patients, etc etc

Moi : Et donc là avec votre expérience en tant que médecin du sport où il y a des patients avec qui vous abordez ce thème de l'alimentation, vous sentez-vous armée pour aborder avec les patients le sujet d'une éventuelle relation pathologique avec l'alimentation ?

Médecin : Ce n'est pas le fait que je suis médecin du sport qui m'aide à ça, moi-même j'ai des troubles du comportement alimentaire et donc je comprends très bien ce que vivent ces patients-là. J'en discutais encore avec ma coach sportive tout à l'heure, je viens d'un milieu dans lequel l'alimentation est un vrai problème, le milieu de la danse classique, mes parents qui ont des problèmes à ce niveau-là aussi, et du coup forcément j'ai grandi dans l'idée que l'alimentation est quelque chose sur laquelle il faut avoir un « sur contrôle », et moi je n'en ai pas toujours. Et donc je compulse gaiement sur le chocolat régulièrement. Et donc je comprends très très bien ces patients en fait, je comprends à quel point c'est culpabilisant, je comprends à quel point on n'a pas le contrôle, je crois que ça ça m'aide beaucoup. Et je crois aussi que ça met les patients en confiance car ils ont quelqu'un en face d'eux qui peut leur refléter ce qu'ils ressentent.

Moi : D'accord oui. Peut-être plus qu'un autre médecin qui aurait moins d'expérience personnelle ...

Médecin : Oui, cela ne demande pas forcément de le dire ...

Moi : Oui tout-à-fait ...

Médecin : Mais simplement dans mon attitude, dans la façon dont je vais aborder le sujet avec eux. Parce que dans l'alimentation, un des points qui peut poser problème, et ça on en a pas mal parlé avec d'autres médecins aussi car on se rend compte qu'on est plusieurs à avoir ce problème-là, c'est quand soi-même on a plutôt l'air « fit ». C'est pas évident de se poser en face d'une personne qui a un surpoids majeur et de faire « bon aller chouchou, on va parler de bouffe » (rire) alors que soi-même on donne l'impression de bouffer de la salade 3X/semaine (je ne pense pas du tout que je donne l'impression de bouffer de la salade 3X/semaine rire), mais je ne suis pas en surpoids et ça se voit, c'est difficile de stigmatiser. Je pense que peut-être quelqu'un qui l'aurait vécu, une perte de poids importante, un médecin qui aurait un vécu à ce niveau-là aurait peut-être plus de facilités à l'aborder, ou un médecin qui n'a peut-être pas l'air très fit aurait peut-être plus de facilités à l'aborder. Parce que ... on a toujours peur d'être stigmatisant, mais on ne veut pas l'être, on n'est pas tout dans le jugement, on veut aider les gens à se sentir bien, à avoir une vie pleine et complète, et à se débarrasser d'un problème dont eux souffrent finalement. Mais il y a tout un impact sociétal etc, des sensations de jugement etc ... Et ça c'est parfois difficile et ça bloque parfois, parfois il faut plusieurs consultations pour gagner la confiance du patient en fait ...

Moi : Oui c'est ça ... Créer un climat de confiance ...

Médecin : Pour qu'il puisse parler de ses problèmes, qu'il n'ait pas l'impression qu'il y a du jugement, qu'il y a un mal-être ...

Moi : Et donc vous aviez parlé de la psy tantôt, est-ce pour vous une des solutions par rapport à l'addiction alimentaire ? Dans la littérature il n'existe pas vraiment de prise en charge toute

faite, mais pour vous est-ce que cela fait oui ou non partie de ce qu'on peut proposer au patient ? Que proposez-vous à ces personnes-là qui souffrent d'addiction alimentaire ? Est-ce au cas par cas ou non ?

Médecin : C'est beaucoup du cas par cas. Maintenant je ne vais jamais travailler seule. Souvent il va y avoir une nutritionniste ou une diététicienne avec qui j'ai l'habitude de bosser, parce que je n'aime pas trop les gens qui donnent des plans alimentaires tout faits, trucs ultra classiques (rire), je ne trouve ça pas fou, et souvent ça ne se passe pas très bien auprès des patients, donc on va éviter ça ... Par contre une chouette nutritionniste, éventuellement un kiné ou une psychomotricienne, pour essayer de reprendre du mouvement aussi, de reprendre confiance en son corps, je pense que ça parfois ça peut vraiment aider. On a eu certains patients avec qui on a vu un vrai changement à partir du moment où ils se sont rendu compte qu'ils savaient faire des trucs avec leur corps en fait. Et du coup ils ont eu envie ... de prendre autrement soin d'eux ... et donc là il y a un déclic qui a pu se faire, une sensation de contrôle qui a pu revenir. Mais oui je pense que les psychologues souvent c'est d'une grande aide, parce que bah, quand on est dans le domaine des troubles du comportement alimentaire bah c'est des troubles du comportement, c'est plus le domaine du psychologue que du médecin finalement ... Et en fait nous on n'est pas formés à sortir les gens d'addiction. Enfin si un petit peu on peut les aider etc... mais quand c'est fort ancré c'est difficile. Et je crois que faire appel à des gens qui sont formés pour ce genre de choses-là c'est vraiment utile.

Moi : Et en quoi ne sommes-nous pas assez formés selon vous ?

Médecin : Sans aucun point négatif, on est médecin, on sait faire des diagnostics et prescrire des traitements, mais nous ne sommes pas nécessairement formés pour appliquer des traitements. Moi je prescris de la kiné toute la journée mais je ne sais pas faire le travail des kinés. Pareil j'envoie chez le psychologue régulièrement mais je ne sais pas faire le travail des psychologues. Il faut 5 ans d'études pour faire ça, et je ne les ai pas faits, j'ai fait médecine.

Moi : En effet chacun a sa compétence particulière ...

Médecin : On va tous apporter quelque chose de différent.

Moi : Donc il y a vraiment une multidisciplinarité qui est fondamentale.

Médecin : C'est vraiment essentiel.

Moi : Oui. Et par rapport aux personnes qui vous consultent de manière générale, sans avoir cette demande de perte de poids ou de rééquilibrage alimentaire, mais vous voyez qu'il existe un surpoids ou une comorbidité en lien avec le surpoids (sans que les patients ne viennent pour ça directement), est-ce que vous finissez par aborder la question in fine ?

Médecin : Je vais d'abord mettre en place la confiance. Ne pas tomber dessus. J'avais un retour comme ça d'une patiente qui était venue me voir pour un suivi d'arthrose, le contact avec son orthopédiste n'était pas bien, il voulait lui mettre une prothèse directement, il l'avait un peu engueulée et tout, puis elle était venue chez moi pour savoir ce qu'on pouvait faire par

rapport à cette arthrose. On a un peu refait le point etc, et elle était retournée chez la kiné, et la kiné m'avait fait le retour que la patiente lui avait dit « c'est chouette c'est le premier médecin qui ne m'a pas dit que c'était parce que je suis grosse ».

Silence

Moi : Oui

Médecin : (Rire étouffé) Non je ne l'ai pas dit car je pense que la patiente est au courant en fait, il y a moment les gens ils ne sont pas débiles. Enfin une très grande majorité d'entre eux. Ils savent. Je suis pour le moment un patient qui a aussi une arthrose de genou très avancée, qui a un surpoids très avancé, bah il sait. C'est même lui qui m'a posé la question « est-ce que c'est à cause de mon poids ? » « bah oui ! ». Il y a un moment je pense qu'il ne faut pas ré-enfoncer le clou encore et encore et encore, il faut d'abord mettre en place un climat de confiance pour pouvoir discuter de ces sujets là avec le patient en toute bienveillance, et qu'ils sachent qu'on est un allié dans ce combat-là en fait. Qu'on n'est pas juste une personne qui va les enfoncer encore plus dans leur problème.

Moi : C'est ça, oui.

Médecin : Ça je pense que c'est vraiment important, alors oui il faut aborder le sujet ... mais je prends le temps. Alors s'il faut 4 consultations pour, il faut 4 consultations pour.

Moi : C'est ça. Le temps. L'allié de la médecine générale, qu'on a par rapport à beaucoup d'autres spécialités

Médecin : Oui c'est ça. C'est vraiment important car les gens ils reviennent. Il y a des patients pour lesquels il faut parfois des années avant de réussir à aborder de façon constructive le sujet avec eux.

Moi : Oui, il faut le temps qu'il faut. Par rapport à la chirurgie bariatrique, quel est votre opinion à ce sujet-là, dans le contexte de l'addiction alimentaire et de la prise en charge de l'obésité ?

Médecin : C'est un outil. C'est un outil comme un autre, avec ses points forts et ses points faibles, et très clairement dans le cadre d'une addiction alimentaire, juste une chirurgie bariatrique, sans adresser le reste, c'est dangereux. Parce que ça reste une chirurgie, qui est extrêmement délabrante, qui a des conséquences à long terme, à vie, avec des prises de compléments alimentaires, avec parfois des douleurs abdominales etc. Et les patients ne sont pas bien informés. Le nombre de patients qui sont persuadés que, ils vont faire leur opération et, wow miracle, ils vont perdre 40kg, et ils vont pouvoir continuer à manger comme avant ... Non ... Je pense qu'il y a vraiment un travail à faire en amont. La chirurgie bariatrique, c'est si dans la tête tout va bien, et qu'on n'arrive pas à perdre du poids car on a atteint un stade avancé d'obésité, ou si c'est vraiment compliqué, ou bien qu'il y a des comorbidités associées, qui font qu'il faut une perte de poids rapide, parce que la vie du patient en dépend, alors là c'est un bon outil. Mais j'entends trop parler de chirurgie bariatrique qui est utilisée en premier recours finalement, où les gens vont voir le chirurgien, et le chirurgien leur dit « si

vous prenez 10kg je peux vous opérer », « excellent » (rire caustique). Les gens cherchent des solutions miracles, sur beaucoup de choses, pas uniquement sur l'alimentation. Tant qu'on n'a pas réussi à leur faire comprendre que ça n'existe pas, je ne pense pas que la chirurgie bariatrique soit une bonne solution. Parce que sinon ils vont être déçus. Parce que ça ne va pas marcher.

Moi : Ça reste un outil au sein de cette multidisciplinarité

Médecin : Et ça doit être étudié de manière pluridisciplinaire dans une équipe bien formée pour ... Et il y en a ! De très chouettes équipes !

Moi : Par rapport à l'addiction alimentaire en tant que tel, il existe un auto questionnaire de dépistage, qui s'appelle le Yale Food Addiction Scale, est-ce que vous en avez déjà entendu parler ou est-ce que vous le connaissez ?

Médecin : Hum ... Pas particulièrement, non. Il faut dire que c'est un diagnostic que je fais un peu à la sauvage (rire). Je ne veux pas coller un diagnostic comme ça au patient mais ... c'est plutôt quelque chose que je vais interroger alors peut-être que ça se recoupe avec le questionnaire

Moi : Oui très probablement ...

Médecin : Et je vais notamment questionner tout ce qui est alimentation inconsciente, tout ce que les gens ont mangé et dont ils ne se sont pas rendu compte, avec un journal alimentaire pour essayer de conscientiser l'alimentation, de voir s'il y a des aliments focus, vérifier un peu quels sont les moments durant lesquels le patient va manger et en fait il n'avait pas faim, questionner s'il y a du stress, un manque de sommeil, un conflit avec une personne ...

Moi : Oui, ok. Du coup le journal alimentaire est vraiment un des outils principaux qui permet vraiment de conscientiser le patient à sa propre alimentation ...

Médecin : Je trouve ça vraiment très intéressant en fait, c'est un exercice qu'on devrait tous faire une fois dans sa vie, parce que finalement quand on voit le nombre de trucs bizarres à travers la journée, ce n'est pas forcément mal hein, c'est juste ... bizarre. On a parfois des patterns alimentaires absurdes, et moi je demande toujours au patient de noter pourquoi il a mangé. Le premier journal alimentaire on note juste tout ce qu'on mange, point. Tac tac tac, sans jugement, sans peser, juste évaluer à la grosse louche. Et puis le gens sont sensés faire un second (journal alimentaire) où il faut noter pourquoi on a mangé.

Moi : Ok, d'accord.

Médecin : Et en regardant a posteriori, on voit qu'en fait la majorité du temps, les personnes qui ont des soucis avec l'alimentation, en fait ils n'ont pas mangé parce qu'ils avaient faim (silence).

Moi : Oui ... c'est souvent en réponse à autre chose.

Médecin : Tout-à-fait.

Moi : Oui. Vous avez déjà abordé beaucoup beaucoup de points, je sens qu'il y a quand même une certaine expérience et une connaissance de votre part, vous m'avez parlé au début de locus interne et externe de contrôle, je n'avais pas connaissance de cela, pourriez-vous un peu expliquer ?

Médecin : Moi je suis une passionnée de psychologie humaine (rire), du coup je regarde plein de vidéos youtube, il y a une youtubeuse (ex-obèse) qui est justement spécialisée dans la compréhension des aspects psychologiques et sociétaux de l'alimentation. Du coup c'est super intéressant ce qu'elle fait, je regarde énormément ses vidéos, et c'est via ses vidéos que j'ai entendu parler de locus interne et externe de contrôle et des vraies notions derrière la motivation et pas juste « allez motive toi bouge tes fesses » et du coup j'ai regardé pas mal de choses là-dessus et j'ai lu un peu là-dessus. C'est vrai que c'est quelque chose qui dans le monde du sport est essentiel. Un sportif qui n'a pas une motivation intrinsèque, par exemple un sportif qui fait du sport pour faire plaisir à papa et maman, ça ne va pas bien se passer. Il ne va pas gagner, il ne va pas avoir de satisfaction, il ne va pas avoir de plaisir. Et donc il ne va pas y arriver.

Et en fait nos patients c'est la même chose, si c'est pas d'eux-mêmes et du fond d'eux-mêmes que vient l'envie, la motivation, s'ils n'ont pas la croyance qu'ils vont y arriver, on est mal barré. Et je pense que ça c'est un gros problème qu'on voit chez énormément de personnes en surpoids. Ils arrivent chez nous, ils ont déjà essayé toutes les diètes à la con de « Femme Actuelle ». Ils ont déjà passé une semaine à boire du céleri à la machine à jus. Ils ont déjà essayé La diète Atkins, le kéto, le machin et tous ces trucs qui sont totalement intenable sur le long terme. Parce que il n'y a pas de chocolat (rire), ne fût-ce que cela.

Ce qui leur manque c'est beaucoup des connaissances (insistance) en nutrition pour avoir un régime alimentaire tenable à long terme. Ce qui leur manque c'est les connaissances sur c'est quoi un rééquilibrage alimentaire (c'est pas on va faire une diète puis on va recommencer à manger comme avant parce que ça va faire du yoyo). Toutes ces choses-là c'est ça que « Femme Actuelle » ne dit PAS. C'est là-dedans qu'ils sont coincés. Et ces gens ils ont déjà TOUT essayé ça fait 25 ans qu'ils essayent parfois. Et en fait ils ne croient pas qu'ils vont y arriver, ils sont persuadés qu'ils n'en sont « pas capables », et que ça ne va jamais marcher. Et c'est ça le problème souvent. C'est qu'il va falloir les repersuader qu'ils en sont à nouveau capables.

J'ai imprimé des petits jeux de l'Oie pour les patients (dans mes dossiers) avec des dates. Chaque case c'est un jour. Et tous les x jours il y a un nouveau petit défi qui se rajoute. Et les autres jours je mets une phrase comme « vous êtes génial » (rire) et ce genre de trucs-là, des trucs motivants. Et tous les jours ils doivent avancer leur petit pion sur le jeu de l'Oie et quand ils trouvent un nouveau défi ils doivent essayer de continuer ce défi jusqu'au bout du Jeu de l'Oie. Au bout du Jeu de l'Oie on met une nouvelle consultation. En général c'est 3-4 semaines quelque chose comme ça. Généralement le premier truc que je commence par faire c'est demander de boire un grand verre d'eau le matin en se réveillant. Juste ça. Parce que tout le monde peut faire ça. C'est très simple de boire un verre d'eau tous les matins. Et donc on va le faire tous les matins pendant 10 jours. Au bout de 10 jours ils vont se dire « ah mais en fait je suis capable de changer quelque chose dans ma vie » « un tout tout tout petit peu ». Et là on va rajouter un tout petit quelque chose en plus. Et petit à petit on va reprendre le contrôle. Pour se rendre compte que c'est pas de la volonté brute. Mais une question de discipline et

de faire tous les jours la même chose. (rire) C'est comme se lever et aller au boulot quoi, on le fait, c'est qu'on sait le faire ! On ne le fait pas parce qu'on est ULTRA motivé d'aller au boulot tous les matins, on le fait parce qu'il faut aller au boulot tous les matins. Et c'est en mettant en place des trucs comme ça que ça marche.

Aller chez Ikea acheter des assiettes plus petites. Très con mais ça marche hyper bien.

Moi : C'est vrai que ça marche assez bien ...

Médecin : Ça c'est un truc que j'avais créé pour les enfants au départ mais en fait ça marche bien avec les adultes et ils aiment bien en général. C'est chez les gens qui ont tendance à grignoter et à manger des crasses, et en fait je le fais moi-même aussi, (temps), car je trouve cela très efficace, chouette et ludique, c'est de dire beh voilà on a droit à X crasses par semaine.

Imaginons quelqu'un qui boit 3 sodas par jour. Et bien un soda c'est une crasse. Donc ça fait déjà au moins 21 crasses par semaine. Plus les biscuits chocolats etc il a disons une consommation de 30 trucs qu'on n'est pas censé consommer par semaine. C'est beaucoup. On va essayer de descendre à 25. On va faire petit à petit. Et on va matérialiser ça en disant « tu as droit à 25 gommettes. Chaque fois que tu as mangé une portion, tu colles ta gommette sur le frigo ». Et tu te découpes des trucs de 25 gommettes ou stickers à coller 1X/semaine. Et comme ça ça matérialise. Ça permet de le voir. Et ça permet aussi de se dire « ah beh voilà j'en ai 25 j'aimerais les répartir comme ça sur la semaine, vendredi je serai plus fatiguée donc il m'en faudra deux » et ainsi de suite. C'est assez ludique c'est marrant à faire.

Moi : Et du coup pensez-vous que toutes ces méthodes-là (qui ont l'air d'être très intéressantes pour redonner de la confiance au patient et de la motivation) ça peut être appliqué pour d'autres addictions ? Peut-on faire un parallélisme avec les gens qui fument et qui ont du mal à arrêter de fumer par exemple ?

Médecin : Je pense que oui au final il y a un peu du même, c'est fort redonner confiance en soi, redonner de la motivation, ces locus internes de contrôle, redonner le contrôle au patient en fait. Et pas que avec des patients qui ont des addictions, avec des patients qui ont des situations de vie un peu débilitante dans lesquelles ils ont perdu le contrôle, par exemple les patients douloureux chroniques.

Les patients douloureux chroniques typiquement aussi il faut leur redonner le contrôle. Moi je leur dis « ce que je veux c'est que ce soit vous qui ayez la télécommande en main ». Pour décider le programme que vous allez regarder (la douleur ou pas). C'est le même principe. Je pense que quand on en parle d'empowerment du patient, c'est beaucoup ça, c'est leur redonner quelque chose en main. Que ce soient eux qui décident. Et leur montrer que ça peut être eux qui décident.

Aussi par exemple il y a un regard « tout ou rien » autour du régime et de la perte de poids.

« Si je ne fais pas tout parfaitement, beh ça ne vaut pas la peine ».

Moi j'ai appris un jour, mais sur un tout autre sujet, une phrase que j'avais vue en anglais « tout ce qui vaut la peine d'être bien fait, vaut aussi la peine d'être fait à moitié ». On pourrait se dire « hum ce n'est pas vrai etc ». Mais si c'est vrai ! Exemple vrai : moi je skippais souvent le brossage des dents le matin parce que je n'avais pas 2 minutes. Et en fait 30 secondes c'est mieux que rien, tant qu'à faire, autant le faire 30 secondes.

Et ça c'est aussi quelque chose qu'il faut apprendre aux gens, qui sont dans une addiction alimentaire ou un trouble du comportement alimentaire, c'est pas tout ou rien. C'est pas je contrôle tout ou je contrôle rien. Ça peut être « aujourd'hui j'ai bien géré demain je bouffe un demi paquet de chocolat ». Et c'est très bien en fait. L'important c'est que ce soit mieux qu'avant.

Moi : Oui c'est ça, c'est de pouvoir voir le progrès ...

Médecin : Oui comme vous dites. Il y a une patiente qui me dit une fois « Oui mais je n'arrive pas à me tenir complètement aux diètes, à chaque fois j'essaye et au bout de 3 jours je me plante et j'arrête ». Je dis « Mais comment avez-vous appris à lire ? Vous n'aviez pas eu un jour où vous ne saviez pas lire et le lendemain où vous saviez lire ? Vous vous y êtes pris petit à petit et au début vous vous êtes plantée ? » « Bah oui ». « Eh beh voilà c'est pareil ». « Un jour vous serez experte en alimentation saine, mais ça va mettre des années ». Et c'est comme ça.

Moi : Patience, persévérance ...

Médecin : Patience, persévérance, step by step ... Et accepter, comme pour le tabac par exemple, que des fois beh je rechute. Ça arrive mais ce n'est pas grave. Ce n'est pas la preuve qu'on est nul, c'est la preuve qu'on y est arrivé une première fois. Et que donc on est capable d'y arriver une deuxième fois. On est trop dur avec soi-même.

Moi : Oui c'est ça. Et pour vous au niveau sociétal à présent est-ce qu'il y a des explications à ce phénomène ? Il y a de plus en plus de personnes en surpoids, en obésité, quand on regarde les chiffres d'une méta-analyse de 2022 sur 200000 patients sur la prévalence de l'addiction alimentaire cela revenait à 1 patient sur 5, qu'est-ce qui explique cela pour vous ?

Médecin : Pff Ca ne m'étonne pas particulièrement en fait.

D'une part cela peut être expliqué par l'alimentation qui est disponible pour nous. Alors en Europe ça va encore plus ou moins. Quand on va aux USA où il y a des kilomètres de rayons de magasins où il n'y a pas moyen de trouver un steak frais, les gosses ne savent pas que le chocolat ne sort pas avec le lait de la vache. On est mal barré. Mais n'empêche. Il y a quand même chez nous une sorte de loi de la facilité. Si je peux choisir en allant au magasin entre prendre une barre chocolatée, dont je vais tout aussitôt jeter le plastique, que je vais manger et pour laquelle je serai très très contente, car ça va donner plein de dopamine et d'endorphine à mon cerveau, car c'est bourré de gras et de sucres, ou une mandarine que je vais devoir peler ce qui implique que je vais avoir les mains qui vont sentir la mandarine tout l'après-midi, et qui va me donner beaucoup moins (rire), étant donné le rapport satisfaction moi je préfère la barre chocolatée, c'est pareil. On rajoute à ça le stress ambiant, le fait que les gens dorment pas bien. Le sommeil c'est un désastre. Quand on voit le nombre de gens qui ont des troubles du sommeil. Et quand on voit les heures de sommeil que les gens ont perdu sur les 100 dernières années. C'est pas étonnant, il y a du stress il y a du cortisol, tout cela incite à manger à stocker.

Il y a une culture autour de la nourriture aussi, qui est très ambiguë. On est en pleine saison des raclettes là et en même temps on dit qu'il faut être mince et en même temps on dit qu'il faut manger des raclettes car c'est la saison. Pourquoi on ne peut pas manger de raclettes en

été je ne sais pas (rire). Il y a beaucoup d'injonctions contraires par rapport à l'alimentation. A la fois il faut être mince et à la fois il faut être un bon vivant sinon on n'est pas cool. Bah oui mais ça ne va pas ensemble, ça ne marche pas.

Oui puis le fait qu'il y ait de plus en plus de personnes en surpoids ça fait un effet boule de neige. On entend parler de concepts comme « Health at every Size » notamment aux USA.

En fait au départ c'était un truc qui était dans le Body Positive, « il faut prendre soin de soi, il faut s'aimer peu importe son poids etc », c'était un truc qui était très très bien parti. Et puis c'est parti en cacahuète. Maintenant ce sont des gens qui disent que l'obésité ce n'est pas mauvais pour la santé, que c'est le lobby du milieu médical ...

Moi : C'est un peu le Double Tranchant du Body Positivisme

Médecin : J'ai failli avoir un fou rire face à une patiente il n'y a pas longtemps, et elle s'en est parfaitement rendu compte. C'est une dame qui est dans un parcours de perte de poids et qui ne s'en sort pas, qui s'énerve beaucoup et qui du coup est très fort dans le truc « Health at every size » ces derniers temps. A un moment donné on parlait du sport « oui mais le sport ce n'est pas du tout inclusif, par exemple regardez les JO, il n'y a pas d'athlète en surpoids, c'est scandaleux ». (rire) J'ai juste buggé, j'ai failli rigoler, il y a eu un blanc dans la consultation (ce qui n'arrive pas souvent car je bavarde beaucoup), et puis « oui non, oubliez ce que j'ai dit » (rire). « Qu'est-ce que vous voulez que je vous donne comme réponse, c'est complètement con » (et encore ce n'est pas vrai, ça dépend des sports, ex altérophiles). Et c'est intéressant justement de confronter ces gens-là à quelqu'un qui est bienveillant et qui va pas juste leur mettre le nez dans leurs problèmes. Essayer de les comprendre et de les aider à avancer.

Moi : Et justement dans les vidéos Youtube que vous regardez et les sources que vous utilisez pour vous renseigner, y avait-il mention du concept d'addiction alimentaire ?

Médecin : Oui ils en parlent beaucoup, mais c'est très heu ... En fait ce que j'aime bien, c'est que je regarde des docs de société. Et j'en regarde certains sur les sujets que je maîtrise bien et que je connais bien comme les soins de santé ou les trucs comme ça, ou bien l'alimentation car c'est un sujet qui m'intéresse, puis j'en regarde d'autres sur des sujets auxquels je ne comprends rien, pour un peu me rendre compte à quel point les médias sont capables de nous manipuler. Et quand je regarde sur les sujets que je connais je me rends compte à quel point c'est con. C'est parfois très mal fait. Que parfois il y a beaucoup de mensonges dedans. Et puis quand on regarde sur des sujets qu'on ne connaît pas, on se rend compte à quel point on se fait embarquer.

Et ça c'est un gros problème qu'il y a avec l'alimentation c'est que les gens sont extrêmement mal informés. C'est un désastre (insistance) des fois.

J'ai discuté avec une copine (pas avec une patiente) qui a une petite fille de 3 ans qui est en surpoids assez important. On parle etc. et à un moment dans la conversation (moi j'avais décidé que je n'abordais pas le sujet avec elle car je n'avais pas envie de me disputer avec elle) mais là c'est elle qui est venue m'en parler. Elle me dit « Oui je ne comprends pas, j'ai pas l'impression qu'il y a quelque chose que je ne fais pas bien dans son alimentation ... »

« Mais tu te rends compte qu'elle est tout le temps en train de manger ? Elle grignote des galettes de riz toute la journée ! Elle mange combien de galettes de riz par jour ? »

« Bah à peu près un paquet ? » Par jour, à 3 ans, hein ...

Je lui ai dit « bah c'est ÇA ton problème ... »

Et sa réponse ça a été « Bah elles sont BIO pourtant ? ... »

Je tiens à souligner que c'est une personne qui fait partie du milieu soignant ... Donc c'est quelqu'un qui a des compétences en soins de santé ... Et sa réponse quand je lui dis qu'il y a trop de calories dans une galette de riz c'est « elles sont bio »... C'est ça le problème souvent. Les gens ils pensent que si c'est naturel c'est bon. Tu peux bouffer tous les avocats de la terre y a pas de souci ... Sauf qu'il y a beaucoup de kcal dans un avocat (rire).

Moi : Au final même si chacun a ses propres compétences (en tant que médecin on reste médecin, on n'est pas kiné, psychologue, nutritionniste, ou diététicien), à écouter votre histoire avec cette personne qui pourtant est soignante, il y a quand même parfois un problème de manque de connaissances ?

Médecin : Oui c'est dingue (insistance), en voyant des patients on découvre parfois de ces trucs ... J'ai été médecin à l'ONE pendant des années. Au début, je ne comprenais pas, je me disais « mais les gens sont fous ». Le nombre de fois que j'ai dû expliquer à des parents que le fanta, ce n'est pas l'équivalent d'un fruit ... Et la réponse c'est « il y a une orange sur la bouteille ». Ce sont des gens qui sont illettrés, ils ne savent pas lire ! Ils n'ont pas le moindre moyen de savoir.

Il y a aussi beaucoup de parents primo-arrivants qui ont la croyance que tout ce qui vient de leur pays est mauvais, tout ce qui vient de l'occident est bon. Ce sont des gens ils vont se préparer des tajines ultra sophistiquées pour madame et monsieur, et les enfants vont manger des pizzas. Parce les pizzas c'est occidental. C'est des trucs qu'on voyait à l'ONE.

Et les parents, mais en toute bonne foi, font des trucs de genre-là. Il y a des gens qui en toute bonne foi font des trucs délirants avec leur alimentation.

Par rapport au tabac par exemple, la différence, c'est que moi je ne fume pas et j'ai jamais fumé. Par contre manger je fais tous les jours. Et personne n'est toujours parfait par rapport à son alimentation. On a tous nos petits TOC, nos petits tics, nos petits TCA par rapport à l'alimentation ... Donc on n'est jamais neutre ...

Moi je regarde justement beaucoup de vidéos autour de l'obésité parce que je me rends compte que, au départ toute seule moi-même je suis quelqu'un qui ai besoin de sens, et je n'arrivais pas à comprendre ces patients-là, et donc je manquais d'empathie envers eux. C'est pour ça que j'ai commencé à regarder ces vidéos-là, en me disant « mais en fait je veux comprendre ! » Parce que je me rendais compte que je n'y arrivais pas. Du coup j'ai regardé des vidéos sur Youtube parce que c'est plus facile (rire) et c'est plus sympa, et j'en ai trouvé plein super intéressantes. Et je m'en suis aussi rendu compte car je vivais en colocation avec quelqu'un en surpoids, et j'avais juste envie de lui crier dessus tout le temps ! Quand le gars te réveillait à 3h pour aller faire ses pâtes au Ketchup, tu as envie de le prendre et de le secouer quoi ! C'est pas possible ! Et je me suis dit « mais qu'est-ce que je ne comprends pas chez ces gens-là ? » Tout comme je ne comprends pas le tabac non plus. Parce que je ne fume pas. Donc je vais aussi regarder des vidéos et parler avec des fumeurs, j'ai envie d'apprendre pour être empathique. Ça c'est une démarche qu'on peut tous faire en fait. Pour les pathologies aussi, pas que pour les addictions.

Moi : Oui tout-à-fait. Vu la prévalence de la pathologie et des problèmes liés à l'alimentation en générale, le fait qu'on doive manger pour vivre, qu'on a chacun nos TCA comme vous dites, pensez-vous qu'il faille éventuellement des formations ou bien encourager les médecins

généralistes à essayer de s'informer plus pour véhiculer les bons messages, pour avoir une bonne écoute par rapport aux patients ?

Médecin : Moi je vois à quel point cette démarche d'avoir cherché à comprendre mieux l'obésité pour avoir plus d'empathie a eu un impact sur mes patients.

Moi : Ah ok (intriguée)

Médecin : Parce qu'avant j'avais envie de m'énerver pendant mes consultations et je crois que ça se voyait. Et j'ai l'impression maintenant que les gens se sentent plus écoutés. Et je crois que ne fût-ce que ça c'est intéressant.

J'ai suivi une formation sur l'obésité, et la première partie de la formation c'était purement « comment aborder le sujet avec le patient. J'ai trouvé ça un poil nœud nœud pour être honnête. (rire). C'était un tout peu trop » on va tourner autour du pot pour ne pas dire les choses franco ». Ce que je ne fais pas, j'ai tendance à dire les choses franco en général quand même. Mais je pense que c'est important qu'on ait ces formations là en fait. Il faut (insistance) dire aux médecins, et en particulier aux médecins qui n'ont jamais été confrontés à l'obésité dans leur vie privée, qui n'ont jamais été eux-mêmes obèses, qu'on n'aborde pas un patient qui est en surpoids ou obèse en lui disant qu'il doit bouger son gros cul (rire étouffé). Car j'en connais encore beaucoup qui le font.

Alors après il y a une différence culturelle. Et ça en Belgique c'est une particularité, la différence wallon-francophone. J'ai toujours envie de rigoler quand je vois des médecins flamands qui prennent en charge des patients francophones et vice versa, car il y a un fossé culturel qui fait que des fois on se rentre un peu dans le lard. J'ai le souvenir quand j'avais fait un stage à la KUL, on a eu un patient qui rentrait en coma hyper-osmolaire, qui était une première manifestation de diabète de type 2, et le patient une fois qu'il était réveillé demandait à l'assistant d'endocrinologie pourquoi il avait un diabète de type 2. Et la réponse, avec le bon gros accent flamand de l'assistant d'endocrinologie c'était de dire « Beh toi diabète parce que tu es gros ». Oups (rire étouffé). Ça ne s'est pas bien passé auprès du patient. Et quand j'ai expliqué à l'assistant d'endocrinologie ce qu'il avait fait de mal, il était fâché sur moi parce que j'essayais de lui expliquer qu'il aurait dû tourner autour du pot. Et il me disait « Beh quoi ? Tu veux que je mente à mon patient et que je ne sois pas honnête ? ». C'est une différence culturelle.

La différence entre mes patients francophones et mes patients néerlandophones qui ont un problème de poids, c'est que les francophones ils arrivent en disant qu'ils ont un autre problème, et à la fin de la consultation on finira peut-être par en parler, ou au bout de 3 ou 4 consultations, alors que les néerlandophones ils viennent, ils s'asseyent en face de toi et ils te disent « bonjour je suis obèse » (rire).

Moi : Et par rapport aux réactions des patients, au-delà de cette différence culturelle flamand-francophone, vous voyez des différences de réaction et de réponse au traitement en fonction de l'âge du patient, de son genre homme-femme-autre, en fonction de son milieu, de ses origines ?

Médecin : Oui c'est très différent.

En général il y a beaucoup moins de surpoids chez les patients venant d'un milieu socio-culturel plus élevé. Ils ont plus de moyens économiques, plus de possibilités d'avoir des

connaissances, ils ont plus de temps pour se faire à manger, trucs tout cons. Et donc bah oui forcément ils vont être plus à l'écoute par rapport à ça. Alors que les patients qui galèrent déjà pour survivre, bah en fait voilà ... Manger 5 fruits et légumes par jour n'est pas leur priorité dans leur existence et je les comprends.

Au niveau du genre ... le surpoids est plus accepté chez les hommes que chez les femmes. Un homme bien en chair c'est un bon vivant alors qu'une femme bien en chair beh c'est une grosse (rire). On sent l'influence de la société (rire). Ça permet d'en discuter un peu différemment. Maintenant je ne trouve pas ça si marqué que ça.

Au niveau de l'âge ... j'ai pas l'impression qu'il y ait de grosses différences, ça dépend plus du caractère de la personne finalement.

Au niveau de l'origine ethnique, bah oui forcément il y a des origines dans lesquelles le surpoids est beaucoup mieux vu qu'en Occident par exemple. Dans certaines populations d'origine africaine par exemple, avoir des formes c'est plutôt bien vu. Donc ce sont des gens qui vont moins se poser de questions, et finalement si ils sont contents comme ça bah c'est très bien. Qui suis-je pour dire aux gens ce qu'ils doivent faire de leur vie ? Le jeu pour nous c'est de soigner les patients quand il y a une souffrance ! Si il y a un patient qui est en surpoids mais qui n'en souffre absolument pas, en fait il n'a pas besoin d'être traité ... parce qu'il n'est pas malade.

Moi : Oui c'est ça, s'il n'y a pas de comorbidités liées à cela et qui seraient des motifs de consultation, vous parlez de la dame avec son arthrose ...

Médecin : Oui, et même si d'un côté il y a une comorbidité mais qu'elle est acceptée et tolérée par le patient (par exemple les gens qui fument, certains n'ont pas envie d'arrêter de fumer, parce que les avantages de la cigarette sont plus importants pour eux que les inconvénients qu'ils en retirent), bah en fait on est pas là pour leur dire ce qu'ils doivent faire !

Moi : Tout-à-fait ! Oui c'est ça, ça dépend de leur demande, de leur souffrance. Et par rapport aux éventuels comorbidités psychologiques (en lien avec l'addiction alimentaire) ? Vous voyez, des gens qui seraient anxieux, qui seraient dépressifs ?

Médecin : Alors ça c'est compliqué car il va falloir tirer la pelote et trouver qui est l'œuf et qui est la poule. Et ça c'est parfois des galères sans nom. Et puis parfois on va avoir des patients, comment dire, des gens qui ont un ultime locus externe de contrôle, des gens qui ont fini par se définir par leur souffrance. Par le fait qu'ils sont patients, par le fait qu'ils ne vont pas bien, par le fait que leur vie est difficile. Et on peut pisser dans un violon, ils ne changeront pas. Mais ils ne sont pas bien, mais ils ne changeront pas, mais ils ne sont pas bien. Ce sont des patients comme ça qui reviennent en consultation 1X/semaine pour nous dire qu'ils ne vont pas bien, et tout ce qu'on met en place ... (montre un signe d'échec).

J'ai une patiente en surpoids hyper important, on a essayé de faire des journaux alimentaires, elle ne les a jamais faits car elle n'avait pas le temps, il y avait toujours une excuse, toujours une raison pour laquelle elle n'avait pas fait ce que j'avais demandé.

Des cervicalgies monstrueuses, ingérables, qui lui provoquent des problèmes d'argent parce que la seule chose qui la soulage c'est le chiropracteur qui lui demande 60 euros la consultation, chez qui elle va 3X par semaine du coup ...

Il m'a fallu 3 ans et demi pour la convaincre d'aller voir un kiné spécialisé en dos. Elle a fait 3 séances. Quand je l'ai revue je lui ai demandé « Et ça s'est passé comment les séances ? »

« Ah très bien. » « Ça vous a aidé ? » « Ah beh oui je n'ai pas eu mal pendant toute la période où j'ai été chez le kiné. » Pendant 3 semaines elle n'a eu aucune douleur elle n'a pas dû aller chez son chiropracteur. « Alors pourquoi vous avez arrêté ? » « Parce qu'il fallait faire des exercices ... » Silence (mine exaspérée)

Moi : Ah oui ...

Médecin : Et elle est revenue me voir 3 semaines plus tard. Elle avait de nouveau mal à la nuque. Et là je lui ai dit à un moment « moi je vais arrêter de dépenser mon énergie pour ça ». On revient à cette notion de locus interne et externe de contrôle, si les gens ne veulent pas changer ... On ne va pas leur vendre des solutions miracles. Parce que ça n'existe pas. Et pour plein plein plein de maladies. Pas que pour le surpoids.

Moi : Et vous expliquez à vos patients, avec qui une confiance est déjà établie et qui seraient enclins à l'entendre, cette notion de locus interne et externe de contrôle ? Ceux justement qui ont un fort locus externe, comment réagissent-ils à cette information qui est scientifique ? Est-ce qu'il y a une prise de conscience, est-ce qu'il y a un déni ?

Médecin : Généralement ils sont assez neutres en fait ... Ils sont là « Oui, pourquoi vous m'expliquez ça ? » (rires des deux) Moi j'explique ma démarche quand je leur fais faire des petits jeux de l'oie ou ce genre de choses-là, le but du jeu c'est de leur montrer qu'ils ont le contrôle et qu'ils apprennent. C'est comme quand je prescris un placebo à mon patient je lui explique pourquoi. Parce que je pense qu'en fait il faut arrêter de prendre les gens pour des cons. Et souvent il y a des gens qui reviennent en disant « ça marche votre truc ». « Beh je sais que ça marche, c'est scientifique, ça marche, c'est mon job d'utiliser des trucs qui marchent, sinon je ne le ferai pas ».

En fait je n'essaye pas de changer les gens derrière leur dos ou de les manipuler psychologiquement pour essayer d'obtenir d'eux un résultat. C'est eux qui viennent chez moi en me disant qu'ils ont un problème. Donc moi je vais utiliser tous les moyens qui sont en ma possession pour qu'ils aillent mieux, mais je vais leur expliquer ce que je fais. C'est une question d'éthique en fait.

Moi : Oui c'est ça, c'est normal, vous êtes transparente par rapport à vos méthodes.

Médecin : Du coup parfois les patients sont un peu là « je ne vois quel est le rapport avec mon problème » (rire). « Vous allez comprendre » (rire).

Moi : Ok. Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter, des questions ?

Médecin : Et bien je serais intéressée de voir la grille pour les addictions alimentaires

Moi : L'auto-questionnaire ? Je vais vous l'envoyer, c'est un auto questionnaire qui a été élaboré pour la première fois en 2009 sur base du DSMIV, en lien avec les critères d'addiction, et ça a été révisé en 2016 à la lumière du DSMV. Ça comporte 35 questions, avec les critères en lien avec la tolérance, le sevrage, les types d'aliments (souvent ce sont les aliments à haute palatabilité qui sont concernés, donc les aliments ultra transformés riches en graisses et en sucres) et alors avec la notion de souffrance. Si la notion de souffrance n'est pas là, on ne peut

pas parler d'addiction alimentaire. Il y a des formes validées en plusieurs langues, il existe aussi une forme modifiée/mini, avec une dizaine de questions, plus facile à utiliser en consultation que la forme longue.

Et au final de ce que j'ai pu lire c'est le seul outil qui a été vraiment validé. Parce que l'addiction alimentaire ne fait pas partie de l'ICD 10, du DSMV, des TCA, mais il y a de plus en plus d'études qui montrent que le concept a le mérite d'exister, mais n'est pas formellement identifié en tant que diagnostic précis.

Médecin : Oui et je pense que c'est intéressant non seulement dans le surpoids, mais aussi dans un autre type de situation que je vois aussi de plus en plus dans le cabinet, qui pourrait être vu comme l'inverse du surpoids mais qui ne l'est pas, ce sont les patients orthorexiques.

Moi : Oui tout-à-fait.

Médecin : Beaucoup de patients orthorexiques qui sont obsessionnels sur certains aliments. Sérieusement, à un moment il faut qu'on en parle des body builders qui ne mangent que des asperges toute la journée (rire). Alors oui il y a parfois un objectif, et parfois c'est très temporaire alors c'est normal. Mais il y a des gens qui partent en cacahuète dans l'autre sens. Pffff (yeux ronds)

J'ai un cas intermédiaire, une petite histoire mignonne : une patiente qui vient me voir pour des troubles du sommeil, une patiente que je connais en médecine générale depuis plusieurs années. Elle n'arrive pas à dormir la nuit, elle n'arrête pas de se réveiller plusieurs fois la nuit, elle se balade dans sa maison puis elle retourne dormir. Je ne comprends pas, bizarre son truc. Son endormissement est facile, il n'y a pas de signaux de stress particuliers, voilà, c'était bizarre.

Donc on discute un petit peu, à la deuxième consultation elle revient donc pour ça, et ça ne s'est pas amélioré. Et puis elle me parle de son suivi chez la diététicienne pour son surpoids, une nouvelle diététicienne, ça se passe bien, une très chouette diététicienne, elle lui a donné un plan alimentaire, elle est très contente.

« Et vous perdez du poids ? » « Non ça ne marche pas. » « Et ça fait combien de temps ? »

« 8 semaines. » « Et vous avez perdu du poids ? » « Non j'ai pris 1kg. »

« En 8 semaines de plan alimentaire ? C'est bizarre votre truc ! » Donc je discute un petit peu. La solution est finalement venue de son mari. Qui est venu m'expliquer en consultation qu'il était un peu inquiet pour sa femme parce qu'elle se réveillait la nuit, et qu'en fait « elle pillait le frigo ».

Moi : Elle « pillait » ... ?

Médecin : Elle pillait le frigo, elle bouffait TOUT ce qu'il y avait dans le frigo. Parce qu'en fait pendant la journée elle suivait le plan alimentaire de sa diététicienne comme ça, genre super carré ...

Moi : Oui c'est ça, en fait elle compensait pendant la nuit ... Wow ok ...

Médecin : (Rire) Elle bouffait tout ce qu'elle ne pouvait pas manger pendant la journée !

Moi : Ça porte même un nom « Night Eating Syndrome »

Médecin : Oui c'est ça, c'est quand même le summum (rire).

Moi : Et du coup ?

Médecin : Elle s'en rendait à moitié compte, en fait elle dormait à ces moments-là, elle était à moitié réveillée. Oui elle savait qu'elle était venue manger de temps en temps dans le frigo mais elle ne se rendait pas du tout compte de l'étendue du truc quoi.

Moi : Ah oui donc c'était à moitié conscient en fait ...

Médecin : Oui c'était vraiment « je me grignote un truc quand je me réveille une fois la nuit » mais c'était pas du tout l'idée de « en fait je me fais des repas entiers 3X/nuits » (rire). On a fait un journal alimentaire inversé entre guillemets, donc le matin elle devait vérifier ce qui manquait dans le frigo, pour qu'on se rende compte de l'étendue du truc ... Mais oui c'était gag (rire)

Moi : Et beh ...

Médecin : Je l'ai envoyée chez une psy, et je lui ai fait changer de diététicienne (rire), chez quelqu'un qui fait des traitements moins restrictifs (rire). Je ne savais pas très bien quoi faire avec elle.

Moi : Et les patients que vous avez envoyés chez le psy, pour des troubles alimentaires que ce soit addiction alimentaire, binge eating, il y a des bons résultats ?

Médecin : En tout cas, ils sont contents d'aller chez le psy oui. Et en terme de résultats ... Encore une fois ça dépend ce qu'on entend par résultats. Est-ce que le résultat c'est que mon patient perde du poids à la fin, ou alors c'est qu'il soit content ? Est-ce qu'il y a moins de souffrance ? Moins de souffrance ça je pense que oui, ça a un vrai impact à ce niveau-là. C'est ça le but quoi.

Si les gens préfèrent manger pleins de trucs dans leur vie et avoir un diabète de type 2, en fait c'est leur choix ça ... Ce n'est pas le mien, mais ils font ce qu'ils veulent avec leurs corps.

Moi : Et vous en avez qui avaient envie de perdre du poids, en tout cas de rééquilibrer l'alimentation, et que la psy a permis d'aider, et sans laquelle ça aurait été vraiment compliqué ?

Médecin : Je pense qu'en tout cas ça aurait été nettement moins vite et que du coup c'est moi qui aurait dû faire son travail à sa place, je ne suis déjà pas qualifiée pour, et puis ça fait de très longues consultations.(rire)

Moi : Oui c'est vrai. Ça prend systématiquement du temps d'aborder ces thèmes, vous faites des consultations de combien de temps ?

Médecin : Une demi-heure.

Moi : Et ces patients-là quand on en vient à discuter du sujet de l'alimentation ...

Médecin : C'est en fin de journée, et ça met 1 heure et demi si il faut une heure et demi. C'est le problème du paiement à l'acte, on a toujours besoin de plus de temps que ce qu'on a. Moi je prends mon temps. Encore tout-à-l'heure un patient est venu me parler d'alimentation ça a duré une heure. Il faut le temps qu'il faut quoi. Et encore, on a jamais l'impression d'avoir vraiment fait le tour en une heure. On parle de manger, ça représente quoi, plusieurs heures sur une journée, sur toute ta vie. C'est quand plus compliqué à discuter que le rhume qui a commencé avant-hier (rire).

Moi : Oui tout-à-fait. N'avez-vous rien d'autre à ajouter ?

Médecin : Non, merci.

Moi : Merci à vous, je vais arrêter l'enregistrement.

Médecin 2

Impressions générales :
Entretien d'une durée de 42 minutes
Ouvrte au sujet, prête à aider, explique qu'elle n'a pas les connaissances
Ouvrte à changer sa pratique

Moi : Du coup je me présente, moi c'est Audrey, je suis assistante en 3^e année de médecine générale, et donc je fais un TFE sur l'addiction alimentaire, surtout sur la relation que les patients ont avec l'alimentation, et comment le généraliste aborde cela dans sa pratique. Du coup ici l'idée est de comprendre ensemble les enjeux de ce thème-là et la problématique en générale, via des entretiens avec des généralistes, d'une durée de 30 minutes à 60 minutes. Sentez-vous libre de dire tout ce que voulez, tout ce qui vous passe par la tête, il ne faut aucune connaissance spécifique. L'idée est d'avoir le plus de réponses, d'avis, d'idées possibles.

Vous êtes le Dr X, vous travaillez ici depuis longtemps ?

Médecin : A la maison médicale depuis 2019.

Moi : C'est une maison médicale à l'acte ou au forfait ?

Médecin : C'est une maison médicale au forfait.

Moi : Au forfait, d'accord. Et donc dans votre patientèle, vous êtes souvent confrontée à des problèmes de surpoids, d'obésité, quelle est votre expérience par rapport à ça ?

Médecin : Beh tous les jours il y a des patients qui viennent nous voir et qui sont en surpoids ou obèses. Donc oui, on le voit tous les jours, maintenant est-ce que je l'aborde à chaque consultation, pas spécialement. Enfin pas toujours, parce que parfois on manque de temps. Mais c'est sûr que c'est un problème malheureusement très fréquent.

Moi : Et pour vous qu'est-ce qui fait que la prise en charge de l'obésité ou du surpoids c'est une réussite ou un échec ? Qu'est-ce qui conditionne le fait que certains arrivent à perdre du poids plus facilement que d'autres ?

Médecin : Comment ça se fait vous voulez dire que certains y arrivent et pas d'autres ?

Moi : Oui voilà ...

Médecin : Je pense qu'il faut bien tomber dans l'agenda du patient entre guillemets. Enfin moi ma technique entre guillemets c'est que je mets les gens sur la balance très très souvent. Si je

n'ai pas le temps d'en parler, et bien ça me permet d'objectiver, et alors parfois les gens sont surpris. Ce que je demande aussi c'est quel est le dernier poids selon vous, enfin je demande au patient combien il pense peser. Aussi parce qu'on a des balances à l'ancienne, où on doit placer le curseur au bon endroit, donc ça aide à savoir, et souvent on est surpris parce qu'ils ont plus que ce qu'ils pensent ...

Moi : ah oui c'est ça ok ...

Médecin : Donc ça c'est déjà parfois une prise de conscience pour le patient ...

Et après je pense à une expérience récente justement, j'ai eu un retour d'une des collègues, j'avais vu une patiente que je ne connaissais pas et qui venait pour un problème autre, et j'avais le temps et du coup j'ai abordé le problème de l'obésité. Et donc j'ai donné des conseils de base. En général je demande un peu ce qu'ils mangent pour essayer de comprendre et dire ce qu'ils peuvent adapter dans ce qu'ils font déjà.

Et puis alors j'avais proposé d'aller voir une diététicienne. Et 2 mois après elle avait été voir ma collègue, elle avait déjà perdu du poids, et elle lui avait dit que « j'étais tombée au bon moment ». Je crois que c'est ça qui conditionne la réussite, c'est que le patient en fait une priorité lui aussi. Il y a des patients pour qui ce n'est pas à l'agenda de perdre du poids parce qu'il y a d'autres préoccupations. Donc je pense pour moi le plus grand facteur déterminant c'est que le patient soit prêt à ce qu'il y ait du changement, et qu'il mette de l'énergie là-dedans.

Moi : Oui c'est ça ... Donc c'est le principal facteur, l'agenda du patient, tomber au moment pendant lequel c'est sa motivation, sa préoccupation ...

Médecin : Oui, après je pense qu'il y a des gens motivés pour qui c'est difficile malgré tout. Je pense qu'il y a des habitudes qui sont difficiles à faire changer, et puis je pense qu'on n'est pas tous égaux. Certains vont plus facilement perdre du poids, plus facilement en prendre, à alimentation égale, ça je pense aussi.

Ça et alors je crois que l'environnement familial aussi va faire beaucoup. Je pense aux enfants notamment, si on veut que ça marche pour un enfant obèse, il faut que les parents soient ..., enfin ce sont les parents les premiers ... les premiers acteurs pour moi.

Moi : Oui tout-à-fait ...

Médecin : Et alors heu ... le stress, aussi la situation de vie du patient, quand je parle de l'agenda et de sa priorité, c'est que parfois les gens sont submergés par d'autres soucis, ce qui fait que leur poids c'est le cadet de leurs soucis justement.

Moi : C'est ça oui voilà ... Et alors il y a d'autres facteurs ? Vous insistiez déjà sur le temps de la consultation, on n'a pas toujours le temps ...

Médecin : Aahh oui c'est vrai ...

Moi : Et l'agenda du patient, mais par exemple dans un contexte de dépistage, vous connaissez un patient qui a un problème de surpoids ou d'obésité qui vient régulièrement chez vous, qui vient à chaque fois pour d'autres motifs, est-ce que in fine vous finissez par aborder la

question ou voilà par exemple il vient pour un vaccin et ça se termine en consultation de prévention, je ne sais pas ... Y a-t-il un moment donné dans votre expérience où vous avez abordé le sujet alors que ce n'était pas le motif de la consultation ?

Médecin : Ah oui ça souvent, notamment par le ... Après il y a des motifs de consultation qui nous permettent de plus facilement aborder le problème, typiquement les douleurs orthopédiques, ça on peut faire un lien de rapprochement. Heu ... chez le patient qui a déjà un âge pour être dépisté pour tout ce qui facteurs de risque cardiovasculaire, beh heu, au moment de la prise de sang aussi, les patients sont souvent demandeurs de faire des bilans sanguins, ça peut aussi pour moi être un levier mais donc ... Oui moi ça m'arrive souvent d'interpeller les gens ... Heu voilà quand je demande aussi comment les gens se sentent, si ils se sentent en bonne santé, si quelqu'un d'obèse me répond qu'il se sent en bonne santé, je dis que pour moi il y a quand même quelque chose qui me préoccupe dans sa santé.

Moi : C'est ça ... Et donc à ce moment-là comment ça se passe au niveau de la réaction du patient, et la gestion de cette réaction au moment même ?

Médecin : J'ai l'impression que beaucoup de patients sont obèses depuis toujours, ou en surpoids depuis toujours, j'ai beaucoup de patients pour qui, quand on regarde les historiques de BMI, ils ont été des enfants dodus et voilà ils ont malheureusement toujours eu ce problème qui leur collait à la peau ... Donc j'ai vraiment l'impression que certains en font une fatalité, donc heu ... quand on en parle ... enfin une fatalité, c'est un peu péjoratif de dire ça, je n'en veux pas être jugeante, mais certains se disent que c'est comme ça et qu'ils seront toujours comme ça. Donc quand on l'aborde beh heu ... Parfois je pense que les gens sont contents quelque part ... et puis d'autres heu ... d'autres ne prennent pas spécialement conscience que c'est mauvais pour leur santé (rire) et donc c'est un travail d'information d'abord ... Je ne sais pas, je ne leur demande pas « tiens qu'est-ce que ça vous fait que je vous en parle », (rire) je pourrais ...

Moi : Non non mais de ce que vous avez-vous ...

Médecin : Mais là où je fais vraiment attention et je prends des pincettes, ce sont les jeunes adolescents qui ne sont pas encore bien dans leur peau, là j'insiste toujours que ce n'est pas un problème esthétique, que c'est un problème pour leur santé, parce que là j'ai peur d'éventuellement les vexer, ou bien de ... J'essaie vraiment de leur expliquer que ce n'est pas jugeant, que c'est pour leur santé, et que je m'inquiète ...

Moi : Oui c'est ça ... Et vous aviez parlé tout à l'heure de référer à un diététicien etc. Qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné ou un autre vous référez plutôt ou moins tôt à des spécialités, et à quelles spécialités ? Uniquement diététiciens ou bien, il y a d'autres paramédicaux ?

Médecin : Je ne sais pas trop si votre TFE aborde la question de la pédiatrie, mais en tout cas les enfants, je vais beaucoup plus vite ... en tout cas les enfants obèses, je vais beaucoup plus vite envoyer, alors parfois j'envoie même à des cliniques de l'obésité etc ... Donc ça, je trouve qu'ils sont bien pris en charge, avec un système multidisciplinaire, et aussi avec une approche plus familiale, plus systémique, donc ça aussi je trouve que c'est important ...

Pour les adultes qu'est-ce qui fait que ? (se repose la question à haute voix) Beh je dirais la motivation déjà, parce que (sourit) il faut que les gens soient motivés déjà pour aller voir une diététicienne, heu ... donc si les gens ne veulent pas, je n'insiste pas ... Et je dirais ... peut-être aussi il y a des gens qui font déjà (insiste sur le mot) beaucoup de choses, des techniques, et qui ont un peu l'impression d'être à court d'idées et je pense que là ça vaut la peine ... Et puis c'est vrai que parfois je redoute, enfin pas que je redoute mais je me demande ce qu'expliquent les diététiciennes, parfois j'ai l'impression que c'est strict, c'est très restrictif, et pour certains patients ça ne va pas pas marcher, ils ne vont pas savoir s'y tenir entre guillemets. Beh donc voilà il faut savoir chez qui envoyer pour ne pas que ce soit des choses impossibles à faire quoi.

Moi : Et justement dans votre maison médicale ici, il y a une multidisciplinarité ?

Médecin : Il n'y a pas de diététicienne, mais du coup il y a des kinés, des médecins, des infirmiers, une assistante sociale, la gestion administrative, la santé communautaire aussi ... Et en fait on réfléchit actuellement à des collaborations extérieures et c'est sûr que, pour le moment on est dans une phase où chaque sous-groupe réfléchit à une proposition, mais le pôle diététique a évidemment du succès. Et donc probablement qu'on va envisager une collaboration extérieure, mais pour le moment ce n'est pas le cas.

Moi : Mais vous en avez déjà discuté en équipe ?

Médecin : Oui oui bien sur ...

Moi : Et vous avez un exemple de situation où justement l'aspect maison médicale avec cette multidisciplinarité était intéressante pour la prise en charge d'un patient avec un problème de surpoids ou d'obésité ? Même si il n'y a pas de diététicien, avec par exemple le kiné ?

Médecin : Beh on a des cours de gym ici qui sont donnés par nos kinés ou des kinés extérieurs. C'est aussi un bon procédé, car bon pour moi quand il y a un problème de surpoids ou d'obésité il y a aussi la question du mouvement... En général les patients et les patientes (surtout les patientes) vont au cours de gym et sont intéressés par le cours de gym, c'est chouette on peut collaborer ... Alors après ... pour la question plus spécifique du diabète, c'est souvent une association, on avait une infirmière qui faisait de la diabétologie, mais ça ça a un peu perdu son souffle. Elle faisait des entretiens plutôt avec les gens, un peu motivationnel par rapport à l'alimentation ... Mais heu sinon ... en terme de maison médicale et la pratique ici chez nous ... Par contre je pense que ce qui peut aider, cfr ce que je disais tout à l'heure, c'est parfois quand on va chez un autre médecin de l'équipe, par exemple si un collègue n'est pas là ou que je ne suis pas là, et que je vois un des patients et que j'aborde la question avec ce patient alors que je ne le connais pas, voilà j'ai l'impression que parfois la position un peu de outsider comme ça peut heu.. avoir un plus et impact plus important ...

Moi : Pour le patient ?

Médecin : Pour le patient j'ai l'impression oui ...

Moi : D'accord ... Je change un peu de sujet mais par rapport à la prise en charge de l'obésité, et surtout ici de l'obésité en tant que telle, vous quelle est votre opinion et quelle est votre expérience par rapport à la chirurgie bariatrique ?

Médecin : (Sourit) Ah bonne question ... J'ai quelques patients qui pour finir ont décidé de recourir à cette technique. Moi il est vrai que j'essaie toujours de les dissuader (rire), enfin c'est-à-dire de m'assurer qu'ils ont tout fait avant de passer à cette étape-là. Hum ... C'est vrai que j'essaie de leur rappeler tous les effets secondaires et l'inconfort à manger etc après. Donc c'est vrai que j'ai plutôt un a priori négatif, maintenant il y a des patients chez qui il y a vraiment des grosses comorbidités cardiovasculaires et chez qui beh voilà on voit des diabètes guérir, enfin s'améliorer ... je pense qu'elle peut avoir sa place mais ... moi je suis plus friande sur la prévention et voilà éviter qu'on doive en arriver là.

Moi : Et vous vous avez dans vos patients des gens qui ont eu une chirurgie bariatrique et chez qui ça a marché, ou pas ?

Médecin : Ou pas ça oui, il y en a qui reprennent du poids et qui sont ... voilà après quelques années ... Je pense que si on ne change pas les habitudes c'est difficile de ... voilà c'est un peu un coup dans l'eau. Maintenant j'ai quand même une patiente, dont la chirurgie est assez récente, date d'il y a 1 an, mais elle a fort maigri, elle pèse 60kg, elle a un BMI à 19 donc c'est parfait, mais elle n'arrive plus à arrêter de perdre ...

Moi : Ah oui ?

Médecin : Donc pour moi c'est aussi un problème, voilà elle perd trop, malgré qu'elle essaie de manger, elle est très vite rassasiée.

Moi : Ah oui c'est ça ...

Médecin : Donc oui je pense que pour certains patients qui ont déjà essayé beaucoup, ils sont soulagés que quelque chose marche, mais par contre pour l'image de soi et l'impact psychologique que ça peut avoir, je trouve que ce n'est pas toujours facile. Passer de obèse à un BMI à 19 je pense que ...

Moi : Oui ... Et vous disiez que chez certaines personnes ça ne fonctionne pas, ils reprennent du poids après quelques années en général, qu'est-ce qui fait qu'ils reprennent du poids, vous avez parlé des habitudes, est-ce qu'il y a éventuellement d'autres éléments qui pourraient expliquer cette reprise de poids ?

Médecin : Heu bonne question j'avoue que je ne m'y connais pas fort ... Le grignotage peut-être, le fait qu'ils doivent fractionner leurs repas donc pour finir ils mangent plus, le stress peut-être, l'aspect psychologique, le manque d'activité physique peut-être ... Si ça ne fait pas partie d'un programme plus global ... Hum qu'est-ce qui fait que ... oui, je n'ai pas beaucoup d'autres idées (rire)

Moi : Non mais c'est par rapport à votre expérience, au-delà des connaissances ...

Médecin : J'ai l'impression que les gens qui reprennent du poids, ce sont souvent des gens qui sont dans une sorte de, dans un manque de mobilité, qui ne travaillent pas, qui ne sont pas dans la vie active et qui ... voilà j'ai l'impression que ça fait partie d'un immobilisme un petit peu ...

Moi : Donc oui c'est ça, il y a l'activité physique ...

Médecin : Mais au-delà de ça, la patiente à laquelle je pense, elle n'a malheureusement pas beaucoup de vie sociale, pas beaucoup de liens sociaux, de programme ... Voilà j'ai l'impression que ça participe aussi à la reprise de poids ... Maintenant j'imagine qu'il y a d'autres mécanismes plus ... biologiques qui peuvent expliquer la reprise de poids, mais ça je ne les connais pas ...

Moi : Oui d'accord, donc aussi des mécanismes sociaux et psychologiques aussi ...

Médecin : Oui oui certainement.

Moi : Ok. Et du coup j'en viens un peu à votre expérience par rapport aux troubles alimentaires, donc aux troubles du comportement alimentaire, plus spécifiquement ce qui concerne l'hyperphagie, le binge eating, la boulimie ... Qu'est-ce que vous pouvez me raconter de votre expérience par rapport à ça de manière générale ?

Médecin : Heu ... Bah je dirais que c'est un peu comme ... Enfin quand les gens m'en parlent c'est un peu comme une addiction à un produit, pour finir c'est un peu comme une addiction parmi d'autres ... je pense ici à une patiente qui a bien perdu du poids et puis là qui est dans une période de sa vie plus difficile et qui dit « je mange, j'ai pas envie mais je mange », c'est un peu compulsif quoi ... Et voilà pourtant elle vient en consultation pour en parler, donc elle est consciente du problème, c'est pas pour autant que ça débouche sur un changement de comportement. J'ai l'impression que c'est souvent compensatoire quand c'est comme ça, il y a quelque chose qui explique que le patient a besoin de ... Enfin souvent il y a plusieurs éléments, cette patiente-là à laquelle je pense, elle avait réussi avant ça à perdre du poids, elle faisait du sport, à la maison tout allait bien etc. Puis en un coup tout dégringole et les soucis avec les enfants, elle n'a plus l'énergie d'aller faire du sport, du coup elle mange plus, et c'est un peu ... un cercle vicieux, j'ai l'impression.

Moi : Et heu, donc pour vous, vous parliez d'addiction à un produit, c'est l'explication aux troubles du comportement alimentaire en général ou ?

Médecin : Non ça je pense pas, du moins pas uniquement, mais j'imagine qu'il y a le circuit de la récompense aussi qui intervient de la même manière, allez je peux bien imaginer que quand il y a cette sensation de craving, de vouloir tout faire pour avoir quelque chose à manger, ça j'ai l'impression que certains patients décrivent ça, heu donc je n'oserai pas dire que c'est la même chose, mais j'ai l'impression qu'il y a des mécanismes communs avec l'addiction. Après la boulimie, je ne m'y connais pas encore assez bien ...

Moi : Mais l'hyperphagie vous fait penser quelque part à un comportement addictif à un type de produit alimentaire...

Médecin : Oui c'est ça ...

Moi : Et quels produits en général, de ce que les patients ont pu vous raconter ?

Médecin : C'est rarement des choses bonnes pour la santé, c'est plutôt des sucreries ou des chips ou des choses comme ça, des choses faciles à manger, plus que manger un gros plat de ratatouille (rire).

Moi : Ça c'est clair (rire). Du coup voilà ici vous m'évoquez le terme addiction, la notion d'addiction alimentaire, avant que je ne l'évoque avec le sujet de mon TFE, est-ce que vous la connaissiez ?

Médecin : Pas vraiment, d'ailleurs ici j'en parlais ici avec une collègue « ah oui je vais faire une interview pour un TFE sur les addictions alimentaires », c'est marrant parce que elle a dit « Ah ... comme heu anorexie, boulimie ? » « Eh beh en fait j'en sais rien » (rire). Donc voilà je ne savais pas du tout en quoi ça allait consister. C'est vrai que je l'utilise pas beaucoup, addiction alimentaire. Mais pourquoi pas, je trouve que ça peut bien aller.

Moi : Et vous en avez déjà entendu parler ?

Médecin : Addiction alimentaire, je ne pense pas.

Moi : Et comment vous définiriez le concept ? Enfin de manière intuitive, qu'est-ce que ça vous évoque là comme ça ?

Médecin : Je dirais que ... ça concerne des personnes qui ont une dépendance et peut-être un usage un peu compulsif de la ... de la nourriture ... Et j'ai l'impression que souvent il y a certaine conscience du problème, enfin je me trompe peut-être, mais enfin les patients qui m'expliquent ça ils sont conscients du problème, ils aimeraient bien que ce en soit pas comme ça, mais c'est plus fort qu'eux, entre guillemets.

Moi : Oui c'est ça.

Médecin : Oui voilà en tout ça je crois qu'il y a cette dimension.

Moi : Ok. Et donc du coup oui vous m'avez parlé de patients qui vous évoquent un peu cette problématique-là, et donc ce qui a fait que vous avez songé à ça chez vos patients, c'est cette notion de compulsion, de craving, c'est ça ?

Médecin : Oui. Oui peut-être à tort mais, heu c'est ça qui me donne l'impression oui, de ne pas pouvoir s'arrêter, qu'une fois qu'ils ont mangé un bout de chocolat, ils doivent terminer la tablette, c'est ça oui.

Moi : Et alors, oui du coup comme ça je vous explique le concept, l'addiction alimentaire, ce n'est pas encore un diagnostic officiellement reconnu, ce n'est pas dans l'ICD 10, ce n'est pas dans le DSM V, ce n'est pas même pas dans les troubles du comportement alimentaire. Maintenant il y a de plus en plus d'études qui montrent que le concept en fait a le mérite d'exister. Alors il y a eu deux grosses méta-analyses, dont la dernière en 2022, de ce que moi j'ai vu dans la littérature, qui regroupaient quand même quasi 200000 patients, qui montraient que ça concernait 1 patient sur 5.

Médecin : (Soupir d'étonnement) énorme !

Moi : Donc en fait c'est un peu le concept qui explique qu'il y a des similarités à la fois au niveau des comportements addictifs et au niveau neurobiologique – vous évoquiez à juste titre le circuit de la récompense – entre les addictions (avec la sécrétion de dopamine et d'autres neurotransmetteurs) et la consommation d'aliments à haute palatabilité, donc tout ce qui est sucre et matières grasses. Donc ça c'est un petit peu le concept d'addiction alimentaire. Et donc au final le seul élément qui est validé et qui permet de le détecter, c'est un questionnaire, enfin un auto-questionnaire de dépistage, qui a été élaboré une première fois en 2009, une deuxième fois en 2016, sur base des critères d'addiction, donc d'abord à partir du DSM IV et puis du DSM V. Justement dans le but de voir si voilà il y a une addiction alimentaire ou pas. Alors la version française a été validée, il y a aussi une version mini, avec juste 13 questions, donc je l'ai apportée ici ...

Médecin : Ah ouais, super (enthousiaste, sourit)

Moi : Donc dites-moi un peu ce que vous en pensez, si vous seriez prête à l'utiliser, et ce que ce serait utile et utilisable pour vous en consultation ?

Médecin : (Regarde attentivement le questionnaire)

Moi : Donc il y a toute une série de questions qui pointent à la fois les aliments, les phénomènes de sevrage, de tolérance, de souffrance aussi ..

Médecin : (Regarde le questionnaire). Donc c'est ça on retrouve un peu les caractéristiques des addictions plus globales quoi. Les répercussions que ça peut avoir ...

Moi : Donc ça s'appelle le YFAS, le Yale Food Addiction Scale.

Médecin : Ah oui je vois.

Moi : Bon après c'est la version longue, il existe aussi la version mini ...

Médecin : Oui c'est intéressant, c'est un peu long en effet, c'est juste qu'avec un patient en consultation, il faut qu'il vienne pour ça alors, qu'il fixe un rdv pour ...

Moi : Il faut qu'il y ait le temps ...

Médecin : Oui il faut qu'il y ait le temps ... Et parfois les patients ont parfois des difficultés à se situer sur une échelle de fréquence je trouve ... Moins d'une fois, deux fois par mois, etc. Les gens sont un peu trop évasifs parfois ... C'est parfois plus facile des réponses binaires, oui non (rire). Mais bon après c'est moins nuancé, donc sans doute pas possible ici, mais ça a l'air intéressant, oui ... Je pense que c'est pertinent en effet ...

Moi : Est-ce que du coup cela pourrait être une aide pour aborder le sujet avec le patient vous pensez, d'avoir cet outil-là ?

Médecin : Hum oui après je ne sais pas si je commencerais d'emblée par ça. Parce que ce n'est quand même ... pas rien donc ... C'est assez conséquent comme ... Parfois c'est bien d'avoir un entretien minimal comme avec le tabac « vous avez déjà pensé à arrêter, oui/non ». C'est juste que je crois que ce n'est pas la première chose que je ferais, pour répondre à la question ...

Moi : Ou comme aide-mémoire ?

Médecin : Oui ce à quoi je devrais être attentive, ça je pense, en effet ... Oui peut-être pour moi à garder en arrière-plan pour savoir quoi poser comme question. Pas sûre que je le sortirais, en tout cas pas la première fois.

Moi : Oui oui non non, c'est ça (compréhensif). Dans ce contexte là, vous êtes-vous déjà dit « tiens mon patient ici, il n'a pas une relation qui est saine avec l'alimentation », qu'est-ce qui a fait que vous vous êtes dit ça, et est-ce que vous avez pu l'aborder ou pas avec le patient, et qu'est-ce qui a fait que ça s'est mis ?

Médecin : Qu'est-ce qui a fait que ça s'est mis ? ... C'est plus facile quand le patient vient avec cette plainte-là évidemment. Je crois que quelqu'un (peut-être à tort) qui a un BMI normal, qui n'a pas de carence à la biologie sanguine si on a fait une prise de sang, je ne pense pas que j'aborderais le problème.

Moi : Oui oui.

Médecin : Ça j'avoue, pourtant il y en a peut-être qui ont une addiction alimentaire dans cette population-là, mais j'aborderais pas le problème. Donc je pense que je questionnerais, comme je disais tout à l'heure souvent j'essaie de passer la journée en revue de demander aux gens ce qu'ils mangent au déjeuner, puis en matinée ce qu'ils grignotent, puis à midi, enfin bref ... Comme ça je me rendrais compte que quelqu'un consomme plus ...grignote peut-être davantage, mange plus de glucides, ou de sucres rapides ou de graisses. J'aime bien savoir ce que les gens mangent, j'ai l'impression qu'ils me le diraient, et ce qui m'inquiéterais c'est s'ils me disent qu'ils grignotent beaucoup. Quand je demande les sodas aussi, ça je demande quand même souvent, les sucreries, les chips ... Le soir devant la télé (rire), ça c'est souvent décrit.

Moi : Donc chez les gens en surpoids ou en obésité, qu'ils aient ou non cette demande, à savoir dans le cas où ils ont la demande et dans le cas où ils n'ont pas la demande de perte de poids, de rééquilibrage alimentaire, est-ce que ça vous vient à l'idée d'aborder ce thème-là ...

Médecin : Le rapport ...

Moi : Leur relation à l'alimentation ... Ou alors est-ce que ça s'est mis une fois comme ça au final dans une consultation et, est-ce que vous avez un souvenir avec certains patients, même en stage ou autre ?

Médecin : Beh je ne le fais pas, mais maintenant que vous en parlez (sourit) je me demande s'il ne faudrait pas poser la question. A la première consultation on demande toujours s'ils consomment tabac, alcool et autres drogues. Je ne vais jamais demander « quelle est votre relation à la nourriture », ça je ne pense jamais évidemment, j'avoue.

Moi : C'est évidemment peut-être un peu cru hein, mais est-ce qu'au final les patients vous en ont parlé ?

Médecin : Oui ça les patients en parlent, et si moi je le questionne c'est parce qu'il y un problème sous-jacent de BMI anormal, et je le questionne pas à chaque fois comme je le disais tout à l'heure parce que malheureusement, on n'a pas le temps.

Moi : Oui ...

Médecin : Ou alors parce qu'on l'a déjà fait, ou parce qu'on a moins d'énergie ce jour-là (rire), où parce qu'il y a d'autres problèmes dont il faut discuter. Mais je ne questionne pas du tout de manière systématique la relation du patient envers son alimentation ... Pourtant ça pourrait être pertinent mais ...

Moi : Ok. Oui donc ce sont surtout des contraintes logistiques de temps, et de quelque part d'autres priorités au niveau de la santé et pour le patient ?

Médecin : Oui c'est ça je pense. Il y a une banalisation aussi dans notre société je pense de ce problème-là malheureusement. J'aime bien, je ne sais pas si vous avez vu le, oh mais je ne vais pas retomber sur le nom, un film, ah le nom (recherche le nom), où ils vivent dans la forêt, c'est une famille, un papa qui vit avec ses enfants dans une forêt, je ne tombe pas sur le nom bref, où ils font tous beaucoup de sport, la maman décède durant le film etc. et eux, alors les enfants vivent tout-à-fait en autonomie avec leur papa, ils font beaucoup de sport, ils mangent sainement etc. Puis quand ils vont (c'est aux USA), je ne sais plus où est-ce qu'ils vont, ils voient tout des gens obèses, et ils se disent « mais qu'est-ce qu'ils ont ces gens ils sont tous malades papa ? ». Et moi je me dis que c'est vrai pour finir on oublie que c'est un problème de base dans la santé, que c'est un gros problème de santé. Peut-être que nous aussi on se laisse emporter par cette banalisation, et voilà, on ne devrait pas mais voilà j'ai l'impression que ça peut en partie expliquer le fait qu'on ne le questionne pas assez.

Moi : Oui c'est ça. Ça devient tellement fréquent qu'au final ...

Médecin : Malheureusement, c'est ça.

Moi : Que même les médecins au final eux-mêmes ...

Médecin : Oui certains médecins souffrent aussi eux de ... Oui désolée je m'égare un peu de la question, je ne sais plus très bien quelle était la question ...

Moi : Non non pas de souci. Donc oui la question de la relation à l'alimentation, avec les patients qui seraient concernés éventuellement, chez qui vous vous dites tiens, c'est bizarre, j'entends qu'il y a des notions de craving, par exemple hein, ou voilà, un focus sur un aliment en particulier, beaucoup de chips le soir. Qu'est-ce que fait que vous abordez la relation à l'alimentation dans ce contexte ?

Médecin : Donc la question du BMI du coup, la contrainte temporelle ça c'est clair, l'agenda ... Mais ici on a l'avantage, par rapport à la question de la maison médicale au forfait, on peut re-convoquer les gens sans qu'il n'y ait d'incident financier, et donc heu ... Justement quand on n'a pas beaucoup de temps mais que j'aborde quand même la question, et que les gens sont motivés ou intéressés, qu'on creuse la question, là je leur fixe souvent un rdv où on parle que de ça. Même si je n'ai pas une formation de diététicienne, je pense qu'on peut déjà débroussailler quoi.

Moi : Oui c'est ça, vous pouvez revoir les gens facilement. Ah oui je me demandais, quand on parlait des spécialités vers lesquelles on référerait, diététique etc, est-ce que par hasard il y a des fois où, plus dans un registre des troubles du comportement alimentaire, la psychologie/le psychologue a aidé ? Avez-vous des exemples de cas dans votre expérience ?

Médecin : Oui. Enfin je me trompe peut-être mais j'ai l'impression que quand on est devant un trouble du comportement alimentaire, qui pourrait être l'hyperphagie éventuellement, enfin je ne sais pas si l'hyperphagie fait partie des troubles du comportement alimentaire, ou si l'addiction alimentaire est regroupée dans ce terme-là, mais souvent il y a une souffrance psychologique sous-jacente/accompagnante, du coup je trouve que ça vaut la peine d'accompagner les gens par rapport à ça, certainement. Pour moi c'est une prise en charge multidisciplinaire.

Moi : Oui c'est ça. En tout cas par rapport aux troubles du comportement alimentaire. Et par rapport aux gens qui n'auraient pas spécialement un trouble du comportement alimentaire, pas spécialement diagnostiqués boulimiques ou autre, ou qui n'ont pas spécialement de craving ou des compulsions alimentaires d'hyperphagie, mais qui ont un problème de surpoids/d'obésité, qui grignotent assez souvent, chez qui il y a un problème au niveau de leur alimentation, est – ce que ça vous est déjà venu à l'idée de les envoyer chez le psychologue, ou même pour quelque chose d'autre et au final, il y a eu une amélioration ? Ou peut-être pas, je ne sais pas ...

Médecin : Oui, en même temps, je ne suis pas sûre que c'est le problème seul de l'alimentation qui m'aurait motivée à le faire, j'ai l'impression que c'est plutôt dans un contexte ... plus général, et que c'est souvent alors malheureusement il y a aussi une souffrance psychologique autre ... Mais je pense que tout ce qui est thérapie cognitivo-comportementale ou des choses comme ça peuvent vraiment avoir leur place ... dans l'accompagnement des personnes qui ont des troubles du comportement alimentaire, ou qui grignotent beaucoup ou que sais-je ... Ça je pense ...

Moi : Oui c'est ça ...

Médecin : Et je pense que le lien social aussi, la remise en mouvement est super importante, vraiment.

Moi : Ok. Et vous n'avez pas de psychologue dans votre maison médicale ?

Médecin : Non, non. On travaille volontiers avec un centre de guidance qui est là-bas plus bas. Voilà ils sont aussi débordés ... On connaît tous la réalité de la santé mentale, mais heu ... on travaille souvent avec eux. Récemment une collègue avait eu les coordonnées d'une personne qui était une psychologue dans le quartier, qui justement était spécialisée dans les troubles alimentaires, intéressant, je pense que ça pourrait être une personne référente.

Moi : Ah, vous avez déjà travaillé avec elle ?

Médecin : Moi pas, mais ma collègue avait déjà envoyé un patient chez elle, je ne sais pas quel est le retour.

Moi : Là de ce qu'on a discuté, voyez-vous un parallélisme avec les autres addictions, en terme de communication avec le patient sur le sujet, de diagnostic et de prise en charge, ou bien est-ce un peu hâtif de faire un parallélisme ?

Médecin : Moi il me semble que oui, et je pense que pour un peu évaluer où en est le patient dans son agenda, il y a l'entretien motivationnel qui peut nous aider aussi, voir un peu où est-ce qu'on en est, et voilà ... Et donc je pense que oui, et on peut clairement faire un parallèle entre d'autres produits et ... Et ça me fait penser moi aussi aux personnes qui ont une addiction aux jeux ... C'est peut-être un comportement ou heu ... Parce qu'ici l'alimentation en elle-même ne va pas entraîner une distorsion de la réalité comme la plupart des drogues. Mais par contre pour le reste ça peut être rapproché ... des autres addictions ... Et oui pour moi l'entretien motivationnel serait une idée ... Le non jugement ... Voir aussi quels sont aussi les produits dans notre environnement, ça c'est le même principe ...

Moi : Oui c'est ça, quels sont les aliments à la maison qui posent problème (rire)

Médecin : Oui c'est ça voilà, qui fait les courses, ce sont de bêtes questions, mais explorer tout ça, avec les lunettes de l'exploration d'une addiction ça peut être utile oui.

Moi : oui c'est ça oui. Du coup quand vous parlez d'agenda du patient, vous faites référence à l'entretien motivationnel en partie ?

Médecin : Eh bien c'est-à-dire, moi j'ai en tête que ça ne sert à rien d'aller convaincre un patient d'arrêter de fumer si lui n'a pas envie d'arrêter de fumer. Et donc c'est le même principe, si quelqu'un entre guillemets est confortable dans son comportement compulsif envers la nourriture, et qu'à ce moment-là il n'est pas franchement convaincu que ça lui ferait du bien de diminuer, je pense que ça ne va pas marcher, c'est ça que je veux dire ...

Moi : Il faut qu'il y ait cette motivation ...

Médecin : Il faut qu'il y ait une motivation, et qui ne suffit pas toujours en plus (rire).

Moi : Oui oui c'est ça (rire).

Médecin : Il ne suffit pas de le vouloir, mais je pense qu'il faut d'abord le vouloir.

Moi : Oui ça c'est clair. Je ne sais pas si vous avez des questions, ou bien quelque chose à ajouter par rapport à cet entretien ?

Médecin : Heu non c'est intéressant, et qu'est-ce qui vous a donné envie de faire votre TFE là-dessus ?

Moi : Réponse cfr intro

Médecin : Allez, intéressant, merci !

Moi : Y a pas de souci ! Et vous comment avez-vous vécu l'entretien ?

Médecin : Je me rends compte que je ne connais pas grand-chose sur le sujet (rire). Mais c'est intéressant, je pense que ça permettra d'être un peu plus attentif, d'avoir un peu ça en tête quand on voit les patients ... Et la question de la relation à l'alimentation c'est vrai que c'est pas une question que je pose souvent, mais qui est intéressante je trouve par son côté ouvert, et qui peut laisser à mon avis émerger des choses auxquelles on ne s'attend pas ...

Moi : Et pensez-vous que vous aborderez plus le sujet avec les patients concernés ?

Médecin : Je ne systématiserai en tout cas pas la question, mais je pense qu'elle peut être intéressante dans certains contextes oui (cfr plus haut)

Moi : D'accord. Un grand merci pour vos réponses.

Médecin : Merci à vous.

Médecin 3

Durée de l'entretien : 44 minutes

Impressions générales :

Souriant, rires++

Parle spontanément de son embonpoint

Pas dans le jugement

Moi : Vous vous êtes en cabinet solo ici, cela fait longtemps que vous êtes installé ici ?

Médecin : Oui tout-à-fait. Oh cela fait ... plus de 30 ans. En cabinet solo parce qu'avant j'étais ailleurs.

Moi : Ah oui ok. Du coup ici par rapport à la problématique d'obésité et surpoids chez vos patients, quelle est votre expérience par rapport au diagnostic, au suivi et à la prise en charge, globalement ?

Médecin : Oui c'est ça. Et bien d'abord il faut voir s'il y a une motivation du patient immédiate à vouloir perdre du poids, ou s'il s'installe dans un genre de déni, où il faut une approche un peu plus psychologique quand même, je suis moins interventionniste d'emblée, de peur qu'il n'y ait des blocages. C'est pas toujours évident, oui.

Moi : Oui, oui ...

Médecin : Mais s'il y a une demande je commence toujours par un bilan métabolique quand même pour motiver aussi, parce qu'en général on a toujours des anomalies hein ...

Moi : Oui c'est ça

Médecin : Diabète etc, donc ça ça peut motiver les gens à se prendre en charge.

Moi : Donc vous voilà il faut qu'il y ait cette motivation au départ ...

Médecin : Je pense, oui ...

Moi : D'accord ... Et en plus de cela qu'est-ce qui fait que pour vous la prise en charge du surpoids ou de l'obésité est une réussite ou bien un échec chez les patients en général ?

Médecin : Ah ... Ça c'est une bonne question ... La réussite c'est quand on a des patients extrêmement disciplinés, voire un peu obsessionnels et qui vous obéissent au doigt et à l'œil (rire). On voit des gens fondre comme neige au soleil, moi j'ai eu plusieurs cas, notamment un militaire (j'ai été médecin à l'armée aussi), donc en tant qu'officier ils vous obéissent comme si vous étiez leur chef, donc j'ai vu des patients perdre 2kg par mois comme ça, et au bout

d'une année ils avaient perdu 20kg. « Il suffisait de demander Docteur, vous me dites ce que je dois faire et je le fais hein, voilà ». Donc ça ça arrive mais c'est exceptionnel (rire).

Moi : Oui c'est ça (rire)

Médecin : Le plus souvent c'est pendant des années avoir une petite activité. Avec le covid on a eu une épidémie de prise de poids, puisque les gens sont restés très sédentaires. On n'osait pas sortir. La multiplication des écrans, ça a fait que la prise de poids était tout-à-fait parallèle au temps de fréquentation des écrans.

Moi : Oui voilà ... Et qu'est-ce qui fait que vous abordez cette problématique de surpoids/d'obésité avec les patients concernés, qu'ils viennent pour ce motif-là ou non ? Si par exemple ils ne viennent pas pour cela, qu'est-ce qui fait qu'au fond vous abordez la question, ou pas ?

Médecin : C'est ce que je dis hein, j'essaie d'aborder ça sur le plan médecine préventive, et dans le cadre de cette prévention, je parle des facteurs de risque et je fais intervenir le poids. J'essaie d'être diplomate (rire). Vous savez qu'il y a un mouvement aux USA, où ils ont fait imprimer une petite carte, qu'ils montrent à leur médecin « Ne me parlez pas de mon poids ».

Moi : Ah oui (étonnée) ? Ah je ne connaissais pas du tout ...

Médecin : Ah oui oui, c'est incroyable. Parce que les gens trouvent que c'est une agression vis-à-vis de leur morphologie de leur parler de leur poids immédiatement, donc ils demandent au médecin que, s'ils n'abordent pas le sujet eux-mêmes, qu'il ne pose pas la question et qu'il ne fasse pas de remarque, en tout cas désobligeante. C'est pour vous dire à quel point on devient sensible.

Moi : Ok. Et vous, qu'est-ce que vous en pensez de cela ?

Médecin : Beh c'est un petit peu bête hein (rire). Mais c'est vrai que parfois il y a des personnes qui ont déjà tenté 36 trucs, ils ne parviennent pas à s'en sortir, leur faire une piqûre de rappel, c'est peut-être pas utile. Mais le mettre dans le cas d'un ensemble de facteurs de risque, là il faut le leur rappeler, le souligner.

Moi : Et comment réagissent les patients en général ?

Médecin : Heu bien, tout-à-fait bien.

Moi : Ok, et par rapport à la prise en charge de ces problématiques-là, qu'est-ce qui vous amène ou non à référer ces patients à d'autres spécialités paramédicales ou même médicales ?

Médecin : Souvent quand on a des obésités morbides etc. je réfère à un excellent spécialiste, avec qui j'ai de bons rapports (rire), qui est un endocrinologue spécialisé dans le problème de l'obésité, et qui parvient à motiver les gens avec son équipe, ça marche bien. Je le réserve aux obésités morbides ou bien aux obésités accompagnées de troubles endocriniens. Pré-diabète,

diabète etc. Je me souviens au début de ma carrière, nous hospitalisons (insiste) les gens chez qui on diagnostiquait un diabète.

Moi : Ah oui ?

Médecin : Et ils avaient droit à une hospitalisation de 10 à 15 jours, avec conseils diététiques etc. C'était considéré un peu comme une urgence métabolique, et c'était pour une prise de conscience globale de l'importance du diagnostic et de la prise en charge. Mais je vous parle d'il y a 30-35 ans. On hospitalisait les patients.

Moi : Et cela portait ses fruits ?

Médecin : Bonne question. Statistiquement, je n'en sais rien, mais en tout cas je trouvais que c'était pas mal hein, parce que là ils arrivaient, ils avaient des cours de diététique, tout ça, la prise en charge et au fond ça montrait l'importance. Ici c'est vraiment le discours qu'on tient qui va faire que le patient va accrocher ou pas.

Moi : Oui c'est ça ok. Donc vous vous aviez plutôt un bon souvenir de cela ?

Médecin : C'était bien, c'était pratique. On dit tiens, il se passe ceci, tu as du diabète, il faut absolument prendre cela au sérieux, on doit faire un bilan, etc. Et on faisait tout le bilan, microangiopathique, macroangiopathique, tout ça était passé au peigne fin, on faisait un bilan de sortie, voilà où on en est, après il y avait le suivi. Avec la prise en charge sur le plan de la kiné pour faire perdre du poids, des conseils diététiques etc.

Moi : Ok. Donc un peu dans un contexte multidisciplinaire ?

Médecin : C'était multidisciplinaire, oui tout à fait.

Moi : Ok. Et est parfois référer-vous les patients non pas à des médecins mais ...

Médecin : Si si des paramédicaux tout-à-fait. D'autant plus que mon fils est podologue travaille dans un centre avec un ensemble de kinés sportifs, de podologues, et de diététiciens, spécialisés un peu dans le sport, et qui font un peu comme ça des revalidations multi-spécialités pour des gens qui ne sont pas en forme physique, et qui veulent reprendre petit à petit.

Moi : Ok ...

Médecin : Donc moi je les réfère là. Parce qu'a priori il y a tout.

Moi : C'est ça il y a vraiment cette multidisciplinarité ...

Médecin : Et les gens ont des problèmes d'articulation quand ils ont pris du poids. D'où parfois l'intérêt de les référer et de regarder pourquoi est-ce qu'ils ne marchent pas. Comme le diabète est une maladie de la marche aussi (rire), pourquoi ne marchent-ils pas ? Eh bien souvent ils ont des problèmes de pied ou de genoux, donc passer chez le podologue, on serait

du nombre de personnes qui ne marchent pas parce qu'en fait ils ont des douleurs aux pieds et aux genoux qui sont liées à des troubles de statique. Donc une bonne paire de semelles, eh bien ils marchent beaucoup facilement et ils sortent ! Voilà ! On est déjà sur une piste pour les faire marcher, c'est déjà pas mal ! Les gros qui ont mal en marchant, ils n'ont plus envie de se déplacer parce que c'est douloureux (rire).

Moi : Oui c'est ça, c'est vrai que c'est intéressant, c'est une autre manière d'aborder la sédentarité ...

Médecin : Oui, on se dit « pourquoi ils marchent pas » et il y a souvent une raison ! « J'ai mal au dos Docteur quand je reste en position debout prolongée, j'ai les articulations des genoux qui font mal, alors je le paie pendant 3 jours, alors je préfère pas trop me mobiliser du coup ... »

Moi : Oui en effet ...

Médecin : Donc c'est pas mal comme approche ...

Moi : D'accord je vais noter ...

Médecin : Donc c'est un centre multidisciplinaire. Par exemple dans tel magasin, les kinés ont des appareils de reconditionnement physique, et alors il y a une piste (courte, un vingtaine de mètres) de course, où ils font courir les gens, et le podologue regarde/filme la course, et on peut voir s'il y a des troubles de la statique, les corriger, proposer des bonnes chaussures, en plus comme ils en font dans tel magasin, c'est facile, c'est pas cher ... Et du coup ils se sentent à l'aise ... Parce qu'ils marchent mieux, ils ont moins de souffrance articulaire, et du coup on repart dans une dynamique de reprise d'activités.

Moi : Ok. Ah c'est super ça, je n'avais jamais pensé à ça (rire). Et, je dévie un petit peu mais quel est votre expérience par rapport à la chirurgie bariatrique, et votre opinion à ce sujet-là ?

Médecin : Eh bien j'ai travaillé pas mal avec un chirurgien de telle clinique, qui est un spécialiste de la chirurgie bariatrique. Et alors j'ai vu une fois une émission de télévision où il s'exprimait et où il disait « Il y a beaucoup trop de gens qui font appel à la chirurgie bariatrique ». En fait il était un peu fâché ... de devoir opérer beaucoup de monde parce qu'en fait ... il se rendait compte qu'il avait de mauvais résultats.

Moi : Ah oui ...

Médecin : Ce qui manque souvent ... J'ai quand même vu quelques patients pour lesquels c'étaient des échecs totaux. C'est quand même curieux, ils s'imaginaient qu'en faisant l'opération ils allaient perdre du poids, et puis après ils se rabattent sur des boissons sucrées, des machins, des trucs, et ils ne reprennent pas d'activité physique, donc le problème revient au fil du temps, ils reprennent du poids ... Donc ça le décevait lui-même (insiste). Je l'ai vu à la télévision se plaindre (insiste) que trop de gens faisaient ça. Alors il disait qu'il y avait une approche à la fois psychologique, à la fois diététique etc. qui doit vraiment accompagner le

geste. Beaucoup de gens croient encore que le geste seul va pouvoir régler les choses, c'est souvent ... une source d'échec.

Moi : Oui c'est ça ...

Médecin : En tout cas pour les sleeve gastriques, qui sont plus simples. Quand ce sont de grosses chirurgies là c'est encore autre chose.

Moi : Oui ok ... Donc vous globalement dans votre patientèle, vos patients qui ont eu des chirurgies bariatriques c'est plutôt ... ?

Médecin : Oui voilà ce sont des gens qui ont beaucoup de complications, et donc il faut rapidement intervenir. On sent que le pronostic à court terme peut vraiment être mis en danger.

Moi : Oui, c'est ça ... Donc oui il faut vraiment tout un accompagnement comme vous ...

Médecin : Oui c'est ça ... Psychologique etc. pour l'image de soi. Il y a des gens qui ne se rendent pas tellement compte qu'ils ont du surpoids ... Et quand ils montent sur la balance « wah Dr c'est pas possible ... ». Donc ils ont une mauvaise image. « Regardez-vous dans un miroir de temps en temps pour voir ... ».

C'est une question de bien-être aussi. Bien-être physiquement, psychiquement, socialement ... Parfois on se rend compte qu'il y a des gens ils n'osent plus aller à la plage, ils commencent un peu à avoir une crainte d'apparaître en public car ils ont une mauvaise image d'eux-mêmes. Donc là ... Il faut intervenir aussi.

Moi : Donc ça les patients vous en parlent ?

Médecin : Oui parfois ils en parlent, tout-à-fait. Oui oui.

Moi : Et dans cette situation qu'est-ce que ...

Médecin : Psychologue ... Et alors on a un bon petit centre pas tellement loin avec psychologue et diététicien, ça c'est pratique.

Moi : Ah oui d'accord ...

Médecin : Et comme ils sont spécialisés dans les apnées du sommeil (rires). Qui est souvent – syndrome de Pickwick – une conséquence de l'obésité, là ils ont aussi une prise en charge multidisciplinaire. Donc ils passent par le cardio, le pneumo, le diététicien et le psychologue, et ils ont une prise en charge globale (enthousiaste). Et si échec, ils font une chirurgie bariatrique. Enfin échec ... si on voit qu'il y a une motivation mais pas ou peu de résultats, on peut l'envisager à ce moment-là. Pour autant que la personne continue de se suivre.

Moi : D'accord merci. Je dévie un peu maintenant sur les troubles alimentaires (les troubles du comportement alimentaire), quelle est votre expérience avec les patients concernés ?

Médecin : En 37 ans, je crois que j'ai eu 5 cas d'anorexie mentale chez des jeunes filles (rires). Des cas de boulimie, oui, ça arrive assez fréquemment aussi. Et là c'est le domaine du psychologue je pense.

Moi : Oui c'est ça, vous les référez en général. Et plus particulièrement boulimie ou tout ce qui est hyperphagie ?

Médecin : Oui ...

Moi : Ceux-là aussi vous les référez ?

Médecin : Oui.

Moi : Et qu'est-ce qui fait que vous abordez ou non le sujet avec des patients concernés chez qui vous suspectez un trouble du comportement alimentaire ? Vous n'avez pas eu beaucoup de cas comme vous dites ... ?

Médecin : Oui c'est ça, moi j'aime bien l'appel biologique. Partir sur un fait. Si la personne ne l'aborde pas spontanément, pour ne pas la heurter de front – hein vous avez vu ce mouvement américain qui dit « je viens chez le docteur mais je ne veux pas spécialement qu'on parle de mon poids car ça me pose moi-même un problème, si vous me faites une piqûre de rappel, je me sens moi-même très mal à l'aise », ce qui est extrême c'est donner la petite carte aux gens (rires) – mais ici je me dis que c'est pareil, donc voilà. Donc dans un premier temps, je ne vais pas faire de remarques etc., mais après, s'il y a un problème biologique, je vais aborder le sujet, sur un fait concret. « Tiens ce facteur-là on peut l'améliorer Si ... ».

Moi : Oui c'est ça, sur un fait concret ...D'accord ok, c'est intéressant ...

Médecin : D'accord ? Et à ce moment-là on peut engager. Ils se disent « tiens il est gentil le Dr, il me claque pas au visage » (rires).

Moi : Et vous de manière générale vous vous sentez assez armé par rapport à tout ce qui est détection, communication et prise en charge de ce genre de trouble pour la médecine générale ? En ce qui concerne notre rôle à nous de généraliste ?

Médecin : Oui c'est ça ... C'est qu'on pourrait peut-être avoir un peu plus de support, oui ... D'affichettes dans la salle d'attente « vous pouvez en parler à votre médecin » (rires). Pour donner des points d'appel. A des gens qui auraient un petit problème pour en parler, oui ...

Moi : Pour aider à faire venir la confiance ?

Médecin : Exactement ...

Moi : Ok. Et alors je ne sais pas si vous avez déjà entendu parler du phénomène d'addiction alimentaire, et si oui qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

Médecin : Oui bon il y avait ce fameux principe « les sucreries étaient souvent chez les gens qui étaient hyper anxieux », ça a un effet anxiolytique, et le gras ça avait un effet antidépresseur (rires).

Moi : Ah, ok (rires).

Médecin : Bon après c'est probablement un petit peu vrai. Y a pas de raison qu'un médicament ait une action, alors qu'une masse alimentaire n'en ait pas ! (rires). Et puis surtout le problème de la flore intestinale, dont on parle de plus en plus maintenant, je sais pas si vous allez aborder le sujet ...

Moi : Heu non ... ? Le microbiote ? Je ne l'aborde pas mais je suis curieuse de vous écouter à ce sujet ...

Médecin : Non non c'est une grande cause présentement de prise de poids, ça vient du microbiote hein ...

Moi : Oui je crois que j'avais entendu ...

Médecin : Et on sait qu'à l'UCL ils ont fait une découverte assez intéressante, il y aurait des microbes intestinaux qui seraient absents chez des gens de forte corpulence, et qui seraient présents chez des gens minces. On essaie de modifier un peu le microbiote pour trouver une influence ... Etude en cours mais intéressante ...

Moi : Ok ok intéressant ... Mais donc pour vous cette addiction alimentaire est en lien avec certains aliments comme vous dites ? Sucre ?

Médecin : Mauvaises habitudes, malbouffe hein ... Bon, il y a beaucoup de causes.

Moi : Oui !

Médecin : Et puis j'essaie de sensibiliser aussi (parce qu'en médecine générale on fait aussi de la pédiatrie), de quand même informer les parents. Parce que là il y a quand même un gros déficit. Si vous demandez ce qu'ils prennent comme 10h, on est encore parfois étonné (rires).

Moi : Oui tout-à-fait. Du coup pour l'addiction alimentaire il existe un questionnaire médical, un auto-questionnaire, qui a été validé dans plusieurs langues, notamment en français, avec une version mini qui comporte une dizaine de questions, et qui est vraiment un outil validé par rapport à ça si vous voulez, j'ai une copie ...

Médecin : Eh bien ça c'est très intéressant parce que je ne connais pas ...

Moi : Je vous montre ici ... S'il vous plaît ... Ici c'est la version longue avec 35 questions (donne une copie)

Médecin : Je crois qu'il y a beaucoup qui passe par l'éducation aussi ...

Moi : Quand vous voyez ce questionnaire, pensez-vous que cela pourrait être utile pour vous ?

Médecin : Oui oui ! Tout-à-fait oui !

Moi : Utilisable en pratique en consultation avec le patient ?

Médecin : (regarde le questionnaire) Y aurait peut-être moyen de l'améliorer un petit peu en l'imageant par exemple (rires). Mais le principe est bon, je ne dis pas le contraire, pourquoi pas ... Oui tout-à-fait ... Mais il y a beaucoup de questions (rires)

Moi : Je vais vous envoyer la version mini ...

Médecin : Oui d'accord (rires), ce sera plus facile (rires)

Moi : L'addiction alimentaire au final, quand j'ai fait des recherches dans la littérature sur ce sujet, est un diagnostic qui n'est pas officiellement établi. Ça en figure pas dans l'ICD 10 ...

Médecin : Oui oui c'est bien vu ! Je trouve que c'est excellent, c'est très bien vu ce que vous dites. J'explique à mes patients « moi je suis fort, je suis lourd, je suis trop gros etc. Mais c'est une addiction comme les autres ! » Et je dis souvent à mes patients « Il y en qui fument, moi je ne fume pas, car je tousse, je suis malade, je deviens blanc et j'ai mal au ventre quand je fume, donc je ne suis pas vertueux si je ne fume pas ! Je ne bois pas des masses d'alcool parce que je n'ai pas l'alcool heureux, moi ça me rend triste donc je ne serai jamais alcoolique » (rires) « Par contre quand je mange je me sens bien ! Je pense que j'ai une addiction alimentaire, oui ! Tout-à-fait ! » Et j'essaie de déculpabiliser, ça fait part aussi psychologiquement du traitement, il faut parfois déculpabiliser les gens « C'est une addiction comme on peut en avoir d'autres, et c'est vrai que c'est très difficile de s'en débarrasser ! » C'est très difficile d'arrêter de fumer, c'est très difficile d'arrêter de manger beaucoup de pain quand tu aimes le pain (rires). Mais c'est bien vu ! C'est une addiction comme une autre. Et c'est pour cela aussi que je ne culpabilise pas les gens, voilà, c'est un fumeur, il ne faut pas trop lui en vouloir, il est prédisposé à trouver du plaisir, comme celui qui mange est prédisposé à trouver du plaisir ...

Moi j'ai une épouse qui a un BMI à 21, elle a toujours été comme ça. Mais si elle mange un petit pois en plus quand elle a fini de manger, elle tombe malade. Formidable, à mon avis elle doit avoir un taux d'hormone de satiété absolument magnifique ! Qui est totalement absent chez moi (rires partagés). Donc la vertu, je n'y crois pas des masses, je crois vraiment que c'est comme vous dites, une addiction, une dépendance.

Moi : Voilà c'est intéressant, au fait cela se base que le fait qu'il y a des similarités au niveau neurobiologique, avec la sécrétion de dopamine, et au niveau comportemental (avec phénomènes de tolérance, de sevrage) entre tout ce qui est la consommation d'aliments sucrés, gras, donc à haute palatabilité, et ce qu'on peut retrouver dans les autres addictions.

Médecin : Oui bien sur, je vois très bien ...

Moi : Donc c'est là-dessus que se base le concept, même s'il n'est pas repris dans le DSMV, ni repris dans les troubles du comportement alimentaire ;

Médecin : Non mais intuitivement je parle de ça depuis 30 ans hein (rires) avec le patient, je dis « c'est une addiction comme les autres ». Donc ça j'en suis bien conscient.

Moi : D'accord ok. Et du coup dans votre patientèle, vous avez l'air d'être déjà assez familier avec ce concept d'addiction alimentaire, mais là comme ça en réfléchissant voyez-vous des patients qui pourraient correspondre ...

Médecin : J'ai proposé à certains, qui étaient assez demandeurs aussi, parfois de l'hypnose ... Je me dis parfois on pourrait agir un peu via l'hypnose. On peut ... éliminer certaines dépendances via l'hypnose, pourquoi ne pas essayer ce genre de technique, parfois ça marche, oui ...

Moi : Oui d'accord. Et par rapport à certains personnes qui ont un problème de surpoids, d'obésité, et avec éventuellement une comorbidité sur laquelle il faudrait agir au niveau médical, mais qui ne parlent comme ça d'emblée de leur alimentation, est-ce que vous osez aborder la question de la relation à l'alimentation avec eux ?

Médecin : Oui c'est vrai que non, pas spécialement, c'est une bonne remarque ... Oui ... L'aspect psychologique, qu'est-ce qui vous fait plaisir, heu, quand vous êtes stressé pour vous sentir mieux etc. C'est vrai que je ne l'aborde pas spécialement.

Moi : Et est-ce que vous pensez que le fait de l'aborder puisse être utile ?

Médecin : Ah bah oui, certainement ... Si ça peut éviter une sleeve ou une gastrectomie je pense que c'est utile (rires) ...

Moi : Et le questionnaire-là que je vous ai montré pourrait-il pour vous être une aide ?

Médecin : Beh oui (élève la voix), je pense que psychologiquement le fait de lire ça, ça nous indique quelque chose (rires), et donc, ça peut faire réfléchir ... C'est un peu comme le petit livre sur l'arrêt du tabac-là, un petit bouquin qui a été publié, c'est un gars qui au fait donne une technique pour arrêter de fumer, mais il ne dit jamais aux gens d'arrêter dans le bouquin ... Et donc ça crée un genre de conflit si vous voulez ... Parce que les gens ils prennent ça comme « il va me dire d'arrêter mais il ne me le dit pas dans le bouquin ... » Et donc ça crée un genre de conflit, les gens réfléchissent, ça leur renvoie l'idée qu'ils doivent quand même arrêter (rires) Même si on ne leur dit pas ... Ça c'est pas mal ... C'est un peu le même genre ici ... d'accord ?

Moi : D'accord. Et vous du coup vous disiez que les patients chez qui vous suspectiez une forme d'addiction à l'alimentation, aux aliments à haute palatabilité, vous leur conseillez plutôt l'hypnose alors, c'est ça ?

Médecin : Hum c'est rare hein (rires). Non, en prendre conscience déjà, c'est déjà pas mal. Et donner des alternatives toujours. Dire « Beh écouter plutôt remplacer ça par ça, essaie un peu de changer ». Et au fait ce qui est extraordinaire, moi je reviens quand même toujours aux biologies, c'est extraordinaire. J'ai un patient qui vient ce matin, il a un cholestérol élevé, et

un acide urique au plafond. C'est un musulman, donc forcément je pars de l'apriori qu'il ne boit pas des masses, par contre il doit manger des pois chiches à crever, et comme il a une femme portugaise, je dis « vous mangez beaucoup de sardines ! ». Il me dit « Je ne mange que ça. Des sardines et des pois chiches ! » (rires). Et je dis « Bah voilà, avant de te donner un médicament, tu changes ça, tu demandes à varier, tu n'en manges plus qu'une fois tous les 15 jours, et on verra le résultat mais normalement ça va s'améliorer ... ».

Mais c'est dingue comme on parvient déjà en regardant une analyse, à être projectif, et de se dire il mange ça ça, et les gens disent « Mais comment vous savez ça Docteur ? Je ne mange que ça ! »

Moi : Ah oui oui ...

Médecin : Donc ça, vous mettez un point sur le sujet.

Moi : Et vous faites des analyses biologiques classiques ou ... ?

Médecin : Ah oui c'est ça hein, dans les checklists ... Une fois par an les patients viennent faire une prise de sang, à peu de choses près ... En tout cas au-delà de 45 ans.

Moi : Vous ne dosez pas d'élément inhabituel ?

Médecin : Quand même parfois le cortisol. J'ai quand même eu 2 cas de Cushing. Donc voilà, qui donne des obésités facio-tronculaires ... si on ne le trouve pas ... Mais bon ça reste rare hein ... Les hypothyroïdies aussi ... prise de poids massives ... J'ai un jeune homme que j'ai vu l'autre jour, que je n'avais plus vu depuis 2 ans, il avait pris je crois 15-16kg en un coup, je lui dis « Mon dieu, comment ça va ? » « Oui je suis fatigué ... ». Je me dis il doit faire une hypo c'est pas possible. A la prise de sang il avait une TSH supérieure à 100 ...

Moi : Ouh !

Médecin : Je n'avais jamais vu ça (rires). Plus de 100 de TSH c'est ... enfin voilà

Moi : Oui de fait c'est intéressant. Partir comme vous dites de quelque chose d'objectif pour ne pas heurter le patient ...

Médecin : Oui c'est ça. Quand quelqu'un me dit « J'ai un problème de poids », je lui dis « Vous avez un problème de poids, je vais regarder si biologiquement il n'y pas un facteur favorisant, hypothyroïdie, machin ... »

Moi : Oui tout-à-fait ...

Médecin : Et si on ne trouve rien alors là c'est toi qui es responsable en quelque sorte ! Mais je ne vais pas le dire comme ça, je vais demander « Est-ce qu'il y a moyen d'adapter, faire un petit peu d'activité physique etc. ».

Moi : Oui c'est ça ...

Médecin : Input Ouput, et voir ce que ça donne ...

Moi : Oui c'est ça ... Et de manière générale, est-ce que ça passe bien avec les patients quand vous abordez la question ? Je veux dire il y a des résultats ? Comment ça se passe concrètement ?

Médecin : Je pense que oui, je pense qu'il y a des résultats ... Ça passe par les contrôles biologiques, pour voir déjà s'il y a une anomalie biologique qui est là, se mettre sur la balance ...

Moi : Donc ils reviennent vous voir à intervalles réguliers ?

Médecin : Systématiquement, une consultation sur 2 ou sur 3 le patient est passé sur la balance-là. Donc je signale toujours le poids. Ça je fais d'office. C'est ce qui est de plus rare à trouver dans un dossier médical. Quelqu'un qui a été à l'hôpital, tu te dis « Tiens pourquoi il a été à l'hôpital ? » Tu n'as pas de poids. Un jour je reçois un rapport c'est en mode « Je suis un nouveau patient Docteur, j'ai fait envoyer mon rapport de Saint Luc ... », je fais « Oui je l'ai vu dans la boîte aux lettres, c'est un gros rapport, vous avez fait une grosse mise au point ? » « Oui oui oui ». Je regarde dans le rapport, il n'y avait quasi rien là-dedans ! Tout un tas de bilans, de machins, de scans, de trucs ... et dans les conclusions, on n'a rien trouvé.

Le patient arrive ici, il faisait 170kg. Il a dû se mettre de travers pour passer la porte. Il n'a su mettre qu'une seule fesse dans la chaise. Ça n'apparaissait pas dans le dossier, il n'y avait pas le poids, il n'y avait pas le BMI ! Donc on fait un bilan, on se dit « Mais pourquoi ils font ça ? ». En fait ils ont recherché toutes des causes biologiques et ils n'ont rien trouvé ...

Moi : Et donc un bilan pour ... ?

Médecin : Oui c'est ça pour obésité morbide hein. En se disant « Tiens on va proposer telle intervention ». Sur le plan métabolique il n'avait rien. C'est un gars, il n'avait pas de cholestérol, pas d'acide urique, quand tu voyais ça c'était impeccable ! (rires) Quand tu vois le type tu te dis « Ah oui ... » (rires).

Moi : Et du coup qu'est ce qui s'est passé avec ce patient, par rapport à son hospitalisation ?

Médecin : Du coup oui ils ont prévu une intervention et je crois qu'ils vont bientôt la faire ...

Moi : Ah oui ...

Médecin : Il est en attente sur une liste ... Mais il n'a pas de facteur de morbidité ...

Moi : Ok ... Vous faisiez un parallélisme avec les autres addictions, est-ce que cette vision vous aide, vous abordez avec le patient cette vision, vous expliquez ...

Médecin : Oui tout-à-fait, j'explique que ça peut être comme avec le tabac, avec l'alcool ... On sait qu'il y a des prédispositions génétiques et d'ailleurs on voit qu'il y a de plus en plus de gènes qui sont liés à ça. Avec le human genome project là, avec l'exploration de tous nos gènes ...

Et j'explique là aussi ce qui est très étrange, c'est quand on voit les lipodystrophies ... Donc il y a des personnes qui sont très minces du haut, des femmes, puis elles ont des hanches énormes ... Et si elles maigrissent, elles maigrissent du haut en général, mais pas des hanches ... Et ça les embête parce qu'elles perdent leur poitrine. C'est tout bête, mais j'ai au moins 4-5 cas comme ça. Au fond ça prouve bien que la disposition de la masse grasse elle est prédisposée génétiquement. Pourquoi ça se met plutôt dans le bas ou plutôt dans le haut du corps ? Allez expliquer ça ...

Moi : Oui ...

Médecin : Les gens qui ont des lipomes multiples (rires) ... Hein on voit qu'ils ont une distribution des graisses, on dirait qu'ils ressemblent à des petits crapauds tellement ils en ont, des centaines de petits lipomes, lipomatose superficielle ... Pourquoi ? En fait ils ne mangent pas spécialement bien hein ...

Moi : Oui ...

Médecin : Et puis il est toujours difficile de dire « oui ce sont les aliments de haute palatabilité qui font qu'on est gros », il y a un patient qui m'a répondu un jour « Docteur, les pandas, ils sont gros, et ils ne bouffent que des plantes ! » (rires) Je dis « Oui au fond les gorilles aussi » (rires)

Moi : Oui (rires)

Médecin : Donc si je mange trop de plantes je pourrai aussi grossir ... ou si je mange des oléagineux oui ... C'est pour l'humour (rires)

Moi : Oui en effet ... Mais par rapport au phénomène vraiment plus addictif ... On va plus ...

Médecin : Oui c'est ça ... Mais je veux dire certaines choses sont en partie déterminées aussi par la génétique ... je fais parfois une anamnèse de l'hérédité. « Tiens il pesait combien votre grand-père, votre grand-mère ? »

Moi : Oui oui ...

Médecin : C'est drôle il y a des familles, comme chez ma femme par exemple, de mon côté c'est tous des forts, du côté de ma femme c'est tous des minces ... Et on voit qu'il y a un enfant sur deux qui a tendance à prendre d'un côté plutôt que l'autre (rires).

Moi : Ok (rires)

Médecin : Mais par contre ma femme elle a une bonne éducation alimentaire. Disons quitter la table avec une sensation de faim par exemple n'est pas quelque chose de négatif pour la santé. Et elle a appris ça aux enfants. Toujours manger un fruit comme dessert ! Donc au fond mes enfants ils se pèsent aussi régulièrement. Mais je vois qu'ils ont 25-30 ans. De temps en temps ils viennent ici, ils se pèsent, ils se disent « Ah tiens j'ai pris un peu, je vais faire

attention », parce qu'on leur a appris, enfin, surtout mon épouse, pas moi (rires), à faire quand même attention, c'est bien. Ça passe beaucoup par l'éducation hein.

Moi : Et vous pensez qu'on peut avoir un rôle là-dessus nous en tant que généraliste ? L'éducation des patients à leur alimentation.

Médecin : Oui c'est ce que je disais, notre côté pédiatrie hein. Quand on pèse les enfants et qu'on voit qu'ils prennent un petit peu de poids. Essayer d'avoir une interrogation avec les parents. « Est-ce qu'il ne fait pas trop de jeux vidéo, est-ce qu'il est toujours enfermé à la maison ? Il devrait sortir un peu plus, marcher plus ... Tiens qu'est-ce que vous lui donnez à 10h ... ? (rires) Comment est-ce que vous le récompensez ? Par des bonbons une caresse un bisou » « Oh bah on donne des bonbons hein Docteur (rires) et du chocolat, il a droit à un bout de chocolat ».

Moi : Oui oui tout-à-fait ... Et pour les adultes ?

Médecin : Oui oui ... rééduquer l'alimentation, bonne chance (rires). Parfois je parle de rééducation alimentaire. Comme la rééducation d'un membre cassé, je dis parfois on doit rééduquer un peu son alimentation parce qu'on perd tous les critères. Je te fais l'exemple (un diététicien m'avait dit) : une assiette de pâtes de spaghetti, de taille moyenne, ça représente combien de tranches de pain, un pain de 800g ?

Moi : Spaghetti sans sauce ni rien ? Blanc ?

Médecin : Hydrates de carbone, blancs oui ...

Moi : Combien de tranches de pain blanc ? Allez 3 ?

Médecin : 20 ...

Moi : 20 ? ... Ah oui d'accord ok ...

Médecin (rires)

Moi : En terme de carbohydrates ou de kcal ?

Médecin : Oui oui de kcal ... Parce qu'au fond des spaghetti c'est plein hein, c'est pas un tube déjà (rires).

Moi : Oui c'est vrai ...

Médecin : Donc toute la masse, ce n'est que des hydrates de carbone, ça c'est pour une assiette simple, en plus vous y ajoutez la viande, vous y ajoutez de la sauce, vous y ajoutez du fromage dessus ... Donc la masse calorique des pâtes est extrêmement importante ... C'est pour donner parfois des repères ... Sinon parfois on ne comprend pas ...

Moi : Oui oui tout-à-fait ...

Médecin : Une tranche de pain en trop par jour (ce qui n'est pas énorme par rapport à vos besoins), ça fait 365 tranches au bout de l'année ... Ça fait combien de pain 365 tranches, combien de kg de pain ? A 20 tranches par pain ça fait 18 pains, 18 pains de 800g ... Ça fait presque 8kg de masse d'hydrates de carbone qui doivent passer à travers le corps, pour une tranche de pain par JOUR, que tu prends en trop ... Donc au bout de 5 ans tu as pris tes kg hein ! Donc je dis « Attention c'est dangereux, il faut quand même réduire les hydrates de carbone ».

Moi : Oui tout-à-fait ... Et est-ce que vous connaissez (probablement que oui) la technique de l'entretien motivationnel ?

Médecin : Oui

Moi : Par rapport à tout ce qui est addiction ? Vous pensez qu'on pourrait l'appliquer à l'alimentation ?

Médecin : Ah oui tout-à-fait, oui, comme on fait pour l'arrêt du tabac, oui bien sûr ... Et j'ai fait des études économiques hein, donc on faisait des bilans ... Le bilan positif, le bilan négatif, est-ce que je suis prêt à ... ? (rires) oui, pourquoi pas ...

Moi : Je pense que vous avez déjà balayé pas mal de questions en répondant aux miennes, est-ce que vous aurez quelque chose à ajouter ? Ou est-ce que vous auriez vous des questions ?

Médecin : Oui certainement ... C'est vrai que malgré tout, je sais pas si c'est dans le thème ou pas, on est encore beaucoup dans le curatif ... Les gens viennent encore beaucoup pour des problèmes et donc on ... l'aspect purement préventif, c'est quand même pas une grosse partie de nos consultations, malheureusement je trouve, on devrait l'être davantage ... Et peut-être même plus laisser aux spécialistes les pathologies et qu'on se consacre beaucoup à la prévention, à l'éducation à la santé, ça certainement ...

Moi : Ok ...

Médecin : Ce n'est peut-être pas très spectaculaire mais c'est très rentable à long terme ...

Moi : Oui oui tout-à-fait

Médecin : On voit tous nos cardiologues qui sont contents de ce qu'on fait à la télévision « Vous avez vu l'intervention j'ai mis un câble là un tuyau là tac tac c'est magnifique » Mais on évite que les gens en arrivent-là.

Moi : Exactement !

Médecin : Mais ça prend du temps aussi ! Et oui ... Il est évident que chez moi ne viennent pas des jeunes filles qui ont envie de perdre 3kg. Sans doute lié aussi à mon physique (rires).

J'aurais du mal à faire comprendre à quelqu'un qui doit perdre 2.5kg que ça ne lui va pas (rires).

Moi : Ok merci beaucoup ! Comment avez-vous vécu cet entretien ?

Médecin : Oui, c'est intéressant, j'ai appris des trucs. Ceci par exemple (montre le questionnaire) (rires). C'est chouette. Mais c'est un problème quand même compliqué ...

Moi : Oui tout-à-fait ...

Médecin : Et puis pour ne pas dire mais le niveau socio-économique ça joue beaucoup ...

Moi : Oui c'est ça ...

Médecin : Quelqu'un qui peut voyager, se déplacer etc. bah forcément il ne prend pas de poids hein. Il y a des gens, je dirais économiquement les moins bien lotis qui ont tendance à être beaucoup plus sédentaires, qui compensent dans l'alimentaire les expériences qu'ils n'ont pas ailleurs, qui n'ont pas des sources de plaisir immenses dans leur vie, souvent c'est la seule chose qu'ils ont.

Moi : Oui tout-à-fait ...

Médecin : Moi j'ai vu ça dans le sud de la France. J'étais à Nice. La Promenade des Anglais. Je l'ai faite 3 fois tellement c'était beau. A la fin j'étais crevé je ne savais pas que c'était si long, ça fait 24km mine de rien ... Je l'ai faite 3 fois (rires)

Moi : Ah oui 24km 3 fois ...

Médecin : Et alors je me dis « Au fond je n'ai pas croisé de personnes très grosses. Quand je voyais un gros comme moi c'était soit un allemand, soit un bon belge » (rires). En fait, ces gens, ils sont tout le temps dehors. Ils sont tout le temps dehors, ils bougent, ils aiment beaucoup le contact social, ils rigolent avec plein de monde, ce sont des méditerranéens, ce sont des gens extrêmement ouverts, ils sont tout le temps en déplacement en fait ...

Moi : Oui c'est vrai ...

Médecin : En plus il fait chaud là-bas, quand il fait chaud tu n'as pas envie de manger. Moi je reste 3 semaines je perds 7-8kg. Donc je pense même que l'endroit où on vit, les conditions socio-économiques ça fait énormément ... Le type qui a les moyens et qui se dit « Moi je vais aller faire la côte Ouest des USA, je vais faire Washington, Oregon, Californie, même en voiture, me déplacer, bouger ... Ça c'est formidable hein ». Ça fait perdre du poids hein. Quand tu as une grande maison, un jardin, tu jardines ... vs quand tu es dans un petit appartement coincé à la maison ... C'est juste hein ?

Moi : Oui tout-à-fait ... Et le sport coûte cher, et l'alimentation aussi ...

Médecin : L'alimentation de qualité coûte cher. Les fruits et les légumes c'est pas donné, et si t'en veux des bons ... Faut dire, quand tu vas en grande surface c'est une catastrophe, les rayons fruits et légumes ...

Moi : Oui il n'y a pas grand-chose

Médecin : Et c'est dégueulasse, une fois je prends un poireau, il était tout jaune, les feuilles tombaient de tous les côtés ... Ça par contre quand tu vas dans le Sud de la France, c'est extraordinaire hein ! Les légumes sont sous brumisation, ils sont magnifiques, et les français sont super difficiles ! Si les français voyaient nos offres ici, je crois qu'ils cassent le magasin (rires). On est trop bon ici, franchement ... Quand tu vas en grande surface là-bas, ils ont une qualité franchement meilleure que la nôtre, et c'est moins cher ! La Belgique c'est très cher !

Moi : Oui ... Et en terme de différence, là vous parlez du niveau socio-économique et tout, mais homme-femme ? Est-ce que le genre joue un rôle par rapport à cette notion d'addiction alimentaire ?

Médecin : Les femmes consultent un peu plus évidemment, question aussi esthétique ... Les hommes ça les concerne un peu moins ... Le mâle alpha en général, s'il a du ventre, il considère ça comme un signe sexuel secondaire (rires) On voit de tout c'est rigolo ! Mais bon, je trouve que les hommes commencent à faire attention aussi. Je dis chez les jeunes, on voit qu'il y a une prise de conscience.

Moi : Oui !

Médecins : Ce qui est très bien c'est qu'à l'école, et ça on n'a pas connu du temps que j'allais à l'école, ils avaient à chaque fois un aliment avec un feu vert, un feu orange, un feu rouge. Et eux-mêmes devaient classer s'il était bon ou pas, et ils recevaient ça régulièrement, une fois par trimestre ils recevaient cette feuille, c'étaient à chaque fois des aliments différents . Et eux-mêmes ils disaient « Frites rouges ! Oranges vert ! Banane orange, car c'est bon mais il ne faut pas en manger trop non plus car c'est calorique ». Je trouve que ça c'est bien car ils apprennent l'éducation à la santé chez les jeunes déjà.

Moi : Oui c'est vrai ça c'est pas mal ...

Médecin : J'avais tenté de faire la médecin scolaire autrefois. Mais on avait un prof nul, enseignement pas très bon en pédiatrie, de mon temps. Bref je n'avais plus aucune confiance dans la médecine scolaire ... Par contre ces initiatives, venues sans doute de plus haut hein, du gouvernement, donner des cours éducation à la santé, surtout alimentaire, ça je trouve ça super ! Qu'est-ce qu'on met dans une boîte à tartine etc.

Moi : Oui c'est ça donc au final on pourrait considérer du coup que le prise en charge de l'addiction alimentaire passerait aussi par des mesures en terme de santé publique !

Médecin : Oui c'est un problème de santé publique, et ça doit commencer dans les écoles. Comment faire les courses. Malheureusement moi j'avais des parents, c'était « Si tu manges pas tu vas être malade ». Mais bon, moi ma mère, elle vient de mourir elle avait 102 ans, elle

avait 20 ans en 1940 hein donc tu vois le genre. Il y avait beaucoup de gens qui mourraient encore de la tuberculose ! Des tantes des cousines etc. Donc dès qu'ils voyaient des jeunes adultes un peu minces ça leur faisait peur. Il fallait manger. Ils ont été carencés pendant la guerre. Donc nous on a été éduqués « il fallait être gros, il fallait être fort ». « Mange sinon tu vas être malade ! ». « Mange sinon tu vas être fatigué ! », ce qui est encore pire ! Un jour c'était trop drôle, j'allais avec mes 3 fils chez ma mère, ils avaient quoi 5-6 ans, je leur ai dit « Vous allez voir, la première chose qu'elle va dire c'est pas bonjour, mais c'est demander si on a déjà mangé » parce qu'il était 13h. Et alors on ouvre la porte, ma mère « Oh qu'est-ce que je suis contente de vous voir ! Est-ce que vous avez déjà mangé ? » (rires)

Sinon, tout passait par la table, d'accord ? C'était le lieu où la famille doit se réunir, et on doit manger. La satiété, ce qui n'est pas bon. Il y a tout un contexte.

Et après quand tu es fatigué, et bien ça reste hein. Quand j'avais des visites à 3h du matin, avant de partir, tu ouvres vite le frigo, tu prends un truc, pourquoi ? Parce que tu as l'impression que tu seras moins fatigué ...

Moi : Oui c'est ça ce sont tous des messages à déconstruire ...

Médecin : Ce sont des sous-programmes qui restent ...

Moi : Et qui participent aussi à notre alimentation ... Ok, un grand merci à vous ! Je vais arrêter l'enregistrement.

Médecin 4

Impressions générales :

Entretien d'une durée de 39 minutes

Impression subjective de jugement des personnes en surpoids/obésité (semble agacée au niveau du ton du discours)

Moins ouverte sur le YFAS

Moi : Pour commencer quelle est votre expérience de manière générale avec vos patients qui sont en surpoids ou en obésité, que ce soit par rapport au diagnostic, au suivi, à la prise en charge ?

Médecin : Donc voilà moi je trouve que ça reste toujours extrêmement compliqué de parler des habitudes alimentaires, parce que comme le terme le dit les habitudes c'est toujours très difficile à faire changer, et donc voilà il faut un peu s'adapter à chaque patient, voir comment ..., qu'est-ce qu'il est prêt à entendre, qu'est-ce qu'il est prêt à changer ... Quel type de message il est prêt à entendre ... Voilà, parce qu'il y en a qui se sentent bien comme ils sont, même si ... voilà, on les trouve en surpoids, mais bon on essaie quand même de leur expliquer ... tous les problèmes qui pourraient survenir suite au surpoids ... Alors bon c'est sûr que s'ils n'ont pas de diabète, pas d'HTA tout ça, voilà il y a quand même toujours le problème mécanique moi je trouve aussi, il y a des gens qui sont en surpoids, ils bougent moins, comme ils bougent moins, c'est un peu un cercle vicieux, et avec le surpoids, ça attrapent mal aux genoux, aux hanches, du coup ils bougent encore moins ... Bon, voilà, je trouve que ce n'est pas facile à aborder, alors il y en a qui sont prêts à aller voir des diététiciens pour revoir leur alimentation, d'autres pas du tout. D'autres ils vont faire toute la suite, ils vont avoir le diabète, des problèmes de cœur, ils vont tout avoir (ton exaspéré) ... Perdre du poids c'est quelque chose qui sera toujours ... difficile

Moi : Oui ...

Médecin : Voilà, c'est compliqué ...

Moi : Et qu'est-ce qui fait selon vous que justement la prise en charge de ces problèmes peut être une réussite ou un échec ? Quelles sont les facteurs qui ...

Médecin : Je ne pense pas que ça dépend que du médecin, ça dépend beaucoup du patient aussi, et même parfois certains patients on a beau les prendre par tous les bouts, on n'arrive pas à les motiver, voilà, je ne sais pas les échecs, je crois que c'est un peu les habitudes, vous appelez ça addiction, c'est ça qui est difficile à changer ... Alors heu voilà les gens qui disent heu ... alors ils font des régimes et après dès qu'ils ont fini leur régime ils retournent dans leurs mauvais rituels/habitudes hein, et le patient qui dit « Je grossis parce que je suis stressé », même si on essaie de soigner le stress, tout cela est tellement ancré dans leur cerveau, c'est quand même souvent très très difficile.

Moi : Oui. Vous disiez tout à l'heure que parfois certains patients ne veulent pas trop en entendre parler, qu'est-ce qui fait que vous abordez ou non ce problème pour des patients concernés mais qui ne viennent pas trop pour ce motif-là ?

Médecin : Oui beh donc ça ça dépend de qui on a devant soi, mais en tout cas j'essaie à partir d'un certain âge de toujours prendre ou demander le poids et la taille, c'est une façon de dire voilà, j'ai le BMI « Vous êtes un peu en surpoids, vous en êtes conscients ? » Voilà c'est souvent par ce biais-là que je peux faire la discussion s'ils ne viennent pas pour ça. Bien sur s'ils viennent pour des problèmes orthopédiques là aussi on va pouvoir parler du poids, voilà. Alors chez les enfants c'est aussi quelque chose que j'essaie d'aborder systématiquement quand je vois qu'un enfant est trop ... trop gros, et qu'il vient pour tout autre chose comme vous dites, un vaccin ou quoi, eh bien ça fait partie de l'examen de regarder pourquoi il est trop gros, donc souvent j'essaie d'interroger l'enfant sur ce qu'il mange, ce qu'il aime bien etc. pour essayer d'un peu voir d'où vient ce poids trop important, un peu le conscientiser, encore plus s'ils sont à l'aube de l'adolescence, j'essaie de les conscientiser pour que cette prise de poids ne s'aggrave pas justement avec la croissance, que ce soit une opportunité de régulariser leur poids.

Donc ça voilà les enfants j'aborde ça systématiquement.

Bah avec les patients au-dessus de 50 ans en principe j'essaie de les voir une fois par an pour tout ce qui est médecine préventive, donc à ce moment-là on peut l'aborder dans ce cadre-là. Et les autres, beh je vous dis, voilà, comme je prends la tension, je ne pèse pas tout le monde, je ne mesure pas tout le monde mais heu voilà j'ai un espace pour mettre le poids et la taille, je demande toujours le poids et la taille. Et s'ils ne savent pas, je les pèse éventuellement ...

Moi : Et comment ça se passe cette conscientisation auprès des patients ?

Médecin : Ça dépend d'un patient à l'autre. Certains ça coule sur la carapace de leur indifférence, d'autres heu ... qui disent « Oui j'essaie, j'ai déjà fait des régimes » alors il y a une discussion qui s'en suit, alors là on essaie de voir, comme pour les dépendances, pourquoi/comment vous avez essayé, pourquoi ça n'a pas fonctionné. Donc là s'ils ont déjà fait une démarche de régime, on peut peut-être passer à l'étape suivante si je puis dire hein, c'est de voir pourquoi ça n'a pas été ... Mais il y en a on n'arrive jamais à faire hein ... Voilà ils sont bien comme ils sont et ... ils n'ont pas envie de faire un effort, ils n'ont pas envie de perdre du poids ... Et puis ils sont comme ça parfois depuis toujours, ils ont vécu avec ça ...

Moi : C'est ça oui voilà ...

Médecin : Il y en a souvent ils ont trop de poids, ils ont de l'hypertension, du diabète, ils ont tous les ... Ils prennent les médicaments, très bien, mais pas perdre le poids (sourire).

Moi : Oui oui, ça c'est souvent comme ça. Et qu'est-ce qui fait que vous référez ces patients avec cette problématique de surpoids/d'obésité à d'autres spécialistes ou à des paramédicaux ?

Médecin : Diététicien, ça souvent, c'est le plus fréquent. Je dis, surtout à ceux qui ont envie de faire un effort « Ecoutez, vous allez voir le diététicien parce que peut-être vous faites des erreurs sans vous en rendre compte » Alors j'explique pour un peu les motiver, par exemple,

répartir l'alimentation différemment, ne pas manger trop le soir, des choses comme ça, parfois sans gros effort, ça peut les aider. Voilà on parle un peu des sucres et des graisses cachés, donc ça j'explique un petit peu pour les motiver, et voir que ça peut être intéressant quand même d'aller voir un diététicien, parce que les gens disent toujours « Oh mais je sais très bien ce que je dois arrêter pour perdre du poids » mais en fait ils ne savent pas toujours vraiment bien.

Moi : Oui ... Manque de connaissances ...

Médecin : Il y a certains oui, certains qui disent « A mon bureau, j'ai un tiroir avec pleins de sucreries, et j'en mange toute la journée », et bien eux ils savent bien que c'est ça. Et donc on va plutôt travailler ça. Il y en a d'autres qui disent « Non, ne je grignote jamais » et qui ont quand même du surpoids, donc ça ... ils ne disent pas qu'ils grignotent quand même, ou bien il faut voir d'autres problèmes.

Moi : Ok. Donc c'est surtout les diététiciens chez qui vous référez de manière générale ?

Médecin : Oui !

Moi : Ok, et donc, je dévie un peu, mais par rapport à la chirurgie bariatrique, quel est votre opinion/votre ressenti/votre expérience avec vos patients à ce sujet ?

Médecin : C'est extrêmement compliqué et heureusement que quand on fait de la chirurgie bariatrique il y a quand même tout un ensemble de médecins, et donc ce n'est pas vous qui décidez (sourire), voilà. Beh voilà, j'en ai eu encore une ce matin, un jeune elle a 25 ans, elle m'a dit qu'elle voulait faire appel à ça, elle avait réfléchi, elle avait été voir sur internet, donc elle savait déjà les tenants et aboutissants, les effets secondaires tout ça ... bon, moi je ne vais pas m'opposer. Heu ... Beh on sait bien ... moi j'ai une autre patiente, grâce à ça, elle a réussi à être enceinte, ce qu'elle ne pouvait pas ... Donc heu voilà ! il y a quand même des gens ... et quand même vraiment des indications qui permettent de traiter le diabète par exemple, parfois ... Mais il faut un patient motivé, il faut un patient qui est prêt à prendre certains risques. Finalement je crois que c'est possible qu'avec un certain nombre de patients très limité ... de faire la chirurgie, en se disant qu'on le fait vraiment dans un but heu ... thérapeutique.

Moi : Oui c'est ça ...

Médecin : Ceux qui le font ... voilà chez les jeunes ... pff. Bon là j'avais une patiente qui ne tombait pas enceinte donc elle était motivée, mais les jeunes souvent, je trouve que s'ils ont déjà des problèmes psychologiques à cause de ça, ça va en tout cas pas résoudre leur problème psychologique. Mais bon il y en a qui le font quand même parce bon ... ils ont un mal-être car en plus d'être pas bien ils sont gros donc heu ... une mauvaise estime de leur image corporelle ... mais souvent c'est pas miraculeux dans ces cas-là.

Moi : Oui c'est ça ... Voilà vous parliez d'image corporelle, de mal-être, de problème psychologique, donc ça fait partie des éléments qui font que du coup si ce n'est pas résolu, la chirurgie bariatrique peut s'avérer être un échec au final, vous pensez ?

Médecin : Sans doute que chez certains ... tout dépend dans quel contexte.

Moi : Ok. Et justement pour rebondir là-dessus, quelle est votre expérience avec les patients par rapport aux troubles alimentaires, plus spécifiquement boulimie, hyperphagie ?

Médecin : C'est un thème qui est très difficile. Et on n'a pas beaucoup de succès si je puis dire, donc c'est parfois un peu frustrant pour le médecin. Mais voilà, il faut vivre avec, et voilà, quand on commence/ quand on débute, on aimerait bien que les patients suivent à la lettre tout ce qu'on leur dit, mais bon ce n'est pas le cas. Donc il faut accepter de vivre avec des patients qui ne veulent pas maigrir, ou qui seront anorexiques toujours ... Voilà.

Moi : Vous avez beaucoup de patients concernés ... ?

Médecin : En surpoids, oui, ça a tendance à augmenter avec les années, très certainement !

Moi : Mais plutôt concernés par des troubles du comportement alimentaires ?

Médecin : Souvent il y a un comportement alimentaire .. anormal entre guillemets, je vais dire, qui pose problème. C'est quand même rare les gens qui sont obèses sans raison. Qui ont un problème vraiment ... Enfin ils ont TOUS eu leur prise de sang pour voir s'ils n'ont pas un problème endocrinien, car c'est ça aux départ ... qu'ils espèrent que c'est un problème comme ça, mais c'est minorité, la grosse majorité, c'est quand même un problème de trouble du comportement alimentaire. Donc oui il y en a beaucoup.

Moi : Et vous avez un exemple à donner ? Un patient typique auquel vous pensez ...

Médecin : Beh oui comme je disais c'est celui qui ... qui a son tiroir pleins de sucreries au travail parce que quand il est énervé beh c'est ce qu'il prend, et il y en a plus qu'à la maison donc ... Oui souvent ce sont des gens qui ont un comportement un peu compulsif vis-à-vis de la nourriture.

Moi : Oui c'est ça. Compulsif. Et vous trouvez qu'en médecine générale on est assez armé pour faire face à ce genre de problématique ? Assez outillé ?

Médecin : En médecine générale on doit être assez armé/outillé pour beaucoup de choses (sourire).

Moi : Oui c'est vrai (sourire)

Médecin : Donc on ne l'est jamais assez de toute façon. Mais on ne sait pas l'être pour tout, non plus. Donc ... Oui parce que je crois que pour moi c'est abordé comme une autre assuétude finalement hein, voilà c'est essayer de voir avec le patient qu'est-ce qui se passe, un peu planter le décor, et puis voir quels aides autour nous, il y en a quand même beaucoup, psychologues, diététiciens ... Enfin il y a plusieurs possibilités d'approche qu'on a autour de nous, le tout/le plus difficile c'est de savoir qu'est-ce que le patient est prêt à faire, quel type de patient on a, ça c'est quand même toujours différent d'un patient à l'autre. Mais ça c'est

comme pour toutes nos autres pathologies. Donc outillé moi je trouve que ... oui, dans le sens qu'on a une formation pour avoir cette approche aussi psychologique de ... de toutes les problématiques qu'on rencontre en médecine générale.

Moi : Oui ...

Médecin : Voilà, moi j'utilise très peu toutes les échelles et tout ça car ... Peut-être que j'ai un peu appris comme ça sur le tas, car on n'utilisait pas ça au début que je travaillais, donc il y a un peu l'expérience qui fait mais ... je ne vois pas quel OUTIL (insiste) pourrait aider plus pour ce problème spécifique.

Moi : Oui oui ...

Médecin : Bien je ne sais pas, à quel outil vous pensez ?

Moi : Donc ici moi mon TFE il se porte vraiment sur cette question de la relation à l'alimentation, et dans un contexte d'addiction alimentaire, alors il existe pour cela un auto questionnaire de dépistage que j'ai ici avec moi, avec une version courte aussi plus applicable en consultation, mais je voulais voir d'abord avec vous qu'est-ce que ça évoque pour vous « addiction alimentaire », vous m'avez parlé d'habitudes alimentaires, de comportement alimentaire, de compulsivité, d'assuétude, ça vous parle plus que ça d'addiction à la nourriture ?

Médecin : Alors là encore ça dépend des patients, mais il y en a vraiment qui ont une addiction au sucre par exemple, ça c'est hyper récurrent ...

Moi : Oui tout-à-fait ...

Médecin : Alors moi je pense que ... il y a des mauvais comportements dans l'enfance certainement hein qui ... petit-déjeûners sucrés Kellogs, moi ça fait des années que je me bats contre ça, mais en fait on a bourré les enfants de sucre, oui ... et en plus l'industrie alimentaire a poussé à ça hein ... parce que bon le sucre ça rapporte de l'argent ... Voilà ! Donc oui il y a vraiment des gens qui ont une addiction au sucre, c'est eux qui le disent.

Moi : Oui c'est ça ...

Médecin : Alors il y a cela, et puis il y a les anorexiques-boulimiques, ça c'est plutôt le ... comportement alimentaire, alors là c'est plus par rapport à des problèmes psychologiques, qui vont ...utiliser l'alimentation ... pour se calmer ou enfin ... ou pas car ils ont une mauvaise image d'eux, et donc ça c'est plus alors lié ... Moi il y a quand même un groupe de diététiciens avec lequel je travaille ils ont justement plusieurs diététiciens qui vont aborder les choses de façon différente en fonction du patient ... en fonction de quelle est la problématique sous-jacente au surpoids en fait ...

Moi : Oui voilà tout-à-fait. Et vous parliez justement de psychologues là il y a quelques minutes, vous envoyez des patients chez des psychologues quand vous suspectez ...

Médecin : oui ...

Moi : Et vous en général des bons résultats ? Ça dépend encore une fois du patient ... (rire)

Médecin : Oui oui ... je crois que les patients quand ils font la démarche d'aller chez le psychologue c'est quand même rare qu'ils soient déçus. Il y en qui me disent « Ça ne sert à rien », surtout les personnes plus âgées, parce qu'elle n'ont pas été éduquées là-dedans, enfin il n'y avait pas de psychologue quand ils étaient jeunes, et donc faire des psychothérapies avec des personnes âgées (insiste), ça ça me paraît difficile. Mais en règle générale, les gens sont beaucoup plus ouverts qu'avant, à aller voir et à faire des liens aussi ... pas se dire que ... enfin parfois ils font trop de liens ... se dire que leur problématique de comportement alimentaire peut être liée à autre chose de plus psychologique. Je crois que les gens sont plus ouverts qu'avant à tout ça. Donc heu ... Oui j'envoie chez le psychologue avec succès/pas de succès, mais au moins un travail est commencé, ils ont un endroit où ils peuvent analyser, voir ce qui s'est passé dans leur enfance, pourquoi ils ont ces anxiétés, pourquoi ils ont ces épisodes de boulimie ...

Moi : Oui oui ...

Médecin : Mais les troubles du comportement alimentaire c'est très très ancré ... Quand c'est depuis l'enfance, c'est très difficile ...

Moi : Oui tout-à-fait. Et donc pour en revenir à l'addiction alimentaire, je trouve que vous avez assez bien cerné le concept, donc ce n'est pas un diagnostic qui est officiellement reconnu, ça ne fait pas partie de l'ICD 10, ça ne fait pas partie du DSMV, ça ne fait pas partie des troubles du comportement alimentaire en tant que tel, maintenant toutes les études que j'ai pu lire sont assez ...

Médecin : Eh bien on en parle quand même beaucoup ... C'est vrai que vous avez raison, ce n'est pas reconnu, mais même des patients m'en parlent eux-mêmes hein ...

Moi : Ah oui ?

Médecin : Qu'ils ont une addiction au sucre, oui !

Moi : Oui oui c'est ça. C'est connu même si ce n'est pas un diagnostic officiel en tant que tel, maintenant si on devait donner une définition au concept, ce serait qu'on voit qu'il y a des similitudes au niveau neurobiologique avec la sécrétion de dopamine, et au niveau comportemental entre les addictions de type sucres graisses, à haute palatabilité scientifiquement ...

Médecin : Oui oui oui ...

Moi : Et donc quand je me suis penchée sur la littérature, il existe un auto-questionnaire de dépistage de l'addiction alimentaire, qui a été fait une fois en 2009 et une fois en 2016, sur base des critères d'addiction à des substances du DSMV, avec une version validée en français,

et une version mini. Donc je les ai apportées ici, vous pouvez jeter un coup d'œil, pour voir si ça vous intéresse ou pas trop ...

Médecin : (Regarde les questionnaires) Oui c'est un peu comme pour toutes les autres addictions hein ...

Moi : Oui c'est ça.

Médecin : C'est comme pour la boisson hein, « J'ai bu alors que je n'avais plus soif » « J'ai eu des problèmes avec mes amis à cause de la quantité de nourriture que je mange », on peut mettre alcool ou n'importe quelle drogue à la place hein.

Moi : En effet. Oui comme vous dites il existe une quantité d'échelles en médecine, là de plus en plus, de scores cliniques qui nous aident, il en existe beaucoup donc c'est compliqué de tous les connaître, et de tous les utiliser, mais pensez-vous qu'ici ça pourrait être utile et utilisable dans votre pratique ? Que ce soit une aide pour vous ou bien à faire comme ça avec le patient ?

Médecin : Ecoutez je ne sais pas, en tout cas moi heu c'est compliqué parce que je vois que ce n'est pas ma façon de travailler, et ça n'a jamais été ma façon de travailler, et c'est peut-être pas bien ! Parce que ... après j'ai eu des assistantes qui utilisaient souvent les ... les choses comme ça, et elles me disaient que les patients étaient contents de remplir ce genre de choses ... Heu voilà, je ne suis pas contre ... mais je n'ai pas l'habitude de construire mes consultations autour de ça

Moi : Oui oui je comprends ...

Médecin : Alors que je voyais que mon assistante elle a fait ça pour l'anxiété, la dépression, des choses comme ça, et elle me disait que les patients étaient contents donc ... pourquoi pas ? Pourquoi pas ... Et encore une fois je crois que les patients, à l'heure actuelle, sont plus habitués à ça, voilà ils acceptent ça alors qu'il y a quelques années déjà on n'aurait même pas pu dire qu'il y avait un lien, un problème psychologique sous-jacent à ... à un BMI trop élevé, par exemple. Je crois que ce n'était pas possible d'aborder ça, maintenant ... on peut l'aborder plus facilement. Donc ça c'est une évolution je trouve très positive.

Moi : Parce que les patients sont plus ouverts d'esprit ?

Médecin : Ah oui ! Sont plus ouverts ... enfin voilà je pense qu'internet ouvre l'esprit (sourire) même s'il y a beaucoup de fausses indications ..., je crois que oui les gens là sont plus à reconnaître qu'ils ont des troubles psychologiques, oui ! Par rapport à avant, certainement. C'était honteux de parler de ses sentiments avant, de ses émotions, ce n'était pas ... Je pense qu'avec les gens qui s'expriment beaucoup sur les réseaux sociaux ... Ça a été plus facile quelque part d'exprimer ses émotions ... Et que quelque part maintenant les gens ne trouvent pas ça mal d'exprimer ses émotions ... Beh voilà chez le médecin aussi, du coup. Et d'ailleurs je vois même avec des jeunes une différence, que maintenant ils peuvent venir même s'ils ont 16-17 ans, et me dire « oui j'ai une angoisse, ceci cela », alors qu'il y a quelques années ils n'auraient jamais osé dire ceci au médecin, je crois. Oser dans le sens ça ne disait pas, ça ne

se faisait pas, on ne se donnait ... et peut-être que le médecin n'était pas ouvert à ça, je crois que c'est dans les deux sens, en fait.

Moi : Oui c'est ça ... Et du coup dans ce contexte-là avec des patients qui sont de plus en plus ouverts, quand vous voyez qu'il y a une problématique de surpoids, d'obésité avec des gens qui ont essayé plusieurs régimes, et même s'il n'y a pas de boulimie ou quoi, mais que vous voyez qu'il y a quelque chose de pas très sain avec l'alimentation, vous abordez la question de la relation à l'alimentation avec ces patients-là ?

Médecin : Alors en fait ... si je l'ai abordée, et qu'on a déjà fait le tour, je ne vais l'aborder à chaque consultation, car sinon le patient, et je le comprends, ne voudra plus venir me voir, donc ... oui c'est un travail qui doit être fait, et puis à un moment donné, voilà, je trouve que tout le monde a le droit de rester gros s'il a envie de rester gros ...

Moi : Oui tout-à-fait ...

Médecin : Moi je dis toujours d'ailleurs au patient « moi je vous informe, et c'est vous qui disposez » voilà ... et donc si ça a déjà été abordé, je ne vais pas l'aborder ...

Moi : Oui c'est ça. Mais si cela n'a pas été abordé et que vous voyez qu'il y a vraiment une souffrance ... évidemment quelqu'un qui a envie de rester avec son poids, même s'il y a un surpoids, on est bien d'accord que la décision appartient au patient (sourire), mais si on est dans une optique où ça n'a pas été abordé, et il y a une souffrance, et le fait de par exemple perdre du poids ou de changer quelque chose avec l'alimentation pourrait aider la personne au niveau médical, à ce moment-là comment l'abordez-vous, comment vous y prenez-vous ?

Médecin : Ah oui bien sûr, je leur parle justement de leur BMI, de leur surpoids, s'ils ont une explication à leur surpoids. Voilà...

Moi : Ok d'accord. Vous auriez des exemples de consultations qui vous viennent en tête à ce sujet-là ?

Médecin : Heu ... eh bien il y a la jeune de 25 ans là, mais elle finalement elle a fait tout un travail elle-même de recherche, et donc elle veut aller vers la sleeve ou voilà la chirurgie ... Ça c'était aujourd'hui ... Qu'est-ce que j'ai encore eu ... Alors souvent en fait, par exemple un patient qui a une glycémie un peu limite par exemple, et qui est en surpoids, donc je vais toujours lui expliquer, parce que je trouve que ça fait partie, que s'il perd du poids, sa glycémie peut se normaliser, et il peut guérir son diabète débutant, donc ça c'est quand même des situations très fréquentes. Des gens qui ont pas un diabète, pas une glycémie à jeûn à 126 mais à 110, dans ces eaux-là, donc ça c'est aussi une façon d'aborder, il y en a qui sont réceptifs, d'autres pas, voilà ça c'est un cas de circonstance... heu ... voilà j'ai un autre patient qui a un diabète déséquilibré mais il ne fait pas du tout attention à son alimentation, et il a déjà pas mal de médicaments, donc ça c'est aussi un peu problématique ... Parce qu'alors on peut augmenter augmenter mais après il n'arrive pas à ... il est pas compliant déjà ! Il est déjà pas compliant pour ses médicaments pour le diabète, donc heu à être compliant pour heu ... alors il est de bonne volonté, mais on n'y arrive pas ! L'autre jour j'ai encore dit à une patiente qui avait très mal aux genoux, qui avait de l'arthrose importante, et qui se demandait s'il fallait

mettre une prothèse par exemple, beh heu voilà c'est évalué le pour et le contre, les répercussions de son arthrose sur son genou et sur sa vie, et puis quand on veut aborder une chirurgie qui est quand même lourde, il faut quand même parler du poids, parce que le poids ce sera un frein à la revalidation ... Donc ça aussi c'est le moment pour aborder ... Il y en a des multitudes hein .. Donc finalement j'aborde ça souvent (sourire). Maux de dos aussi ... Il y a quand même beaucoup de maux de dos qui sont générés par le surpoids hein ... Sans compter aussi, vous avez toute la problématique des apnées du sommeil ... et quand les patients ont perdu du poids ... ils savent les patients hein ils s'en rendent compte eux-mêmes, ils perdent du poids et ils n'ont plus d'apnées hein, donc ça parfois ça les impressionne mais ... j'en ai quand même qui reprennent du poids quoi ... Mais donc beaucoup de façons d'aborder le poids ...

Moi : Oui tout-à-fait. Et vous parliez de, enfin en regardant le questionnaire vous disiez que vous reconnaissiez un peu les mêmes critères que les addictions à des substances, vous parliez de la boisson ... Je ne sais pas si vous connaissez l'entretien motivationnel ?

Médecin : (Hochement de tête)

Moi : Est-ce que vous pensez qu'on pourrait appliquer ça ...

Médecin : Ah beh tout-à-fait c'est exactement la même chose ... C'est la même chose que pour la tabagisme, pour l'alcool, pour l'addiction au sucre ... Ah oui bien sur c'est exactement la même chose ! Exactement !

Moi : Oui tout-à-fait ..

Médecin : Voilà, alors ça prend du temps tout ça, par exemple arrêter de fumer moi je suis bien contente qu'il y ait des tabacologues qui prennent le temps parce qu'il y a tellement de choses à aborder parfois dans une consultation que finalement quelqu'un qui s'en occupe ... Voilà ... alors c'est vrai que des ... je ne sais pas comment on pourrait les appeler, des heu ... des gens spécialisés pour les obèses, moi je pense surtout que c'est pas le biais des diététiciens hein qu'on peut agir, et il y en a qui sont un peu plus spécialisés là-dedans comme je l'expliquais, alors je fais souvent appel, je ne sais pas si vous connaissez, ce centre *** . Je vous invite à aller voir le site. Ce qui est intéressant ... malheureusement ce n'est pas dans le quartier, mais il y a quelques patients que j'ai motivé à aller là, mais donc ils ont une approche avec des diététiciens, des psychologues, et ils font aussi des ... des ateliers, où ils apprennent à cuisiner autrement.

Moi : Ah oui d'accord intéressant ...

Médecin : Des gens qui veulent changer mais qui n'y arrivent pas, ils font des ateliers de cuisine par exemple, donc il y a comme ça des approches multifactorielles, et ça je trouve très intéressant.

Moi : Oui donc multidisciplinaire.

Médecin : Multidisciplinaire voilà.

Moi : Et les patients que vous avez envoyés là du coup, vous avez vu ...

Médecin : Il y en a qui étaient très contents.

Moi : Et ça peut ... réduire leur souffrance en tout cas ? Qu'il y ait eu perte de poids ou non ?

Médecin : Eh bien je pense que un patient, quand il se prend en charge, il y arrive, ça diminue déjà sa souffrance ...

Moi : Tout-à-fait oui ...

Médecin : Parce que il se dit « J'ai pu être actif et faire quelque chose », donc ça oui ! En tout cas dans ce type d'approche c'est qu'ils sont soutenus, ils ne sont pas tout seuls !

Moi : Oui c'est ça ...

Médecin : Et ça c'est comme pour toutes les addictions, c'est important de se sentir soutenu ! Voilà le tabacologue c'est pas mal, le patient est soutenu comme ça le temps de son sevrage ... voilà ... Beh voilà tout ça demande une motivation hein, comme vous savez, arriver à motiver le patient, c'est un peu le plus dur hein !

Moi : Oui c'est ça c'est un peu l'entretien motivationnel, tant qu'on est en « pré-contemplation » ...

Médecin : Oui c'est ça. Au début que je travaillais j'étais toujours très frustrée par ça, un patient diabétique qui ne voulait pas se traiter. Parfois il m'a fallu un an avant qu'il accepte. D'abord, pas se traiter, mais au moins aller voir un endocrinologue ! Pour peut-être un peu mieux le motiver ! Et puis l'endocrinologue disait « Ouah votre médecin il ne vous a pas soigné, il ne vous a pas encore traité pour ça », je me dis « mais ils ne rendent pas compte, il m'a fallu un an (insiste) pour que le patient accepte sa maladie, et de faire quelque chose contre sa maladie (sourire) ». Et donc parfois ça prend énormément de temps.

Moi : Oui tout-à-fait. Et qu'est qui a fait que ce patient ait accepté sa maladie ?

Médecin : Je ne me souviens plus, sans doute à la longue, à force de l'aborder, d'en parler, j'ai trouvé L'argument (insiste) qui lui convenait. Parce que c'est ça hein, on peut avoir sa liste d'arguments, mais il faut encore trouver celui qui va toucher le patient, c'est plus difficile.

Moi : Oui tout-à-fait.

Médecin : Mais de fait ça prend parfois du temps avant de pouvoir passer à l'étape suivante.

Moi : oui c'est ça. Chacun son temps hein ...

Médecin : Chacun son rythme, chacun ... voilà c'est aussi ça qu'on aborde avec les patients, avoir un changement de comportement, eh bien on doit choisir aussi le bon moment pour le

faire. Si on est en pleine période de stress, on n'a pas du temps disponible pour penser à ça, ça ne sert à rien de commencer, alors on dit aux gens « ce n'est pas grave ». Déjà réfléchir, se dire « le jour où j'aurai du temps, on pourra fonctionner comme ça ». Donc parfois ça les rassure un peu aussi de se dire « il y a quelque chose à faire, même si on le fait pas maintenant, on pourra le faire plus tard ». Voilà ça fait partie un peu aussi de l'entretien motivationnel, c'est de leur expliquer quand ils sont ouverts, les différentes possibilités. Pas encore de leur dire « vous allez là ou là », mais ils savent qu'il y a des endroits, et puis ils se disent « bon, je vais trouver le moment à consacrer à ça », et voilà.

Moi : On a parlé de beaucoup de sujets, on a déjà couvert la majorité de mes questions, je ne sais pas si vous avez quelque chose à ajouter, ou des questions éventuelles ?

Médecin : Heu ... non ... je trouve que ce qui est très compliqué c'est les anorexiques hein ... parce que là ce sont des troubles psychologiques très très profonds, alors que chez le patient en surpoids, il n'y a pas toujours des problèmes psychologiques très graves, il y en a mais pas toujours, mais chez les anorexiques, toujours.

Moi : Oui là on est vraiment dans un contexte de trouble du comportement alimentaire, on a parfois besoin d'aller vers un psychiatre, alors que l'addiction alimentaire ...

Médecin : Voilà, c'est comme le tabagisme, c'est pas toujours des gens avec un trouble psychologique, c'est à un moment donné ils ont eu un stress, ils ont commencé, et puis il y a l'habitude qui s'est installée. C'est comme l'addiction au sucre, parfois c'est parce que quand ils étaient petits ils étaient habitués à toujours avoir du sucre, des bonbons etc à la maison, inconsciemment heu ..., là on peut travailler différemment, mais c'est pas la même chose que anorexie-boulimie quoi.

Moi : Oui c'est vrai qu'on est dans un autre registre hein.

Médecin : Oui.

Moi : D'ailleurs dans les différentes études que j'ai pu lire, l'addiction alimentaire faisait débat, est-ce que c'est plutôt une addiction à un comportement, comme les addictions aux jeux, ou plutôt une addiction à une substance, au sucre, c'est vrai que c'est plutôt en faveur de la 2^e hypothèse, on est plus sur une addiction aux sucres, graisses.

Médecin : Oui, oui (hochement de tête).

Moi : Ok, je ne sais pas si vous avez trouvé cet entretien intéressant, si vous l'avez bien vécu ...

Médecin : Oh oui bien vécu (rires). Beh voilà ce sera intéressant de peut-être en discuter avec mon assistante, ça peut être utile peut-être pour elle (montre le questionnaire mYFAS 2.0). Du coup le but est de faire la différence entre addiction (alimentaire) et pas addiction ?

Moi : Personnellement pour mon TFE, j'avais entendu parler de ce concept-là, et tous les gens qui essaient de perdre du poids, qui n'y arrivent pas, les yoys comme vous évoquiez, les

régimes à répétition etc., et comment ça se fait, et voilà j'avais entendu parler de cette notion d'addiction au sucre, d'addiction alimentaire chez les personnes obèses, et voilà ça m'a intriguée, donc l'idée était de voir dans la littérature si ça pouvait être une cause, alors évidemment ce n'est jamais très très clair ..

Médecin : Alors moi j'ai une autre théorie mais je ne sais pas si elle vraie (rires).

Moi : Ah oui allez-y je vous écoute (sourire) ...

Médecin : J'en rigole toujours, parce que ... je me demande si l'alimentation maternelle, quand on est enceinte, si ça n'influence pas après les goûts, les addictions, les attirances entre guillemets ...

Moi : Ah oui c'est possible, intéressant ...

Médecin : Je rigole toujours, avec mon mari, il est hyper « sucré », et moi j'adore les ... les chips, saucissons ... Et moi ma maman n'aimait pas les gateaux, les desserts, elle ne faisait jamais de desserts, et moi je n'aime pas les desserts (rires). Mon mari dans sa famille ils sont tous « sucré ». Il y a aussi la culture ... Alors c'est marrant, on est une famille recomposée, ma fille elle n'aime pas le sucre, et les deux enfants de mon mari ils avaient une maman qui aime bien le sucre, et eux ils sont aussi « sucré », et donc je ne sais pas (rires). Les théories, il faudrait peut-être faire un TFE là-dessus (rires). Voilà, est ce que déjà il n'y a pas une influence cérébrale par rapport à ...

Moi : Oui oui c'est possible ... je ne sais pas s'il y a des études qui ont été faites là-dessus en tout cas il y a clairement un contexte multifactoriel. Et ici l'idée, l'addiction alimentaire, moi ma démarche c'était de me dire « beh le premier pas c'est déjà d'en parler », et donc voir un peu comment les médecins avec leurs patients parlaient de la relation à l'alimentation.

Médecin : C'est qui est intéressant aussi c'est de voir les familles hein. Il y a quand même des familles de gros. Après quand c'est tout la famille, c'est vraiment des mauvaises habitudes hein, parce qu'ils mangent tous trop (insiste). Il y a toujours trop de nourriture. Enfin je pense comme ça à des familles, ils mangent tous trop, ils sont tous gros. C'est aussi autre chose. C'est difficile de dire à un enfant de changer ses habitudes s'il est tout seul au milieu d'une abondance de nourriture sur la table, et tout le monde mange ... Ça aussi ce sont des contextes particuliers. Là il n'y a pas vraiment d'addiction je pense, mais des habitudes oui.

Moi : Après pour l'addiction alimentaire, l'idée du questionnaire, ça s'appelle Yale Food Addiction Scale, c'est de voir si on est dans le pathologique ou pas.

Médecin : Oui.

Moi : Moi j'avais regardé la version mini/modifiée du questionnaire, il fait qu'il y ait la notion de souffrance. Si le critère de souffrance n'est pas rempli, on considère qu'on n'est pas dans la pathologie, donc ça j'avais trouvé ça intéressant. Parce que oui quand on consomme du sucre, on a chacun des sensibilités différentes, mais automatiquement il y a de la dopamine qui est sécrétée.

Médecin : Bien sur oui ... ok, et il y a aussi le rôle du microbiote intestinal, avec toutes les recherches qui sont faites à ce sujet ... Et bien bonne chance pour votre travail.

Moi : Merci !

Médecin 5

Impression générales :

Durée entretien : 38 minutes

Opinion négative vis-à-vis de la chirurgie bariatrique et très favorable au concept d'addiction alimentaire

Moi : Du coup vous êtes médecin nutritionniste et généraliste, donc vous faites les deux ?

Médecin : Oui les deux ...

Moi : Du coup vous êtes nutritionniste/ou diététicienne ?

Médecin : Diététicienne non , je ne me définirai pas comme ça, plutôt une nutritionniste.

Moi : Oui ce n'est pas tout-à-fait la même chose ...

Médecin : Eh bien la diététicienne va plutôt prescrire ... la quantité et les types d'aliments que le patient doit avoir, nous on s'occupe plutôt de l'état nutritionnel au sens propre du terme.

Moi : C'est ça oui d'accord, mais vous faites encore de la médecine générale en parallèle.

Médecin : Tout-à-fait.

Moi : C'est ça ok. Du coup j'ai vu aussi que vous étiez dans un centre de traitement de l'obésité avec une équipe pluridisciplinaire ...

Médecin : De chirurgie bariatrique ...

Moi : C'est une chance du coup pour moi de faire une interview avec vous. Qu'est-ce qui fait pour vous que la prise en charge des troubles tels que surpoids ou obésité peut être une réussite ou un échec ?

Médecin : Alors en médecine générale c'est souvent un échec parce que c'est très chronophage, parce que bon vous n'êtes pas sans savoir que les médecins généralistes ont peu de temps à consacrer à ça. Que la formation des médecins généralistes est très pauvre par rapport à ça, et c'est une prise en charge extrêmement compliquée. D'où les échecs

récurrents.

En plus le patient qui va voir son médecin généraliste n'a pas cette demande, par rapport au médecin généraliste, et donc c'est là que ça coince un petit peu.

Moi : Oui c'est ça. Et du coup dans ce contexte-là vous dites que les patients ne viennent pas spécialement avec cette demande ...

Médecin : Ils ne viennent pas avec cette demande, et donc c'est vrai que pour pouvoir parler de cette problématique, il faut qu'une relation de confiance s'installe aussi ...

Moi : Oui tout-à-fait. Et du coup dans ce contexte-là qu'est-ce qui fait que vous aborderiez ou non la question avec les patients qui ont manifestement un problème de surpoids ou d'obésité, mais qui ne viennent pas pour ce motif. Et vous êtes cette fois-ci plus dans le contexte de la médecine générale que de la médecine nutritionnelle.

Médecin : Mais dans ce cadre-là alors j'examine d'abord les pathologies chroniques associées, je profite de l'occasion justement pour discuter avec le patient, que s'il y a, admettons par exemple un diabète ou une hypertension, qu'il faudrait peut-être qu'on revoie un peu ensemble le modèle alimentaire, donc ... arriver avec des arguments autres que le surpoids, qui souvent est ressenti comme une agression.

Moi : Oui oui c'est ça. Du coup si on l'aborde par le biais des pathologies chroniques associées, comment ils réagissent les patients en général ?

Médecin : Ils comprennent mieux. Ils comprennent mieux, c'est pas pour autant que la partie est encore gagnée, car il faut encore agir sur les comportements, mais une fois que les comportements sont acquis ils sont difficiles à modifier, donc c'est un gros travail de prise en charge, et surtout de remise en question du patient.

Moi : Oui c'est ça. Et vous parliez là de comportement, qu'est-ce qui fait qu'au final ces habitudes alimentaires sont si difficiles à changer ?

Médecin : Elles sont ancrées depuis longtemps, d'abord c'est souvent culturel, et puis les patients nous signalent souvent le manque de temps pour préparer correctement la cuisine, et parfois même de plus en plus l'aspect financier des choses, parce qu'en effet manger sainement coûte in fine plus cher que des aliments préparés par l'industrie.

Moi : Oui c'est ça tout-à-fait. Et qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, toujours dans le contexte de la médecine générale, vous référez ces patients à des paramédicaux ou bien à d'autres spécialistes médicaux ...

Médecin : Alors moi j'explique au patient ce qu'il faut manger ou ne pas manger pour améliorer l'état de santé, maintenant il y a beaucoup de gens qui ne savent pas comment s'y prendre, comment préparer les repas, comment les quantifier, donc à ce moment-là c'est vrai que j'adresse plus volontiers à une diététicienne, qui est plus à même d'orienter le patient dans cette démarche-là.

Moi : D'accord. J'avais une question concernant l'expérience et l'opinion à propos de la chirurgie bariatrique ...

Médecin : La chirurgie bariatrique c'est un échec pour moi ...

Moi : Oui ? Ok ...

Médecin : Beaucoup de patients en arrivent là car ils ne sont pas arrivés à modifier leurs habitudes alimentaires, et donc on en arrive là, alors que pour moi on devrait en arriver là en bout de course, mais finalement ça reste un échec, parce que sur le long terme, la chirurgie bariatrique est génératrice de beaucoup de pathologies. On crée des pathologies chez les gens qui ont subi une chirurgie bariatrique. Il y a des déficits au long terme, on peut créer des addictions à d'autres choses, comme à l'alcool par exemple, ou d'autres drogues encore plus dures ... Donc on supprime un problème pour en créer un autre. Pour moi la chirurgie bariatrique chez les patients qui en ont réellement besoin, et pour lesquels l'état de santé ou le pronostic vital est en jeu, ok, mais il y a beaucoup de choses à faire avant.

Moi : Oui. Donc notamment au niveau de ...

Médecin : Du comportement alimentaire, de l'éducation ... au sein de la famille, déjà de l'éducation en amont.

Moi : Oui. J'avais vu du coup en me renseignant sur la clinique de l'obésité qu'il y avait aussi une psychologue dans votre équipe, vous êtes amenée du coup à référer ...

Médecin : En fait la psychologue elle sert surtout à asseoir le diagnostic posé par le chirurgien, et s'assurer qu'il n'y ait pas effectivement derrière ça d'autres addictions qui pourraient émerger, de manière plus intense encore. Mais c'est vrai que ce sont des gens qui devraient être pris en charge de manière pluridisciplinaire, sur le long terme, pas uniquement la veille de l'intervention, il faudrait qu'ils soient pris en charge sur une période bien plus longue que ça.

Moi : Oui. Et du coup les patients que vous voyez à cette clinique ils viennent avant la chirurgie bariatrique, pour ceux qui font la chirurgie, vous voyez qu'ils décrochent après au niveau du suivi ?

Médecin : Clairement. Clairement une fois qu'ils ont eu ce qu'ils voulaient, ils ne viennent plus voir ni leur médecin généraliste, d'ailleurs souvent ils ne voient pas leur médecin généraliste, ça reste tabou, ils ne voient leur psychiatre, leur psychologue, et diététicien encore moins. Ce sont des gens qui sont perdus dans la nature la plupart du temps.

Moi : Et qu'est-ce qui fait que, comme vous dites une grosse majorité ne revient pas, mais il y en a quand même qui reviennent et qui font leur bien leur suivi malgré tout ? Quel est ce genre de patients ?

Médecin : Oui, il y a de la population qui revient quand même, il ne faut pas non plus être négatif, il y a quand même un certain pourcentage de réussite, mais les gens qui réussissent dans cette démarche sont des gens qui sont conscients qu'il faut un suivi post-opératoire régulier.

Moi : C'est ça ... Et les personnes pour qui ça a été un échec, dans le sens il y a une reprise de poids, pour vous qu'est-ce qui explique cela ?

Médecin : Il y a plusieurs facteurs qui interviennent. D'abord, la plupart du temps, ce sont des gens qui n'arrivent plus à s'alimenter de manière traditionnelle, et donc ils s'orientent vers des aliments très faciles à manger, très concentrés en calories, très riches en sucres et en graisses, ce sont des aliments qui glissent facilement. Ça c'est un premier élément. Deuxième élément, c'est qu'il y a beaucoup de gens qui sont frustrés par le manque de nourriture, qui ne peuvent plus mastiquer et manger normalement, donc ce sont des gens qui vont facilement boire aussi, et on sait qu'alcool est un aliment liquide hypercalorique.

Ce sont pour moi les deux principales causes d'échec. Tout un temps, enfin moi j'ai connu le temps où on posait beaucoup d'anneaux gastriques, là un certain temps l'anneau ne faisait plus son travail, donc c'était aussi une période de transition, on ôtait l'anneau pour faire chez ces gens un mini bypass ou un bypass, et donc entre les deux, soit ils prenaient volontairement beaucoup de poids pour être opéré, car il fallait un certain BMI, soit dans l'intervalle de l'opération ils reprenaient beaucoup de poids, et ils retombaient dans leurs travers. Donc ils profitaient de l'occasion pour pouvoir manger tout ce qu'ils avaient envie de manger, ce qu'ils n'ont pas pu faire pendant toute la période pré-opératoire.

Moi : Oui c'est ça. C'est peut-être un petit peu ... réfléchir à l'envers quelque part ?

Médecin : Oui c'est ça ...

Moi : Ok. Et alors je dévie un petit peu par rapport aux troubles du comportement alimentaire, et plus spécifiquement tout ce qui concerne boulimie, hyperphagie, binge eating, quelle est votre expérience par rapport à ça, avez-vous vu beaucoup de patients concernés par ce problème ?

Médecin : Je n'en ai pas vu beaucoup parce que ce sont des gens qui consultent peu le nutritionniste. En fait quand ils ont ce type de problème c'est plutôt le psychiatre/le psychologue qu'ils vont voir d'emblée. Parce que ce sont des troubles qui sont rarement pris en charge et par les nutritionnistes et par les généralistes. Et puis ce sont des gens qui ne sont pas conscients de leur problèmes.

Moi : Oui. Mais si par exemple vous vous suspectez, dans un contexte de consultation de médecine générale, quelqu'un qui pourrait avoir des accès d'hyperphagie/de craving, est-ce que vous aborderiez le sujet avec la personne ? A partir du moment où vous estimez que c'est problématique, qu'il y a un surpoids ?

Médecin : Oui bien sur. Je pense qu'il faut aborder le sujet, maintenant je pense qu'il faut y aller de manière délicate, car ce n'est pas toujours très facile à aborder ... Donc il faut toujours

trouver un biais parallèle pour aborder le sujet. Trouver une faille dans laquelle s'engouffrer.

Moi : Oui tout-à-fait. Et comme vous disiez on n'est peut-être pas suffisamment armé en médecine générale ...

Médecin : Pas armé ni formé pour ce genre de problématique, ce sont des problèmes extrêmement compliqués à gérer. Parce que ce n'est pas uniquement la personne qui est concernée, c'est souvent l'environnement qui est concerné.

Moi : Et du coup voilà j'en viens à mon sujet de TFE, qui se porte sur la détection de l'addiction alimentaire, est-ce que vous connaissez ce concept, cela vous dit quelque chose, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Médecin : Non. C'est un concept que je ne connais pas bien non.

Moi : Et à quoi vous pensez quand vous entendez ces termes-là ?

Médecin : Eh bien addiction c'est tout ce qui est addiction au sucre dont on entend le plus souvent parler, et donc c'est une addiction comme une addiction comme une autre, qu'il faut gérer/traiter comme une autre addiction.

Moi : Et vous en voyez beaucoup des patients qui ont une addiction au sucre ?

Médecin : Oui. Ah oui la majorité des gens se disent addicts au sucre. Maintenant il faut toujours faire attention par ce qu'on entend par addiction au sucre. C'est pas parce qu'on mange 2 tranches de pain matin-midi-soir qu'on est addict au sucre. Mais il y a des gens qui clairement grignotent du sucre toute la journée.

Moi : Oui c'est ça. Et du coup le concept d'addiction au sucre, ça rejoint le concept d'addiction alimentaire, c'est un concept bien connu en médecine, est-ce qu'on parle de diagnostic officiel ?

Médecin : Non non pas du tout. On a plutôt tendance à les traiter de grignoteurs ou de goinfres. (rires) Ça dépend qui vous allez consulter, c'est souvent associé à la goinfrerie, c'est pour ça que les gens n'osent pas toujours en parler, ils ont peur du jugement que l'on peut émettre à ce niveau-là.

Moi : Et est-ce que vous trouvez que cette entité d'addiction au sucre a un intérêt ? Est-ce que c'est utile de poser quelque part ce diagnostic-là ? Sans mettre une étiquette au patient, est-ce que ça a lieu d'être ?

Médecin : Je pense qu'à partir du moment où on met un diagnostic, pas forcément une étiquette mais un diagnostic, c'est plus facile d'aborder le sujet, parce que les gens se sentent reconnus dans leurs problèmes. Et c'est à partir de là qu'on va pouvoir avoir un contact plus facile et de travailler de manière plus efficace avec le patient.

Moi : Ok. Donc il y a déjà des patients du coup à qui vous avez expliqué qu'il y avait chez eux une addiction au sucre ...

Médecin : Tout-à-fait ...

Moi : Et qui avaient eu une bonne réaction du coup ?

Médecin : Oui tout-à-fait, à partir du moment où on explique les choses, dans des termes simples, et qu'ils se sentent reconnus, l'abord est beaucoup plus facile.

Moi : D'accord ok. Du coup l'addiction alimentaire, qui est le thème de mon TFE et pour lequel je m'étais un peu renseignée, concerne en fait essentiellement des aliments à haute palatabilité tels que sucres, graisses, aliments ultra transformés etc. Donc ce n'est pas un diagnostic officiel, ce n'est pas repris dans l'ICD 10, ce n'est pas repris dans le DSMV, ce n'est pas repris dans les troubles du comportement alimentaires à proprement parler. Mais voilà, cela établit en fait qu'il y a des liens, à la fois au niveau neurobiologique, le circuit de la dopamine etc, et au niveau du comportement, entre les addictions et la consommation de ces aliments-là donc à haute palatabilité. Donc il y a de plus en plus d'études qui montrent que le diagnostic en tant que tel a un intérêt même s'il n'y a pas de prise en charge toute faite qui existe à ce jour. Par contre j'ai trouvé une méthode qui est validée, qui est un auto-questionnaire, donc je l'ai apporté ici si ça vous intéresse ...

Médecin : Oui sûrement ...

Moi : Donc vous pouvez le garder ... Donc c'est un auto-questionnaire de dépistage, il est validé dans plusieurs langues, en anglais, en français, il y a une forme longue avec 35 questions et une forme courte avec 13 questions ...

Médecin : Mais ça me semble intéressant hein ...

Moi : Et donc cela ça s'appelle le Yale Food Addiction Scale, ça a été développé une première fois en 2009 il me semble, sur base des critères d'addiction du DSMIV, et puis ça a été revisité en 2016, sur base du DSMV cette fois. Voilà. Et donc ça j'ai vu plusieurs études sur pubmed etc. qui expliquaient que c'était validé, du coup ici je ne sais pas si vous ça vous parle, et si ça peut être utile dans votre pratique ?

Médecin : Dans ma pratique de médecine générale, oui, la forme courte en tout cas. La forme longue est plus difficile à instaurer (rires). Oui non je pense que c'est intéressant de pouvoir utiliser ce genre de questionnaire bien sur ...

Moi : Et est-ce que ça pourrait être une aide par exemple pour aborder avec le patient la relation à l'alimentation ?

Médecin : Oui ! Clairement oui !

Moi : Et est-ce que vous avez là des exemples à raconter à propos de patients chez vous reconnaissez certains items du questionnaire, ou qui ont une addiction au sucre ? Dans vos dernières consultations par exemple, avez-vous des cas à raconter, à chaud ?

Médecin : Eh bien oui, je pense notamment à une patiente qui consulte déjà depuis un petit moment pour un problème de poids sérieux, qui ... suivie d'un diabète et d'une hypertension, et clairement elle raconte que son problème est lié à la consommation excessive de sucre, en particulier lors d'épisodes de stress. Et que donc c'est extrêmement compliqué pour elle de modifier ce comportement ... Oui il y a des patients pour lesquels on reconnaît clairement les items.

Moi : Oui c'est ça oui oui ... Cela a été conçu par rapport aux critères d'addiction du coup ... Pensez-vous qu'on pourrait faire un parallélisme avec les autres addictions ? Par rapport à la communication avec le patient, au diagnostic, par rapport à l'utilisation de l'entretien motivationnel ? Est-ce qu'on pourrait transposer ça par exemple à l'addiction au sucre ?

Médecin : Oui oui tout-à-fait ! Maintenant il faut que le médecin généraliste soit sensibilisé au sujet, sinon il ne va pas prendre le temps de donner deux heures de questionnaire au patient, mais je pense que ça peut être intéressant dans le cadre de l'entretien motivationnel. Maintenant je pense que toutes les formes d'addictions ont le même lien neurobiologique hein. Chacun se retrouve dans ses préférences, mais je pense qu'on a le même niveau de fonctionnement neuronal c'est à peu près pareil pour toutes les addictions. On appuie sur un bouton et on a une récompense quoi.

Moi : Oui c'est ça oui tout-à-fait. Et du coup, dans le contexte de la médecine générale ou bien même de la médecine nutritionnelle, je ne sais pas si vous abordez justement cette question de la relation à l'alimentation avec le patient, peut-être de manière frontale, mais est-ce que vous finissez par en parler ? Surtout des patients qui ne se présentent pas spécialement pour ça, mais où vous détectez qu'il y a probablement une relation pathologique avec l'alimentation.

Médecin : Mais ici peut-être pas systématiquement à la première consultation, mais si je vois qu'il y a une pathologie qui pourrait être liée à un désordre alimentaire, oui c'est l'occasion d'en discuter de cet aspect-là des choses en effet.

Moi : Et là comment est-ce que vous vous y prenez, vu que c'est comme vous disiez un sujet assez délicat à aborder ... ?

Médecin : Mais moi j'aime assez bien, parce qu'on leur demande souvent combien de cigarettes ils fument, combien de boissons alcoolisées ils boivent par semaine etc, moi je demande souvent aux gens combien de boissons sucrées ils prennent sur la semaine ou sur la journée. Généralement les gens qui sont addicts au sucre ils consomment des boissons sucrées ou des sodas. Donc ça pour moi c'est une manière assez facile d'aborder le sujet. Si ils vous disent « Oh moi je bois du coca toute la journée », on a trouvé. On a trouvé le fil conducteur sur lequel on va pouvoir aborder le restant de la problématique.

Alors s'il me dit « Je ne bois pas de sodas », je dis « Ok, est-ce que vous buvez des jus de fruits ? ». Les jus de fruits dans l'esprit des gens c'est sain, « Est-ce que vous êtes conscient que les jus de fruits c'est du sucre ? ».

Alors si je n'ai pas ça je leur demande « Quel est votre goûter ? Vous prenez un fruit, un yaourt, un carré de chocolat, une pâtisserie ? ».

Et donc c'est par ces moyens-là qu'on peut aborder le sujet.

Moi : Ok d'accord. Et à ce moment eux le ressentent un peu comme une agression, ou bien ils réagissent bien ?

Médecin : Ça se passe assez bien, mais ça dépend comment on leur présente les choses. Moi je dis, s'ils me demandent pourquoi je leur pose la question « Ecoutez, le soda par exemple, on sait que c'est toxique pour la santé, on sait que ça crée du diabète et de l'hypertension ». Je pense qu'en expliquant les choses simplement on peut aborder le sujet, sans que le patient ne se sent coupable ni jugé. Mais par contre (regarde le questionnaire), c'est vrai que je ne leur demande pas combien de hamburgers par semaine vous prenez, parce que ça je pense que ça peut être ressenti comme une agression.

Mais si on aborde les choses par des éléments plus, enfin par les boissons, les sodas, ça passe plus facilement. Et de là on peut continuer sur les autres aliments, par exemple ici le chocolat, les pâtes, le riz, le pain, quand je leur demande quelle quantité ils en consomment sur la semaine ou sur la journée, ils sont tout étonnés quand je leur dis que c'est du sucre aussi. Et donc les gens ne sont pas toujours conscients de ça.

Moi : Oui tout-à-fait. Est-ce que vous à travers votre expérience vous entrevoyez des profils de patients avec lesquels vous aborderiez plus la question ? En terme d'âge, de genre, de milieu socio-économique, de comorbidité, qu'elle soit physique ou psychiatrique ...

Médecin : Alors il y a des patients, en terme d'éducation sociale et d'environnement, avec qui c'est quasi impossible. Il y a des gens avec lesquels, dans certains milieux défavorisés, c'est très difficile d'aborder le sujet, car c'est leur mode de vie. Leur bouée de sauvetage je dirais. Donc il y a des gens pour lesquels je dirais que c'est leur mode de fonctionnement. Car ils ne savent pas faire autrement. Parce qu'ils n'ont pas accès à une nourriture variée, diversifiée, qui est à l'élaboration de plats traditionnels, de plats plus chargés en fruits légumes et oléagineux. Ces gens-là c'est très très compliqué d'aborder le sujet.

Les gens qui ont une certaine éducation, je n'aime pas trop dire ce terme car ça peut sembler péjoratif, mais les gens qui ont un milieu socio-culturel ou socio-familial plus élaboré, c'est plus facile d'aborder le sujet. Et malheureusement, ce sont les gens plus défavorisés qui souffrent plus de cette problématique.

Moi : Oui tout-à-fait oui. Et justement à partir du moment où le sujet est abordé, et vous disiez tout à l'heure de mettre un nom sur les choses, de parler d'addiction au sucre pour que le patient se sente reconnu, à quoi cela aboutit par la suite ? Est-ce que le patient est mieux suivi ? Dès lors qu'il y a ce diagnostic d'addiction au sucre, est-ce que vous le référez à d'autres spécialités, comment ça se passe pour la suite ?

Médecin : Ça dépend du patient, d'abord je laisse toujours un temps de réflexion aux gens. Il faut le temps de digérer l'information, et puis de pouvoir revenir poser des questions par

rapport à la problématique. A partir du moment où ils sont conscients qu'il y a un problème et qu'ils ont bien compris l'information, il est pour moi en tout cas plus facile de les orienter vers un psychiatre, enfin plutôt un psychologue, qui peut essayer de décoder un peu ce qui se cache derrière cette addiction. Et donc il vaut mieux agir par pallier plutôt que de vouloir modifier tout l'environnement, et tout le comportement des gens en une seule fois. Donc je réfère.

Moi : C'est ça, donc vous référez vers des psychologues. Et dès lors que, imaginons un patient qui souffrirait d'addiction au sucre, dès lors que le diagnostic est posé, qu'il y a une prise en charge psychothérapeutique, et qu'il y a la motivation, est-ce que les résultats sont là, si l'objectif en terme de santé pour le médecin et pour le patient sont une perte de poids ou un rééquilibrage alimentaire etc., voyez-vous des résultats positifs ? Avez-vous des exemples où ça a changé quelque chose ?

Médecin : Il y a un gros pourcentage d'échecs, mais il y a des gens qui arrivent à améliorer leur mode de fonctionnement. Je ne dis pas qu'on est 100% efficace, mais en tout cas il y a des petites choses qui changent, et qui peuvent faire toute la différence sur le long terme. IL faut s'attendre à des modifications lentes, mais parfois durables. Mais en tout cas toujours lentes.

Moi : Toujours lentes. Mais en tout cas cette prise de conscience au niveau du diagnostic a quand même un intérêt ?

Médecin : Tout-à-fait oui.

Moi : Ok, d'accord.

Médecin : Mais mieux vaut aborder le sujet par un autre biais. Parce qu'il y a des médecins, je me souviens quand j'étais adolescente, j'étais un peu enrobée, il y des gens, ils ne vous aident pas en émettant des jugements, ce n'est pas une aide, il faut vraiment y aller de manière très progressive.

Moi : Oui tout-à-fait. Je ne sais pas si vous avez quelque chose à ajouter, on a déjà parcouru pas mal de questions ...

Médecin : Et donc l'objectif serait de ... d'utiliser ce genre d'outils en consultation ?

Moi : Mais donc du coup mon TFE en tant que tel est une étude qualitative où j'interroge des médecins généralistes, et le thème n'ayant pas vraiment été abordé dans les autres TFE, personnellement j'avais déjà entendu parler d'addiction au sucre, d'addiction alimentaire, ça m'avait interloquée, donc je me suis renseignée, ce n'était pas controversé, car de plus en plus d'études ont l'air de montrer que ça a un intérêt, mais ce n'est pas un diagnostic officiel, et je trouvais ça intéressant. Maintenant, par quel biais travailler là-dessus sur un TFE, il y a avait plusieurs possibilités, par exemple recherche action, donner les questionnaires aux médecins et les faire passer aux patients et voir ce que ça donne, j'avais vu une étude où ils ont fait ça et ils avaient du coup calculé la prévalence de l'addiction alimentaire en médecine générale, mais c'était un faible échantillon. Moi je suis plutôt partie du principe que pour parler de ça, il faut parler de la relation du patient à l'alimentation, c'est un peu la porte d'entrée justement vers

la détection d'une addiction alimentaire, d'une addiction au sucre ... Voilà je ne sais pas si le postulat de base est juste ou pas ...

Médecin : Oui oui tout-à-fait ...

Moi : Et donc je voulais savoir comment les généralistes abordaient cette problématique avec le patient.

Médecin : Eh bien tenez-moi informée de l'évolution de vos travaux, ce serait intéressant de pouvoir mettre en valeur votre travail.

Moi : Merci c'est gentil ! Ici c'est qualitatif donc, ce n'est pas représentatif et généralisable (explications du travail TFE et de son contenu en bref), mais sait-on jamais que cela puisse apporter un petit quelque chose à la médecine générale, mais oui merci beaucoup !

Médecin : Vous allez être diplômée cette année ?

Moi : Oui, si tout va bien oui (sourire). Je ne sais pas si vous trouvez que le thème est utile, et si ça vous a sensibilisée ...

Médecin : Ah oui certainement, c'est quelque chose qui n'a jamais été couramment abordé, et je trouve que ... finalement on s'intéresse au sujet de manière positive.

Moi : Et finalement, mon TFE l'aborde moins, mais il y aurait moyen de l'aborder en terme de santé publique hein. Vous parliez d'aliments ultra-transformés etc, il pourrait peut-être y avoir de la prévention à ce niveau-là ...

Médecin : Ça c'est clair hein ... Tout ce qu'on fait avaler aux gens, on crée des pathologies, comme je disais la chirurgie bariatrique entraîne d'autres pathologies, les aliments ultra-transformés c'est pareil hein.

Moi : Et oui c'est ça, mon TFE ne se porte pas spécifiquement sur la chirurgie bariatrique, mais de fait j'ai de fait lu, que déjà les troubles du comportement alimentaire c'est une contre-indication à la chirurgie ...

Médecin : Tout-à-fait ...

Moi : Et du coup oui l'addiction alimentaire, je ne sais pas à quel point c'est pris en compte, mais je me demandais si in fine c'est établi comme une cause d'échec à la chirurgie ...

Médecin : Probablement puisque je ne pense pas que ça freine beaucoup les chirurgiens de savoir qu'il y a des gens qui sont addicts (à l'alimentation/au sucre). Je dirais même que c'est souvent chez ces gens-là, ce profil de patients-là qui sont opérés ...

Moi : Oui c'est ça. Et l'entretien préalable avec le psychologue n'est pas suffisant vous trouvez ...

Médecin : Non. Non non je pense que ce n'est pas tellement sur cet aspect-là des choses qu'ils vont travailler, c'est plutôt est-ce que le patient est conscient qu'il va y avoir une modification de son image corporelle, c'est plutôt par rapport à ça qu'ils travaillent...

Moi : Ah oui c'est ça ... Du coup vous trouvez qu'on ... qu'on n'insiste pas assez sur cet aspect de la relation à l'alimentation avant la chirurgie ...

Médecin : Ah non ... non non non ...

Moi : C'est vrai que c'est intéressant ce que vous dites, ça pourrait être une piste pour une suite à ce travail ...

Médecin : Oui c'est vrai que ça coûte très cher à la société ces chirurgies hein ... Et le pourcentage d'échecs est quand même énorme ...

Moi : Oui non tout-à-fait ...

Médecin : Ah oui ça devient une chirurgie de confort hein souvent ...

Moi : Mais ça reste intéressant d'entendre ça de votre part, la chirurgie reste un outil parmi d'autres, qu'on insiste pas assez sur la relation à l'alimentation et que ça pourrait être utile ... Oui je ne sais pas si ce questionnaire pourrait être utile à donner aux psychologues avant une chirurgie bariatrique (rires).

Médecin : Je crois oui (rires). Je pense qu'ils seraient bien aidés, c'est vrai que je pense qu'ils n'ont pas facile à aborder le sujet, en tout cas les gens qui ont décidé de se faire opérer avec la chirurgie bariatrique, de toute manière ils trouveront la faille plutôt chez le psychologue et le médecin pour valider leur projet ... Donc ça c'est clair ... Donc je pense que ça aiderait tout de même le psychologue qui doit prendre en charge ce type de patient, de pouvoir mettre la main et un nom sur la problématique. Expliquer aux gens que c'est pas parce qu'ils sont opérés qu'ils seront débarrassés de leur addiction au sucre hein.

Moi : Oui tout-à-fait, c'est vrai. Du coup il y a des psychologues avec qui vous collaborez dans ce contexte-là ?

Médecin : Oui oui tout-à-fait il y a des gens avec qui je collabore, et ils partagent mon sentiment que c'est très compliqué de faire bouger des comportements, et que les gens ont l'impression que la chirurgie va faire le travail à leur place, au niveau psychologique ... Alors que c'est plutôt l'inverse ... La chirurgie est un soutien, un confort, mais c'est pas la chirurgie qui va modifier le comportement ... Enfin ça oblige à modifier, vu qu'on ne sait quasi plus rien manger, mais ce n'est pas comme ça qu'il faudrait voir les choses.

Moi : C'est vrai qu'avec cet aspect-là, la prise de conscience a tout son intérêt.

Médecin : Oui tout-à-fait.

Moi : Ok. Je ne sais pas si vous avez quelque chose d'autre à ajouter ?

Médecin : Dans les troubles de l'addiction au sucre c'est quasi 100% des patients qui sont candidats à la chirurgie bariatrique et qui sont opérés ... Il y a quand même des réussites mais ce n'est pas la grande majorité ...

Moi : Très bien ok. Comment avez-vous vécu cet entretien ?

Médecin : Très bien, c'était intéressant ...et votre travail est intéressant c'est chouette ...

Moi : Merci ! Et Merci beaucoup à vous pour votre temps ! Je vais éteindre l'enregistreur ...

Médecin 6

Impressions générales :

Durée entretien : 50 minutes

Curieux et ouvert sur le sujet, déclare d'emblée avoir un manque d'expérience par rapport au sujet

Moi : Quelle est votre expérience de manière générale par rapport aux patients concernés par des problèmes de surpoids/ d'obésité, que ce soit au niveau de la communication avec ces patients à ce sujet, du diagnostic, du suivi, de la prise en charge ?

Médecin : Je ne suis pas un grand spécialiste (rires), voilà ... je ne fais pas de régime ou de suivi de régime en particulier, ici dans mon cas personnel. D'abord la première chose c'est d'identifier les cas à problème ... Donc c'est vrai que les gens qui ont l'air en surpoids, eh bien je les pèse, je vois un peu avec eux ... et si vraiment il y a un problème de surpoids manifeste, bah dans le cadre des consultations habituelles au bout d'un moment je fais quand même une petite prise de sang pour voir ce qui se passe de base. Et alors après cette prise de sang là je pose quand même quelques questions au patient pour savoir un peu pourquoi il a un excès pondéral, si c'est un problème dans l'alimentation, si c'est un problème ailleurs, et alors après ça moi je donne des petits conseils généraux, j'ai quelques papiers fiches que je donne que j'ai reçu des délégués ...

Moi : Ah oui ok ...

Médecin : Pour des produits pour le cholestérol et autres, on reçoit des petits prospectus où à l'arrière il y a parfois des petits régimes ou des petits conseils ... Mais comme je ne suis pas nutritionniste ou autre, je ne vais pas plus loin, que leur dire de faire attention, qu'il est temps de faire quelque chose, de faire un petit peu régime, voilà quelques conseils de base mais je ne vais pas plus loin ...

Moi : C'est ça ... Très bien, et du coup vous dites là que in fine, peut-être pas à la première consultation, vous abordez la question avec ces patients qui ne viennent pas spécialement pour ce motif-là, comment ça se passe exactement avec les patients, quels mots vous utilisez, comment réagissent les patients, comment vous abordez la problématique du surpoids ... ?

Médecin : Oui c'est juste que si quelqu'un vient, que je n'ai jamais vu, et qui vient pour autre chose alors que je vois qu'il y a manifestement un problème de poids, c'est clair que je n'en parlerai pas à la première consultation, ça c'est sûr, sauf si ils viennent pour ça évidemment. Mais si ils viennent pour autre chose, c'est vrai que la première fois, je n'en parlerai peut-être pas. Alors ... à quel moment se dire qu'il est peut-être temps d'en parler, c'est vrai que ce n'est peut-être pas à la 2^e ou 3^e consultation non plus ... Disons que si il y a des problèmes liés au problème de surpoids comme des problèmes d'hypertension, des problèmes articulaires, des douleurs aux genoux hanches dos et autres, c'est vrai qu'on en vient peut-être à parler du poids à un moment, à ce moment-là ça vient un peu dans l'histoire ... C'est vrai que je pêche un peu par défaut, c'est vrai que si ce sont des patients on va dire pas trop vieux ni trop jeunes, entre 40 et 60 ans, qui sont manifestement en surpoids, je ne leur pose peut-être pas toujours

la question, et c'est possible qu'il y en a qui soient passés à travers les mailles du filet, et que je n'ai rien fait quoi ... Ça arrive parfois aussi, il faut bien le dire ...

Moi : Oui hein, on ne peut pas tout faire non plus, il y a déjà beaucoup de choses à gérer en médecine générale. Vous évoquiez à un moment donné « j'essaye de voir si il y a un souci avec l'alimentation ou autre chose », vous pensez à quelqu'un en particulier, vous auriez un exemple de patient ou une anecdote à donner par rapport à ça ?

Médecin : Oui ... On a tous eu des patients en surpoids évidemment hein, c'est vrai que c'est étonnant parce que parfois, il y a des gens qu'on voit en surpoids, et une fois qu'on les pèse, 130-140-150kg, c'est quand même beaucoup ... Enfin pas tous hein, mais j'en ai quelques-uns qui sont au-dessus de 140kg quoi, ce qui est énorme. Et alors ce qui me frappe toujours, c'est quand ces gens-là, de nouveau il ne faut pas stigmatiser, ils ne sont pas tous comme ça, mais il y a quand même beaucoup de gens dans cette tranche-là qui disent « Mais je ne mange pas grand-chose ». C'est quand même assez étonnant, qu'il y a quand même un certain déni des patients par rapport à ... à la quantité de nourriture qu'ils prennent. Et donc ça c'est quand même quelque chose qui me frappe régulièrement. Et il y en a qui disent qu'ils mangent bien, ça c'est clair, il y en a qui l'avouent tout de suite.

Moi : Et justement ceux qui auraient un éventuel déni par rapport à ça comment vous réagissez, qu'est-ce que vous faites par la suite, est-ce que cela aboutit à quelque chose ?

Médecin : J'essaye de la motiver par rapport aux complications de l'excès de poids, comme on a dit tension, diabète, etc. Donc ça j'essaye de les motiver par rapport à ça. Donc avant, je n'avais pas trop de personnes dans l'entourage ...enfin je disais allez voir quelqu'un, allez voir un diététicien etc., mais je n'avais pas vraiment de noms à donner ... il y en avait parfois et puis bon, ça change ... mais ici heureusement dans notre centre on a une nutritionniste. C'est vrai que maintenant c'est plus facile pour moi, je dis « dans le bureau à côté il y a tel docteur ». Enfin ce n'est pas un Docteur, c'est une personne qui a fait une formation. Du coup je dis d'aller là-bas et d'aller voir. Parce que moi effectivement, je n'ai pas une formation de nutritionniste. Le cours de diététique et nutrition de mon temps, c'était en option ... et je ne l'ai pas suivi (rires) donc voilà. Donc demander aux gens s'ils ont mangé 200g de patates, autant de calories etc et voir avec eux ça je ne sais pas.

Moi : Non c'est ça hein, chacun a ses compétences. Du coup c'est ça, vous référez plus volontiers chez votre collègue alors qui est nutritionniste ...

Médecin : Oui. Je pense que la base d'un excès de poids c'est quand même l'alimentation, c'est le plus important. Donc la première étape pour moi c'est plutôt nutritionniste et régime équilibré. Pas les régimes farfelus, les régimes divers et variés, on en parlera après si vous voulez, mais la première étape, c'est ça. Alors après c'est vrai qu'il y a des patients qui sont à l'étape suivante, qui ont déjà fait tout tout tout, et qui demandent des conseils parfois pour la chirurgie ou pour autre chose ... Ça c'est déjà une étape beaucoup plus loin quoi.

Moi : Et ça se passe bien en général quand vous abordez le sujet et que vous référez ces patients chez le nutritionniste, comment est-ce qu'ils réagissent, comment ça se passe concrètement ?

Médecin : Eh bien, il y en a qui refusent, ça c'est clair, ça c'est toujours ... il y a en qui se rendent compte quand même que ça ne va plus, et qui ont quand même certaines difficultés, ils n'ont plus la même force qu'avant, le souffle, ils sont plus vite fatigués, donc il y en a qui sont d'accord d'essayer. Bon il y en a chez qui ça marche et chez qui ça ne marche pas. J'ai quand même pas eu beaucoup de refus de gens qui disent « Non ça je fais pas, point ! ». Beaucoup de gens, c'est un peu comme le tabac, ils savent que c'est pas bon, ils savent qu'ils doivent faire quelque chose, mais ils n'ont pas toujours la volonté d'y aller. Ils sont quand même assez prêts à faire quelque chose.

Moi : Oui et puis vous parliez de déni tout à l'heure.

Médecin : Il y en a quelques-uns. Je dirais que le déni de boissons a peut encore se cacher, mais un déni d'excès pondéral, ça se voit, donc c'est difficile de le nier quoi. Mais ils ont des excuses hein, mes parents sont comme ça, j'ai toujours été comme ça, je mange quand même pas grand-chose, je ne sais rien y faire. Donc le fait de dénier qu'ils ont trop de poids non, mais le fait de dénier qu'ils savent y faire quelque chose, ça peut-être plus ...

Moi : Oui c'est ça. Et du coup qu'est-ce qui fait que pour vous la prise en charge de l'obésité et du surpoids peut être une réussite ou bien un échec ?

Médecin : Oui. Eh bien il y a d'abord la motivation évidemment. Donc ça c'est la première chose. Si les gens n'ont pas envie de maigrir, on pourra faire tout ce qu'on veut, s'ils n'ont pas envie, ils n'ont pas envie, donc ça je pense que c'est un peu illusoire. Ça aussi par exemple je pense aux gens qui ont eu un problème cardiaque, on leur a mis un stent, on leur dit « vous devez maigrir », il y en a qui y arrivent, il y en a qui n'y arrivent pas du tout. Donc là je pense que c'est beaucoup une question de volonté.

Et heu ... la deuxième chose c'est que ce n'est pas facile. Donc c'est vrai que pour les personnes en surpoids, arriver à maigrir, c'est véritablement difficile, c'est difficile tous les jours, car ils doivent faire attention tout le temps, on est vite tenté de faire un écart, et arriver à perdre et à rester stable c'est pas évident. Bon il y a quand même un facteur familial aussi, dans le sens que bon si quelqu'un dans une maison doit faire attention mais que les autres membres de la famille sont plus minces et mangent n'importe quoi c'est difficile. Donc la tentation des autres, ou ... aussi quand quelqu'un a fait un repas, c'est parfois difficile de faire deux repas ; un repas pour celui qui fait régime et un repas pour les autres.

Moi : Oui c'est ça, l'environnement ...

Médecin : Il y a l'environnement qui joue, et il y a quand même aussi un facteur financier. Parce que la bonne nourriture saine et pas trop calorique, ça demande un peu plus de temps de préparation, et ça demande quand même un peu plus d'argent, que d'acheter une pizza et de la mettre dans le four. Qui est plus facile à faire, qui coûte moins cher et qui n'est pas bon pour la santé.

Moi : Oui tout-à-fait ... Vous parliez tantôt de nutritionniste, diététicien, qui sont du coup les premiers paramédicaux chez qui vous référez, déjà est-ce qu'il y a d'autres personnes, qu'elles soient médecins spécialistes ou paramédicaux chez qui vous référez, à quel moment de la prise en charge, dans quel contexte ? Qu'est-ce qui fait que vous référez ou non ?

Médecin : C'est-à-dire qu'une fois qu'on a fait l'état diététique, oui, ça dépend un peu de ce que les patients désirent. C'est vrai qu'il y a quelques patients à moi qui veulent faire des régimes plus particuliers comme par exemple la diète protéique. Et moi je ne connais pas suffisamment pour m'aventurer là-dedans et il y en a d'autres qui le font, donc ça m'est arrivé d'envoyer chez un collègue médecin que je connais dans la commune d'à côté, qui fait des diètes protéiques, et j'ai dit « Ce docteur là je le connais, je sais que ce n'est pas un charlatan, on vous pouvez aller là et faire ce régime-là ». Enfin je dis aux gens « si vous voulez faire la diète protéique, ok, mais alors je connais quelqu'un qui fait ça médicalement, correctement ». Il y a quand même beaucoup de patients qui font les choses d'eux-mêmes hein. Qui viennent voir, on leur parle de ça, ils veulent bien faire l'étape nutritionniste, mais l'étape d'après d'aller faire autre chose, c'est souvent eux-mêmes qui cherchent ailleurs, qui trouvent ailleurs, qui essayent de faire des choses ailleurs. Et c'est vrai que c'est plus le patient lui-même qui va plus loin que moi en général.

Moi : D'accord. Et vous parliez de chirurgie bariatrique, quelle est votre expérience avec vos patients et votre opinion par rapport à la chirurgie bariatrique de manière générale ?

Médecin : Oui. Je suis sorti en 1989, donc ça fait quand même 34 ans que je travaille, donc j'ai des patients qui ont été opérés. D'expérience je dirais que ... j'ai eu plusieurs patients qui ont eu des anneaux gastriques, ça ne marche pas du tout ... ou ça n'a pas fait beaucoup d'effet, il a fallu l'enlever, des complications etc.

Moi : On en fait encore ?

Médecin : Je pense qu'on n'en fait plus, mais c'est pour dire ... Donc il y en a quelques-uns qui ont eu le sleeve, donc celui où on coupe un morceau d'estomac, ça il y en a chez qui ça a marché et d'autres un peu moins. Et c'est que maintenant il y en a quand même beaucoup, enfin quelques-uns, qui font l'étape radicale de dérivation, le bypass voilà, et ça j'en ai quand même quelques-uns qui l'ont fait, dont pas mal ont quand même perdu une certaine quantité quoi ... Je ne sais pas vous dire exactement quoi ... Maintenant c'est quand même un peu plus compliqué, car il y a un suivi, il faut suivre les vitamines, et heu ...

Ça par contre j'ai des gens qui ont été opérés il y a 5 ans-10 ans, et qui ne vont plus chez le spécialiste pour le suivi, et qui viennent quand même chez moi de temps en temps pour une prise de sang, pour voir si ça va bien, ou qui ne font plus de suivi du tout hein ... En tout cas voilà, des gens qui ont été opérés il y a 5-10 ans de bypass, ça je dois en avoir 2-3-4, pas des centaines, hein ... Et dans ceux-là c'est vrai qu'ils ont souvent perdu une dizaine-une quinzaine-une vingtaine de kg quoi ... Ça c'est quand même pas mal ... c'est pas miraculeux mais c'est pas mal ...

Un autre truc qu'il faut dire, je ne sais pas si c'est dans vos questions d'après, mais les gens qui demandent des piqûres d'Ozempic et voilà ...

Moi : Oui ! C'est intéressant que vous abordez le sujet, je ne comptais pas l'aborder mais je vous écoute avec plaisir là-dessus ...

Médecin : Voilà ... Et donc c'est vrai qu'il y a le bouche à oreille, il y a les réseaux sociaux ... Donc j'ai déjà eu ces derniers temps des personnes qui viennent demander, qui viennent pour ça ! Ils prennent une consultation, ils prennent rdv, ils disent « voilà Docteur je veux perdre du poids, prescrivez-moi Ozempic » ou un autre je ne sais plus le nom. Enfin il y a ceux-là qui sont prévus pour les diabétiques, que les gens prennent pour essayer de faire ça, et il y a le même en version pour l'excès pondéral, et donc c'est la même molécule, ils l'ont présentée différemment, c'est plus concentré mais c'est 4 fois plus cher ...

Et donc comme c'est plus cher il y a beaucoup de gens qui demandent le produit pour les diabétiques, et donc on a reçu, je ne sais pas si vous êtes au courant, on a reçu un courrier du ministère et des pharmaciens disant qu'il était quasi en rupture de stock, parce qu'il y a beaucoup de gens qui ne sont pas diabétiques qui le prenaient ...

Moi : Ah oui d'accord ok, c'est à cause de ça ... Oui en effet j'avais entendu ça ...

Médecin : Et donc on a reçu un papier disant de le réserver aux diabétiques quoi, sinon il n'y en a pas assez pour les vrais diabétiques ... donc voilà ...

Moi : Et du coup vous par rapport à ça, à ces gens qui vous ont demandé ces piqûres-là, vous les faites, comment ça se passe, quel est votre avis à ce sujet-là ?

Médecin : En tout cas, les patients qui le demandent , en disant « il n'y a qu'à mettre que je suis diabétique comme ça je suis remboursé », ça je ne fais pas, je ne suis pas d'accord, je ne le fais pas. J'ai un patient obèse, qui a été voir un chirurgien, qui lui a prescrit, qui lui a fait un papier de demande de remboursement comme quoi il est diabétique, mais moi ce patient-là je suis ses prises de sang depuis 20 ans, il n'a jamais eu trop de sucre quoi ... Donc là c'est un faux, donc là je ne suis pas d'accord, donc là je n'ai pas fait ... J'ai dit « si vous voulez le faire vous pouvez l'avoir mais vous payez le prix plein alors ». Évidemment le prix plein c'est trop cher donc ... ils ont abandonné. Ou ils ont été demander ailleurs. En tout cas moi ça je refuse de faire.

Donc voilà chez quelques patients comme ça qui ont, enfin pas beaucoup hein, mais il y en a quelques-uns qui ont essayé ça a l'air de faire un peu d'effet, mais c'est pas de nouveau ...

Le problème c'est qu'il y a vraiment rien qui soit miraculeux dans ces cas-là hein ...

Moi : C'est ça oui ...

Médecin : Il n'y a pas une chose qui soit vraiment bien et bon ... Par hasard j'ai reçu de la publicité, j'ai vu un délégué il n'y a pas si longtemps, de la publicité pour un produit « Mysimba », je ne sais pas si vous connaissez ...

Moi : Non ça ne me dit rien ...

Médecin : Ça ne vous dit rien ... C'est un nouveau produit, c'est à base de ..., duloxétine, c'est un antidépresseur et ... je ne sais plus quoi d'autre ... ah non c'est du bupropion, c'est un antidépresseur ...

Moi : Qu'on utilise dans le sevrage tabagique aussi ...

Médecin : Et de la naltrexone ... Et là c'est un antagoniste morphinique hein ...

Moi : Oui en effet ...

Médecin : Et là ça joue sur la satiété ... Mais de nouveau c'est très cher, il y a toute une série de contre-indications, toute une série de trucs à suivre, et ça va de nouveau être quelque chose qui va très ... enfin peu spécifique ... Mais ça à la limite je me dis que je veux bien une fois essayer, voir si c'est possible de faire quelque chose ...

Moi : Oui ok. Et vous disiez par rapport à la chirurgie bariatrique, pour certains ça a marché, d'autres pas trop, qu'est-ce qui pour vous conditionne la réussite ou l'échec de ce genre de prise en charge ?

Médecin : Oui. C'est ce qu'on dit et c'est ce que j'ai remarqué quand même, c'est que par exemple l'opération au niveau sleeve, c'est que les patients savent moins manger mais ils mangent plus en fractionné ... Donc ça finalement sur la journée, ils mangent quasiment la même chose ... Le bypass ça marche mais bon ... ça marche parce qu'il y a des choses qui ne sont pas absorbées mais de nouveau il y a des gens chez ça a bien marché et d'autres moins, qu'est-ce qui fait que ça a moins marché chez certains que d'autres ?

J'imagine qu'ils ont trouvé des stratégies pour manger différemment, pour avoir des calories et que ça passe quand même quoi ...

Moi : Oui c'est ça ...

Médecin : Mais de nouveau là je ne suis pas un grand spécialiste pour dire pourquoi ça n'a pas marché ... mais voilà. Mais alors je pense surtout que les gens espèrent à la fois du côté pilule ou opération, qu'ils doivent faire ça et rien d'autre. Mais si ça se fait sans le régime qui est autour ... ça ne marche pas quoi ... Je pense que c'est ça qui fait plus que ça n'a pas marché c'est surtout que les gens ne font pas bien le régime à côté quoi.

Moi : Oui c'est ça ... Ils ne font pas bien le suivi qui accompagne la procédure ... Ok, d'accord, et de manière générale, je dévie un petit peu, quelle est votre expérience avec les troubles du comportement alimentaire ? Alors moins ce qui concerne l'anorexie mentale et éventuellement la boulimie, mais plus par exemple l'hyperphagie, binge eating, où on n'est pas dans les stratégies de vomissements etc ? Je ne sais pas si ça vous dit quelque chose, si vous avez des patients qui ont ça, et qui ont une expérience avec ça ?

Médecin : Oui. Heureusement je n'en ai pas beaucoup, enfin quand on parle, j'ai la fille d'un ami qui est comme ça. Qui est diagnostiquée comme ça. Donc voilà. Mais ce n'est pas moi qui la suit pour ce problème-là, je la suis pour la médecine générale on va dire, mais pour le poids etc. elle est quand même suivie par un spécialiste ... Donc voilà quelqu'un qui a vraiment le type du Binge Eating quoi. C'est vrai que dans les autres patients je n'ai pas l'impression d'avoir quelqu'un de ce type-là.

Moi : Oui c'est ça. Ou même quelqu'un qui n'a pas vraiment ce diagnostic-là mais qui ferait des craving, est-ce que vous en voyez dans votre patientèle ou y a-t-il des patients chez qui vous suspectez ce genre de problème ?

Médecin : Boh je peux en rater mais je n'ai pas vraiment eu l'impression d'avoir des cas comme ça ...

Moi : Et vous pensez que c'est important qu'en médecine générale on soit armé, enfin qu'on ait suffisamment d'outils pour aborder le sujet des troubles alimentaires de manière générale ?

Médecin : Oui, je pense que c'est important effectivement, il y a quand même, je ne vais pas dire beaucoup, mais des cas réguliers, ça c'est sûr ... Mais bon si on veut faire de la médecine générale, la médecine ça touche quand même l'individu dans son ensemble, donc le poids en fait partie ... Et aussi c'est aussi quand même un problème de santé publique parce que les excès de poids il y en a beaucoup, et heu ... les conséquences, comme je disais tantôt hypertension et diabète, c'est quand même des choses contre lesquelles il faut essayer de lutter pour éviter qu'il y ait des problèmes dans le futur hein ...

Moi : Oui tout-à-fait ... J'en viens donc au thème de mon TFE, on y venu au final assez progressivement, par rapport à l'addiction alimentaire, je ne sais pas si vous connaissez ce terme, si vous avez déjà entendu parler de ça, et si c'est la première fois qu'est-ce que ça évoque pour vous, cette notion-là ?

Médecin : Beh non, je n'ai pas entendu parler de cette notion d'addiction alimentaire, on a parlé tantôt de craving et de binge eating, ça oui, mais l'addiction alimentaire, en tant que « addiction », ça je n'ai pas entendu parler non ...

Moi : Ok, et qu'est-ce que ça vous évoque ? Si vous devriez le définir de manière intuitive comme ça ?

Médecin : Eh bien moi quand on me dit addiction alimentaire j'ai plutôt l'impression que c'est par un type d'aliment en particulier ...

Moi : Oui ...

Médecin : Ça me fait penser à ça ... tandis que craving ou binge, les gens ils ouvrent le frigo, ils prennent tout et n'importe quoi ... Donc je ne sais pas pourquoi, intuitivement, j'ai l'impression, peut-être que je me trompe, que l'addiction concerne plus un type d'aliment, une famille d'aliment ... Mais personnellement je n'ai pas le souvenir d'avoir eu quelqu'un comme ça non ...

Moi : Et si maintenant je vous parle d'addiction, de fait addiction alimentaire mais plus spécifiquement aux aliments à haute palatabilité, riches en sucres et graisses, là ça vous déjà plus quelque chose ? Ça vous fait penser à des cas dans vos patients ?

Médecin : Oui. C'est vrai qu'il y a quand même des gens qui sont plus attirés par le chocolat, les bonbons, les biscuits ... Oui c'est vrai ... Mais (rires), de nouveau j'ai un ami qui mange toute la journée des bonbons tout le temps, mais comme il sait qu'il fait ça, il fait attention au reste, ce qui fait qu'il arrive à maintenir un poids correct, mais c'est vrai que, comme c'est un ami, si on va quelque part et qu'on ouvre un paquet de bonbons, eh bien le paquet passe en 2 minutes quoi ... dans sa voiture il y en a, dans sa maison il y en a ... Donc oui je vois qu'il y a des gens qui sont quand même ... plus attirés par ce genre de choses-là ...

Moi : C'est ça ...

Médecin : Mais, je veux dire oui j'en vois, mais je n'ai pas vu de gens en excès pondéral, ou enfin je les ai ratés c'est bien possible aussi, qui ont vraiment été causés par ce problème-là, c'était vraiment manger trop de tout, plutôt que d'une chose en particulière quoi ...

Moi : Oui c'est ça, manger trop de tout, mais pas spécialement de sucres ou de graisses quoi, c'était un excès général ...

Médecin : Général oui ...

Moi : Ok d'accord. Du coup j'avais personnellement entendu cette notion-là plusieurs fois notamment dans des reportages de société sur l'obésité etc, du coup ça m'a intriguée donc j'ai fait des recherches dans la littérature. Donc l'addiction alimentaire de fait n'est pas un diagnostic officiel, ce n'est pas repris dans la classification ICD 10, ce n'est pas dans le DSM V, ce n'est pas dans les troubles du comportement alimentaires non plus, mais de plus en d'études montrent que le concept méritent d'exister, du coup ça sous-tend qu'il y a des similitudes entre les addictions, que ce soit au niveau neurobiologique et clinique/au niveau du comportement, et la consommation d'aliments justement à haute palatabilité donc riches en sucres et en graisses. Donc on active le circuit de la dopamine notamment, on a des comportements de tolérance, de sevrage, de la souffrance etc. Et alors il se trouve qu'il y a un outil qui a été développé, qui est validé, qui est un outil de détection/dépistage, qui est un auto-questionnaire diagnostique. Il a été validé dans plusieurs langues, il y a une version longue de 35 questions et une version courte de 13 questions, je vais vous le montrer comme ça vous me dites ce que vous en pensez ... Donc il y a première version en 2009 élaboré sur base du DSMIV, et une version renouvelée en 2016 sur base du DSMV, et donc ça reprend un peu les critères d'addiction, adaptés à l'alimentation, à certains types d'aliments ... Voilà je vous laisse regarder et me donner votre avis

Médecin : Oui ... Avant même de regarder je vais vous dire ... Quand on voit les questions pour le tabac, la première cigarette du matin, en sortant du cinéma, et des choses comme ça ... Donc moi je suis drogué au chocolat (rires). Donc si je ne mange pas un chocolat après chaque repas ça ne va pas (rires). Donc voilà donc je vais sûrement trouver des points d'appel là-dedans ...

Moi : Je vous laisse regarder à votre aise ...

Médecin : (lit le questionnaire) Oui c'est vrai qu'il y a pas mal de choses que j'entends déjà, et où ça m'arrive aussi quand je suis en manque de chocolat de faire ça ... « Distress », peut-

être pas à ce point-là non plus ... Oui c'est déjà quand même des choses assez prononcées hein ... « Je mange même si ça me cause des problèmes » ça ...

Moi : Disons qu'il y a un seuil pathologique, sinon je pense qu'on serait tous un peu (rires)

Médecin : Oui c'est ça « J'ai tellement envie de manger que je ne pourrai penser à rien d'autre » non moi pas à ce point-là quoi ... Mais je pense qu'il y a des gens qui pourraient arriver à ça. Mais là c'est vraiment des questions de type addiction hein, si je pense qu'à ça et je ne pense plus à rien d'autre ...

Moi : Tout-à-fait oui c'est ça ... Et je pense qu'il faut une notion de souffrance aussi, je ne sais pas si c'est repris dans les dernières questions ...

Médecin : Oui oui ... Donc ça c'est les 13 celles-là ?

Moi : Ça c'est la version courte, je peux vous envoyer la longue et la manière de compter les points ...

Médecin : Oui ... en tout cas avec le chocolat je ne crois pas que je suis à ce stade-là ... (rires), peut-être à 5 mais pas à 7...

Moi : Et du coup vous trouvez que cela peut être utile et utilisable dans votre pratique clinique, en consultation ?

Médecin : Oui ... Enfin on a parfois des fausses impressions en médecin aussi, donc parfois on se dit « non ça ne peut pas être ça ... » alors que si on faisait un truc comme ça (montre le questionnaire), on serait peut-être étonné de la réponse des patients ... C'est vrai que je suis sûr que, enfin j'ai déjà vu avec les tests pour le tabac Fagerstrom et autres pour l'alcool, que les gens disent « je ne consomme pas beaucoup je ne consomme pas beaucoup », mais quand on pose des questions plus précises à la fin on se rend compte que c'est quand même heu quand même conséquent. Donc je suppose qu'avec la nourriture on devrait pouvoir retrouver des choses comme ça oui ...

Moi : Oui c'est ça oui ... Et ... Et vous pensez du coup que ça pourrait être une aide pour aborder un peu la relation du patient avec son alimentation ?

Médecin : Heu oui mais c'est ... Ce questionnaire-là est peut-être un peu trop excessif dans certaines pathologies (items). Parce que bon voilà j'ai pas beaucoup de gens qui vont dire que ils négligent leur famille pour la nourriture, ça peut-être pas ... Mais par contre c'est vrai que la nourriture leur pose des problèmes de malaise ça c'est certain quoi hein ... Donc il y a peut-être des questions excessives mais d'autres où c'est sûr il y en a qui sont concernés hein ...

Moi : Oui c'est ça ça dépend des questions ... Ça dépend peut-être aussi de la manière de le mettre en œuvre ? Pas spécialement donner la feuille au patient mais ...

Médecin : Oui oui je pense que oui ...

Moi : Je ne sais pas, peut-être s'inspirer des items ...

Médecin : Oui oui ... Je sais qu'il y a des centres, enfin ça n'a rien à voir mais en urologie par exemple pour la prostate je sais que l'infirmière dans la salle d'attente donne souvent des papiers où le patient peut répondre à certaines questions pour déjà avancer dans l'anamnèse notamment ... Mais oui pourquoi pas oui ...

Moi : Ok ... Et là maintenant en voyant les critères devant vous vous pensez à des patients, ou même des gens dans votre entourage je ne sais pas, qui pourraient être concernés par ça ?

Médecin : De ce que je vois des questions et quand je lis, ça me semble concerner quelqu'un qui est déjà très loin, donc je pense que je n'aurais pas beaucoup de cas qui vont répondre à ces questions-là ... Même le premier point « manger au point d'en devenir malade », c'est vrai qu'il y a des gens qui abusent, mais au point d'être malade-malade ... bah ils le cachent peut-être hein, mais je pense que je n'en aurais pas beaucoup beaucoup non plus ...

Moi : Et au sein des patients qui auraient un problème de surpoids ou d'obésité ?

Médecin : C'est vrai que les gens ne disent pas tout non plus, c'est vrai qu'on serait peut-être étonnés en posant ces questions-là, qu'il y en a qui répondent quand même qu'ils ont beaucoup de problèmes, ça c'est possible ... Non c'est ... Et alors c'est vrai que c'est peut-être pas une mauvaise idée d'avoir un questionnaire comme ça aussi car quand on demande aux gens comment ça va, ils disent tous « ça va ». Et puis quand on commence à poser des questions « est-ce que vous vous levez la nuit parce que vous avez mal au ventre ? » « Ah oui » « Est-ce que vous avez des diarrhées ? » « Ah oui ». Et donc c'est vrai quand on pose des questions plus précises, il y a parfois des choses qui ressortent, alors que quand on pose des questions ouvertes ils ne répondent pas, donc je pense que ça peut aider.

Moi : D'accord. Ok. Et vous trouvez que cette notion de diagnostic d'addiction aux aliments à haute palatabilité (riches en sucres, graisses), a son intérêt ? Le diagnostic a-t-il une utilité pour vous, cliniquement parlant ?

Médecin : Ah je pense qu'effectivement les gens qui sont en excès pondéral, ce sont plus souvent des choses de ce type plutôt que des salades. C'est vrai que ça peut être quelque chose d'utile oui.

Moi : Et de manière générale, avec les patients concernés par les problèmes de surpoids, d'obésité, éventuellement avec les autres aussi, vous osez aborder la question de la relation à l'alimentation ?

Médecin : Peut-être que je passe à côté régulièrement oui. Est-ce que j'ose en parler, oui est-ce que je le fais, ça c'est peut-être autre chose. C'est pas tellement le fait d'oser en parler, c'est le fait ... qu'on se concentre parfois plus sur d'autres choses, on est peut-être parfois en médecine générale malheureusement aussi ... négligents pour certaines choses qu'on devrait peut-être plus aborder. C'est tout le volet préventif de la médecine hein. Parfois quand on a pas trop le temps ... On dit faites attention, mais on ne va pas plus loin dans les questions quoi ...

Moi : Oui ok ... Et par exemple quelqu'un qui vient cette fois pour un problème de surpoids ou d'obésité, donc là c'est le motif de la consultation, là à ce moment-là est-ce que vous abordez la question plus facilement ? Vous disiez au tout début que vous demandiez un peu l'alimentation, mais les aspects plutôt en lien avec ce questionnaire-là, ou en lien avec certains aliments en particulier, est-ce que certains patients vous ont raconté des choses à ce sujet-là ?

Médecin : Comme ça je n'ai pas en tête, mais je pense que oui, et c'est vrai que quand on demande aux gens ce qu'ils mangent, certains spontanément vont vous dire le soir je mange un paquet de chips et deux paquets de bonbons, c'est vrai que ça sort spontanément.

Moi : Est-ce que pour vous c'est utile d'aborder cette questions de la relation à l'alimentation ? Surtout avec les patients concernés par les problèmes de surpoids/obésité ?

Médecin : Oui. Du côté du surpoids c'est vrai qu'il y a en partie une bonne partie de facteurs psychologiques aussi. Les gens qui mangent parce qu'il ont un problème, parce qu'ils sont désœuvrés, c'est une sorte d'échappatoire aussi hein ... Donc oui c'est important de discuter des facteurs psychologiques dans le poids ... Pourquoi tel aliment, est-ce qu'ils recherchent du plaisir avec quelque chose et ... Et effectivement je pense qu'on a plus de plaisir à manger 3 bâtons de chocolat que de la salade hein, ça c'est évident ...

Moi : Oui ok. Et là vous mentionnez les facteurs psychologiques, vous en discutez parfois avec les patients, ou certains patients sont amenés à vous en parler comme ça ?

Médecin : Je pense que dans l'excès de poids si on ne passe pas par ... Enfin il faut aborder la partie psychologique parce que c'est impossible d'arriver à un régime efficace et arriver à perdre du poids si on n'aborde pas cela. Par exemple dans la chirurgie bariatrique il y a un passage obligé chez un psychologue hein ... Dans les régimes aussi ... Bon ... c'est vrai que les patients n'ont parfois pas envie de s'épancher là-dessus, ils disent « Docteur je suis venu pour que vous m'aidiez à maigrir, je n'ai pas envie d'aller faire une psychanalyse ». Mais je pense que dans tous les problèmes de poids que j'ai eu il y a toujours quelque chose de psychologique hein ... Il y a toujours quelque chose qui est derrière, donc je pense qu'il faut l'aborder ?

Moi : Ok. Et vous l'abordez assez facilement quand vous sentez qu'il faut le faire, enfin qu'il y a quelque chose à ce niveau-là ?

Médecin : C'est toujours difficile avec quelqu'un comme ça qui n'en parle pas spontanément, jusqu'à quel moment un médecin peut être intrusif en disant « Bon allez, franchement, qu'est-ce qui ne va pas pour que vous mangiez autant ». C'est toujours un peu délicat, parce qu'on a peur de choquer un peu les gens. On essaye par un moyen détourné de dire « Est-ce que tout va bien, est-ce que vous n'avez pas de problèmes dans la maison », plutôt que de dire « qu'est-ce qui fait que vous mangez de trop ? ». Il faut l'aborder, on essaye de le faire de manière non intrusive, mais heu, il faut le faire mais bon quand les gens disent « non il n'y a pas de problème », beh je ne vais peut-être pas aller creuser plus non plus.

Moi : Oui c'est ça oui. Respecter heu ...

Médecin : Respecter les gens ... Mais je pense que c'est important donc il n'y a rien à faire, il faut y passer comme on dit.

Moi : Oui. Et Vous référez du coup parfois à des psychologues, des gens qui ne seraient pas spécialement candidats à la chirurgie bariatrique, mais chez qui vous repérez des origines/des explications psychologiques à un problème de surpoids, vous les référez parfois ? Ou alors vous avec un psychologue ici j'ai vu ...

Médecin : Je pense que oui, je pense que même ... Même avant quand je ne travaillais pas ici, mais ... Oui je pense que quand il y a un problème psychologique, j'arrive plus ou moins à le repérer, les gens qui viennent qui disent « J'ai ça ça et ça » et qui ne parlent pas du tout du reste. L'avantage en médecine générale justement c'est qu'on a des patients qu'on connaît depuis longtemps, donc si quelqu'un qu'on connaît depuis 5 ou 10 ans, on connaît l'histoire de la famille, on sait qu'il y a eu des problèmes, donc si il y a un problème d'obésité ... qui apparaît ou qui n'était pas là, au bout d'un moment on connaît les gens donc on se dit « Maintenant on on sait qu'il y a ça ça ça, qu'est-ce que ça vous fait, est-ce qu'on peut en parler, ou bien est-ce que vous préférez en parler à quelqu'un d'autre ? ». Donc ça j'essaye d'aborder oui. Soit moi soit en envoyant chez un psychologue.

Mais pour la chirurgie par exemple souvent les gens ont déjà pris leurs démarches eux-mêmes. Ils ont déjà pris leur RDV, et à ce moment-là dans la liste des personnes à voir, il y a le psychologue aussi ...

Moi : Oui c'est ça. Ok ... Est-ce que vous pourriez établir un profil de patients chez qui vous repérez plus souvent des problèmes psychologiques en lien avec des problèmes de surpoids, d'obésité, en terme de milieu socio-économique, de métier, de comorbidités organiques ou psychologiques ... ?

Médecin : Oui je vois. Je pense qu'il y a plusieurs types hein, je ne pense pas qu'il y a un type. Tout d'abord il y a le travailleur stressé au travail, qui travaille beaucoup, qui grignote le midi, qui mange un sandwich, un 2e sandwich, des biscuits à 4h, qui rentre à la maison, qui mange tard, qui ne fait pas de sport. C'est quand même un type qu'on voit assez régulièrement. Heu plutôt homme dans ces cas-là.

C'est vrai qu'il y a un 2^e groupe, sans vouloir les stigmatiser, mais des gens socio-économiquement plus défavorisés, qui n'ont pas toujours l'argent pour manger des choses saines et qui prennent un peu n'importe quoi. Qui sont un peu démotivés et qui mangent un peu n'importe quoi n'importe quand. C'est quand même un type qu'on a assez régulièrement. Qu'est-ce qu'on a d'autre ...

Dans les dames heu, moi je vois souvent, enfin des dames en excès de poids, moi ça me fait plus penser à des jeunes alors ... donc je dirais 15-20ans, et là c'est plutôt un problème familial/psychologique et qui fait que ça ... enfin je ne dis pas qu'il n'y a pas de femme obèse plus âgée hein mais enfin voilà j'ai plutôt tendance à penser à ça ...

Et il y en a sûrement d'autres hein mais voilà je dirais que je pense à ceux-là ...

Mais oui je pense qu'il y a quand même des catégories ...

Moi : Oui ... Et est-ce que la prise de conscience qu'il y a justement un aspect psychologique à ce problème de surpoids ou d'obésité est utile et bénéfique pour le patient ? Est-ce que ça amène à de meilleurs résultats si l'objectif, à la fois pour le médecin et le patient, est un meilleur équilibre alimentaire et une perte de poids ?

Médecin : Moi je pense que c'est important ! Est-ce que le patient va l'accepter et faire ce qu'il faut, ça c'est un autre problème, mais je pense que c'est important de le voir, de le mettre en évidence, et d'essayer de l'améliorer ... Est-ce qu'on y arrivera c'est un autre problème ... C'est ce que je disais tantôt, sauf rares cas, des gens qui ont un petit peu trop de poids, il ont fait un petit truc, ah oui je n'aurais pas dû faire ça, ils changent un petit peu et puis c'est bon hein ! Mais les gens qui ont vraiment des gros excès, c'est vrai que c'est difficile de ne pas aborder le problème psychologique qui doit être soigné oui. Enfin essayer hein. Comme j'ai dit tantôt, le problème des excès de poids, je trouve que c'est difficile, c'est difficile pour le patient, c'est difficile pour le médecin, on n'a pas toujours des résultats, donc c'est un peu ingrat comme travail, mais en même temps, il faut le faire quoi ...

Moi : Oui tout-à-fait ... Et vous parliez tout à l'heure du tabac, de test de Fagerstrom etc. Vous pensez qu'on peut établir un parallélisme du coup entre les addictions alimentaires et les autres addictions ? En terme de diagnostic, de suivi, de prise en charge ?

Médecin : Oui. Oui c'est vrai qu'il y a quand même beaucoup de points communs, il y a quand même des histoires de sérotonine, dopamine, dans l'addiction alimentaire comme le tabac, donc je pense qu'il y a certainement des liens ... Du coup le médicament comme je vous ai dit ...

Moi : Oui exactement oui ...

Médecin : Donc ce sont des choses qui vont ensemble hein. Bon peut-être pas chez tout le monde, mais je pense qu'il y a des comportements dans certains types d'obésités qui sont liés à des choses très similaires à l'alcool et au tabac.

Moi : Oui d'accord. On a déjà abordé pas mal de questions, je ne sais pas si vous avez quelque chose à ajouter ?

Médecin : Oui. Non comme j'ai dit tantôt les problèmes de poids il y en a de plus en plus. Ça mène au diabète, ça mène à d'autres maladies cardiovasculaires etc, donc il faut s'en occuper en médecine générale. Ce n'est pas évident, car en effet ce n'est pas toujours facile à la fois que les gens l'acceptent et qu'ils soient motivés pour changer. Parce qu'il y a des gens qui sont motivés pour changer qui font des efforts et qui n'ont pas beaucoup de résultats donc ça c'est vrai que c'est un peu triste. Et que d'un point de vue traitement/pilule il n'y a pas grand-chose de super efficace. C'est vrai que c'est plus les changements de mode de vies et que ça ce n'est pas facile à faire ... mais oui je pense que c'est important de le faire.

Moi : Oui. Et est-ce que l'entretien ici vous a permis de, vous a un peu sensibilisé un peu au thème de l'addiction alimentaire ou bien pas spécialement, je ne sais pas ?

Médecin : Si Si. Un peu comme pour tout, quand on discute ça fait réfléchir. Le prochain qui passera, je ferai le test. Je vais changer ma manière de faire. Non c'est intéressant.

Moi : Merci beaucoup à vous.

Médecin n°7

Impressions générales :

Durée d'entretien : 49 minutes

Intérêt pour le sujet, confiant dans ses réponses

Moins bavard que les autres médecins, réponses plus courtes

Moi : Je commence ici par vous demander quelle est votre expérience par rapport à la problématique de surpoids, d'obésité, que ce soit la communication avec le patient à ce sujet-là, le diagnostic, le suivi, la prise en charge etc. ?

Médecin : Heu j'ai tendance souvent à dépister le problème, donc quand je vois un patient qui passe en obésité ou qui arrive en consultation pour la 1^e fois, j'aborde le sujet, je ne laisse pas sous silence ...

Moi : Hum hum (acquiesce)

Médecin : Je propose un suivi, je propose un bilan ... J'essaye de sensibiliser à l'occasion, quand l'occasion se présente ... Voilà, c'est un sujet qui m'intéresse, donc je le travaille très souvent avec les patients.

Moi : D'accord. Donc vous vous l'abordez, même si le patient ne vient pas spécialement pour ça, dans un contexte de prévention ...

Médecin : Exactement.

Moi : Et comment réagissent les patients de manière générale ?

Médecin : C'est très variable, la majorité des gens sont contents qu'on aborde le sujet. Contrairement à ce qu'on peut penser.

Moi : Ok. Contrairement à ce qu'on peut penser, pourriez-vous développer ?

Médecin : Il y a beaucoup de sujets, par exemple il y a des personnes qui pensent que le fait d'aborder ça c'est plus une question intime, donc les gens n'ont pas envie de l'aborder mais mon expérience ce n'est pas ça, en fait je trouve que quand on aborde des sujets pareils les gens s'ouvrent, et ... ils racontent beaucoup de choses, donc je pense que c'est bien de le faire.

Moi : D'accord ok. Et pour vous qu'est-ce qui fait que la prise en charge du surpoids et de l'obésité est une réussite ou bien un échec ?

Médecin : C'est l'engagement du patient. Si je vois qu'il s'engage dans cette voie-là, pour moi c'est une réussite. Je ne regarde pas les résultats forcément, mais je regarde en fait son engagement, son envie de travailler la problématique.

Moi : Donc sa motivation quelque part.

Médecin : Oui.

Moi : Et donc ça c'est le facteur principal, y a-t-il d'autres facteurs qui jouent pour vous ?

Médecin : Bien évidemment aussi le fait qu'il y ait un suivi à long terme on va dire hein, que ce ne soit pas juste aborder une fois et puis bon on clôture la fois suivante, qu'on puisse l'aborder à la longue ... Bien évidemment aussi il y a les chiffres ... L'évolution du poids. Le changement de mode de vie, ça c'est très important, donc pas uniquement l'alimentation mais aussi l'activité physique ... Oui tous ces facteurs-là sont des indicateurs pour nous.

Moi : D'accord. Et dans la prise en charge de ces patients, qu'est-ce qui fait que vous les référez parfois à des paramédicaux, diététiciens, nutritionnistes et autres ? Est-ce systématique ? A quel moment de la prise en charge ?

Médecin : Oui bien sur, j'ai tendance à référer. Ça dépend de la volonté du patient. Il y a des indications claires par rapport à certaines situations où il faut absolument qu'il y ait un tiers, par exemple diététicien ou nutritionniste, quand la situation est un peu dépassée, ou lorsque la personne n'arrive pas à gérer la situation elle-même. Il y a des situations un peu intermédiaires où là on hésite, on fait un peu le bilan d'abord dans un premier temps, on suit le patient pendant un moment puis on décide de l'envoyer ou pas. Dans certaines situations, c'est l'inverse. La personne ne souhaite pas, ou nous on trouve qu'il y a déjà une bonne évolution avec le suivi que nous faisons, voilà on n'envoie pas forcément vers quelqu'un d'autre.

Moi : C'est ça voilà, si elle arrive avec la médecine générale à gérer ça. Très bien. Je dévie un peu, quelle est votre expérience, quelle est votre connaissance et quelle est votre opinion par rapport à la chirurgie bariatrique ?

Médecin : J'ai une bonne connaissance des différentes techniques de chirurgies bariatriques. Je peux même à la limite dire que je peux renseigner mes patients avant qu'ils n'arrivent chez le chirurgien.

Moi : D'accord. Et que pensez-vous de cette prise en charge-là ?

Médecin : La chirurgie bariatrique c'est un outil parmi d'autres. Je ne jette pas la pierre à la chirurgie bariatrique comme je ne la promeus pas spécialement. C'est un outil parmi d'autres. Ça c'est ma conception des choses. Parfois, on peut avoir recours à la chirurgie bariatrique, parce que les autres voies ont été vouées à l'échec. Heu la chirurgie bariatrique donc peut être une solution pour certaines personnes dans des circonstances bien précises et bien particulières. Après ça reste comme tout acte invasif, on ne peut pas lui enlever le risque qui est associé, les complications post-opératoires, les problèmes à long terme aussi, il faut voir aussi quel type de chirurgie bariatrique, il y a plusieurs technique de chirurgie bariatrique. Heu oui, donc clairement c'est important de faire le bilan avant, connaître le profil des patients avant de décider pour la chirurgie bariatrique.

Moi : Hum hum. Et quand vous parlez de problèmes post-opératoires, vous pensez à des éléments en particulier ? Quelle est votre expérience ?

Médecin : Dans les problèmes post-opératoires immédiats, les complications post-opératoires, notamment dans le cadre de ce qui est bypass et autre hein. Et puis il y a les problèmes à long terme, les problèmes de carence, les problèmes de malabsorption, le problème du suivi tout court, car il y en a beaucoup ils font leur chirurgie et puis ils disparaissent dans la nature, parfois dans des états assez catastrophiques par après. Et donc il y a plusieurs volets de complications.

Moi : Et qu'est-ce qui fait que par rapport au suivi à long terme, vous parlez de patients qui se retrouvent comme ça dans la nature, certains patients ne sont plus suivis ou ne viennent plus, alors que d'autres viennent ?

Médecin : Alors il y a plusieurs facteurs, mais bien évidemment, il y a la compréhension du patient de la problématique hein. Quelqu'un à qui on a pas bien expliqué ce que c'est une chirurgie bariatrique, évidemment il risque de se retrouver dans la nature beaucoup plus que quelqu'un avec qui on a pris le temps, à qui on a expliqué les choses, les tenants et les aboutissants, il est sorti de là en comprenant « voilà, je m'engage à faire la chirurgie, mais il y a un suivi après que je dois aussi faire ».

Donc il y a ça, donc la communication avec le patient, mais aussi la relation de confiance avec le patient, qui s'établit avec le chirurgien ou avec un autre médecin qui va le suivre après.

Il y a aussi, bien évidemment l'état d'esprit des patients, il y a des patients qui n'ont absolument pas le profil pour subir ce genre de chirurgie, mais qui la subissent quand même. Donc quelqu'un qui ne peut pas s'engager, quelqu'un qui est incapable de rentrer dans un suivi chronique ou à long terme, pour moi c'est un critère d'exclusion pour ce genre de chirurgie ...

Moi : Qui ne serait pas compliant au plan alimentaire ?

Médecin : Oui pas compliant, ou bien parce qu'il y a une limitation mentale. Je n'invente rien, les critères d'exclusion sont là, on les retrouve facilement.

Moi : Oui oui tout-à-fait. Et vous vous avez dans vos patients des gens qui ont repris du poids/quasiment autant de poids après une chirurgie bariatrique ?

Médecin : C'est très rare. Autant de poids, alors il y a des gens qui reprennent du poids parce qu'ils ont un peu lâché le morceau oui, mais qui reprennent autant comme avant la chirurgie ça c'est rare.

Moi : D'accord. Et je passe maintenant au sujet des troubles du comportement alimentaire, je ne sais pas quelle est votre expérience, si vous avez beaucoup de patients concernés par cela, plus spécifiquement les troubles du type boulimie et hyperphagie ?

Médecin : Honnêtement je n'en ai pas beaucoup. Ce n'est pas une pathologie fréquente dans ma patientèle.

Moi : Et auriez-vous des patients qui ne sont pas formellement diagnostiqués mais chez qui vous suspectez des comportements alimentaires anormaux, sans qu'ils ne soient spécifiquement dans une case TCA ?

Médecin : Oui, on est quand même médecin généraliste, donc on est amené à aborder le sujet, ça ne reste pas un tabou ad vitam, donc on finit par le savoir, que ce soit oui ou non. On exclut ce genre de diagnostic assez rapidement. Si je suspecte quelque chose, on en parle, si je l'ai, j'ai une confirmation de ce genre de comportement, bien évidemment il y a la prise en charge. Et puis voilà, ce n'est pas très très fréquent. Mais nous on observe nos patients, l'évolution de leur poids, l'évolution de leur comportement alimentaire, tout ça est un sujet qui nous préoccupe en médecine générale.

Moi : Pourriez-vous me donner un exemple de patient auquel vous pensez, avec qui justement vous avez abordé le sujet ?

Médecin : Oui il y a en quelques-uns. Je me souviens d'une patiente, où je voyais vraiment le poids augmenter régulièrement, alors qu'elle avait une activité physique, et donc à un moment donné après quelques fois, je la mettais sur la balance pour avoir une idée objective de son poids, et à un moment donné je lui ai posé la question clairement, et elle m'a dit qu'elle était dans un contexte psychologique un peu particulier, et la réaction qu'elle avait c'était une boulimie très claire. Et donc on a abordé le sujet, elle a eu un suivi en psychologie, on a réussi en tout cas à limiter les dégâts, si on peut dire.

Moi : Hum hum, c'est ça. Et donc vous l'avez orienté chez un psychologue cette patiente.

Médecin : Oui oui, concomitamment à un suivi en médecine générale.

Moi : Tout-à-fait ...

Médecin : Clairement ici chez cette patiente-là en l'occurrence, le problème était d'ordre psychologique. Une pression psychologique qui engendrait une boulimie. Alors que au départ il n'y avait aucun problème, c'était quelqu'un qui n'avait pas de souci. Le suivi psychologique a permis de canaliser le stress qui régnait, et donc le problème s'est arrêté à un moment donné.

Moi : D'accord. Vous avez l'air d'être assez à l'aise avec le sujet, surpoids/obésité, alimentation, comportement alimentaire etc, trouvez-vous qu'en médecine générale on est assez armé pour aborder le sujet ?

Médecin : C'est une question d'intérêt personnel. Je pense qu'on n'est jamais assez armé quand on sort de l'université. C'est chacun a un peu ses intérêts, ses domaines d'exploitation, et voilà il va s'investir plus dans un domaine comme dans un autre. La réponse est clairement non, mais pas uniquement par rapport à ce sujet, mais aussi d'autres

Moi : Oui tout-à-fait. Et qu'est-ce qu'on pourrait faire justement pour que d'autres médecins fassent comme vous et abordent plus facilement le sujet, en médecine générale. Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place, comme messages à véhiculer ?

Médecin : Ça c'est difficile comme question (sourire). Mais je pense qu'il fait en tout cas sortir du complexe qu'aborde le sujet est difficile. Ça c'est clairement, c'est pas vrai ...

Et puis par la suite mettre en place peut-être aussi une stratégie d'accompagnement des médecins généralistes, quelqu'un qui s'y connaît bien ... Donc par exemple un généraliste qui dit « moi je veux bien m'y intéresser, mais comment je vais m'y prendre ? » Il faut peut-être quelque part un endroit où il peut se documenter, se faire aider, avoir des avis et voilà.

Après il y a toutes les formations à côté pour les médecins généralistes ... S'il veut se former, il trouvera, facilement ...

Moi : Hum hum, d'accord. Et dans ce contexte-là vous communiquez régulièrement avec les paramédicaux qui chez vous envoient vos patients, au sujet de leur suivi ?

Médecin : Toujours. Je fais des rapports et j'exige des rapports. Parfois c'est plus simple de parler par téléphone. Il y a toujours une communication.

Moi : Ok. J'en viens donc au sujet de l'addiction alimentaire, déjà avez-vous déjà entendu parler de ce thème-là, et si non qu'est-ce ça évoque pour vous là à chaud ?

Médecin : L'addiction alimentaire je n'ai pas entendu le terme précis, heu mais j'imagine que c'est plutôt, si je devais éventuellement me mouiller, je dirais que c'est plutôt tout ce qui est mauvaises habitudes alimentaires, et donc être amené à avoir toujours le même comportement vis-à-vis de l'alimentation, un mauvais comportement. Ça serait ma définition mais je ne sais pas si elle est exacte.

Moi : Ok. En effet il y a de ça comme vous dites, en partie il y a un problème de comportement, mais c'est une entité qui n'est pas officiellement validée, ce n'est pas dans le DSM V, ce n'est pas dans les TCA, ce n'est pas dans la classification ICD11 des pathologies. Mais cela se base sur le postulat qu'il y a des similitudes au niveau neurobiologique et comportemental entre la consommation d'aliments surtout à haute palatabilité, donc riches en sucre/graisse/sel, ultra-transformés par l'industrie, et les addictions.

Médecin : Ok je vois.

Moi : Là maintenant que le concept est expliqué, est-ce que cela vous fait tilt par rapport à certains patients ? Pensez-vous à des patients concernés ?

Médecin : Je n'ai pas d'exemple sur le vif, mais clairement, c'est pas rare d'être confronté à ce genre de patient.

Moi : Y a-t-il un profil de personnes en particulier qui serait concerné ?

Médecin : (Un temps, réfléchit) Il peut y avoir éventuellement ça chez les personnes qui ont une certaine fragilité psychologique, peut-être. Je ne sais pas s'il y a un critère d'âge. Mais en tout cas un contexte psycho-social pas tout-à-fait favorable, voilà, moi je peux isoler ces éléments-là dans un premier temps.

Moi : Oui tout-à-fait, cela joue. En fait par rapport à ce concept d'addiction alimentaire, il existe un questionnaire qui est validé, autant le diagnostic en lui-même fait encore débat, même si plusieurs articles dans la littérature au fil du temps montrent que cela a de l'intérêt et de l'importance pour identifier des sous-groupes de patients concernés et qu'on pourrait aider par rapport à ça, mais donc il existe un questionnaire qui a été fait sur base des critères d'addiction à une substance du DSM V, validé dans plusieurs langues, avec une version longue et une version courte, donc si ça vous intéresse ici je peux vous montrer la version courte ...

Médecin : Hum hum

Moi : Qui contient 13 questions, c'est un auto-questionnaire, que le patient peut faire lui-même ou bien en consultation (explication du fonctionnement du questionnaire). Voilà je vous laisse regarder à votre aise, il est libre d'accès ...

Médecin : C'est ça, ok (regarde le questionnaire)

Moi : Je vous laisse regarder les critères pour voir si ça vous parle ou pas ...

Médecin : J'ai vu, c'est réalisable hein, durant une consultation ...

Moi : Ici c'est pas par rapport à l'addiction alimentaire, est-ce que vous vous avez déjà songé au fait que certains de vos patients puissent avoir une relation pathologique à l'alimentation, sans pour autant avoir un TCA ?

Médecin : Oui oui.

Moi : Et sur quelle base ? Qu'est-ce qui vous a fait tiquer ?

Médecin : Eh bien en médecine générale, l'aspect principal c'est la discussion bien évidemment et l'observation. Bien évidemment quand on écoute les gens on peut avoir quelques éléments. Et puis l'évolution dans le temps de leurs paramètres, notamment le poids et autre, c'est un facteur qui attire l'attention.

Après il y a l'hétéro-anamnèse, des gens qui viennent en disant « Mon fils/ma mère ... » il y a aussi un peu ça. L'avantage de la médecine générale quand on connaît la famille par exemple. On peut avoir des sources différentes d'information.

Moi : Oui c'est ça, la discussion comme vous dites. Et quels éléments de l'anamnèse, est-ce par rapport à des aliments en particulier, par rapport à un comportement alimentaire, qu'est-ce qu'ils vous racontent les patients ?

Médecin : C'est un peu les deux. Il y a des aliments qui sont plus problématiques que d'autres, et il y a aussi le fait/la manière de se comporter vis-à-vis des aliments/de certains types d'aliments qui peut être problématique, donc c'est un peu les deux.

Moi : Avez-vous un exemple en tête d'anamnèse ou d'hétéro-anamnèse qui vous ont fait tiquer par rapport à une relation problématique avec l'alimentation ?

Médecin : Un exemple ... (réfléchit). Une mère qui m'a raconté une fois par exemple que sa fille qui est adolescente ne mangeait pas de viande. Alors que dans la famille il n'y avait pas ce « problème » là. Et que tout le monde mangeait de la viande. Le bout de l'histoire finalement, elle n'était pas vegan ou végétarienne mais elle avait vu un documentaire où on voyait comment on tuait les animaux, et donc elle avait pris la décision de ne plus manger de viande, parce que elle ne le sentait pas très bien. Finalement après un peu de discussion/d'échange par rapport à ça elle a compris que ce qu'elle avait vu comme documentaire ne reflétait pas toute la réalité, donc ... la barrière s'est un tout petit peu cassé. Ça c'est un exemple que je peux citer.

Moi : C'est ça oui, par rapport à la relation à l'alimentation de manière générale. Et dans le contexte de l'addiction alimentaire, quelqu'un qui aurait une relation pathologique, par rapport aux critères développés dans le questionnaire, par exemple un craving etc ?

Médecin : Ça c'est plus fréquent, par rapport à tout ce qui est sucre et carbohydrates, ça revient souvent ça. A savoir que la première addiction au monde, c'est celle-ci.

Moi : L'addiction au sucre oui c'est ça. Qui rejoint complètement l'addiction alimentaire donc.

Médecin : Oui.

Moi : Et ça comment ça se passe ? Les patients vous en parlent vous-mêmes ? Quand vous abordez le poids, l'alimentation etc ?

Médecin : Ça dépend des patients. Il y en a qui s'ouvrent vraiment comme un livre, il y en a d'autres où il faut aller chercher les informations petit à petit quoi. Ça dépend, il n'y a pas de règle.

Moi : Ok. Et dans ce contexte-là de parler avec les patients de leur poids, de leur alimentation, d'emblée dès la première consultation, vous parlez de la relation au sucre etc, ou bien vous y allez progressivement ... ?

Médecin : Non, j'y vais progressivement. C'est ça un des avantages de la médecine générale, c'est qu'on est amené à revoir les personnes, donc on profite de cette relation pour développer le sujet à son rythme (du patient). Après il y a des patients chez qui il faut arriver à un résultat plus vite que d'autres, ça dépend du contexte, mais il n'y a pas vraiment de règle générale par rapport à ça, en tout cas ça dépend très fortement (insiste en élevant la voix) de notre connaissance de notre patient. Il y a des patients chez qui franchement on peut y aller, dès la première, parce qu'on les connaît assez bien, on a déjà abordé des sujets plus intimes avec eux, donc on est dans leur intimité, on peut aborder des questions très ouvertes comme ça. Il y a d'autres où il faut travailler les choses petit à petit, je ne mets pas de règle générale pour ça.

Moi : C'est ça ça dépend du patient ...

Médecin : Ça dépend surtout de notre connaissance du patient. Parce que il y a le patient, avec son profil et tout, mais est-ce qu'on connaît vraiment son profil ? On peut voir quelqu'un

que nous suivons pendant 10 ans, mais sans le connaître vraiment. Et il y a des patients qu'on peut connaître franchement dès les premières consultations. Donc, je ne veux pas dire ça dépend du patient, ça dépend de notre (insiste) connaissance du patient et de son profil psychologique.

Moi : Est-ce que vous pensez justement que ce questionnaire-là (mYFAS 2.0 montré il y a quelques minutes) pourrait aider à aborder la relation du patient avec son alimentation ? Dans un contexte où on aborde le poids etc, est-ce que ça pourrait être une aide pour vous ? Quelle que ce soit la manière, donner le questionnaire au patient ou l'utiliser comme aide-mémoire en consultation par exemple ?

Médecin : Oui mais il est quand même un peu (rire) ... violent comme questionnaire.

Moi : (Rires) Oui, il y a des questions qui sont plus ...

Médecin : Si je donne ça à tout le monde, dès que je suspecte un mauvais comportement alimentaire, beh le patient peut être éventuellement un tout petit peu choqué en disant « je ne suis ni boulimique ni machin » je ... c'est un outil pour certains patients mais pas pour tout le monde. Je ne le généraliserai pas.

Moi : Et ne pas le donner au patient mais l'utiliser comme aide-mémoire, ça pourrait s'envisager pour vous ?

Médecin : Oui. Pour moi oui.

Moi : Pensez-vous qu'en terme de prise en charge, on pourrait faire un parallélisme entre addiction alimentaire et autres addictions, notamment pour l'entretien motivationnel ?

Médecin : (Réfléchit) Oui.

Moi : Avez-vous déjà essayé plus ou moins cette technique-là avec vos patients, vous parliez au tout début de motivation/d'engagement, pour essayer de motiver les patients ?

Médecin : Oui, maintenant qu'on a mis un cadre sur le terme addiction alimentaire, oui effectivement, je pense qu'on a tous fait ça sans le savoir, mais oui.

Moi : Oui c'est ça. Et comment s'est soldé la prise en charge in fine de ces patients avec une addiction alimentaire/addiction au sucre ? Les envoyez-vous plus souvent que les autres chez le diététicien ?

Médecin : Ça se passe bien je trouve. Le plus souvent cela se passe en médecine générale. Et on arrive quand même à contrôler la situation, le recours aux autres intervenants n'est pas rare, mais ... je pense que le point d'ancrage reste la médecine générale. Les gens ont tendance à revenir même s'il y a un suivi ailleurs, l'endroit principal c'est ici.

Moi : D'accord ok. Puisque vous parliez de psychologue tout à l'heure, y a-t-il des patients, justement avec une relation un peu problématique avec l'alimentation, avec des aliments

riches en sucre/en graisses, que vous avez été amené à référer chez le psychologue par exemple ?

Médecin : Oui aussi oui. L'exemple du début est un bon exemple oui, il y en d'autres oui, mais celui-là est un bon exemple.

Moi : Et est-ce que pour vous c'est important d'aborder cette notion de relation à l'alimentation ? Dans un contexte de prévention, cette question spécifique là a-t-elle son intérêt ou pas trop ?

Médecin : Si si elle a son intérêt. C'est une pathologie plus fréquente qu'on ne le pense. Si on parle de prévalence, bien évidemment ça devient très important de poser le diagnostic.

Moi : Est-ce que dans votre expérience vous avez pu voir chez certains patients une prise de conscience de ce problème-là, de problème de relation à l'alimentation ? Si oui, cette prise de conscience a-t-elle été bénéfique par rapport à leur prise en charge de surpoids/d'obésité ?

Médecin : Prise de conscience parce qu'on a abordé le sujet en consultation ou bien parce que eux ont fait un travail de leur côté ?

Moi : L'un et l'autre.

Médecin : Le 2^e on n'est pas forcément au courant.

Moi : Oui en effet c'est vrai.

Médecin : Mais si nous on fait effectivement le travail, on en parle, alors soit l'aborder brièvement, soit aller plus en profondeur et travailler le problème, oui forcément il va y avoir un changement positif. Après sur la durée, c'est difficile à définir ... Très clairement il y a des personnes, quand on aborde ce genre de sujet, ils sont demandeurs de traiter le problème. Et donc on avance, beaucoup plus, beaucoup plus vite, et beaucoup plus en profondeur. D'autres personnes, c'est un peu comme la cigarette hein. On leur parle, ils prennent conscience, lors d'un autre moment on en reparle, ils reprennent conscience, et donc ils collectionnent un peu ces moments-là, ces petites interventions, jusqu'à un jour où il y a éventuellement une volonté d'explorer le sujet de manière plus approfondie. Donc il y a certainement quelque chose qui se fait chez le patient quand on aborde ce genre de sujet. Et c'est toujours vrai, pas uniquement par rapport à l'obésité, c'est toujours vrai par rapport à toute sorte de problématique où il y a une addiction.

Moi : Oui tout-à-fait.

Médecin : Mais il est vrai qu'on est incapable de définir l'ampleur de cet effet-là sur la personne, parce qu'on a une vue on va dire limitée. Si on veut prendre un échantillon de quoi 1 an, 5 ans, 10 ans, 15 ans, 20 ans, d'une personne à l'autre, l'influence n'est pas la même. Mais oui, c'est pour ça que dans les cours d'addictologie, par exemple les cours de tabacologie ils disent beh « Posez la question à la personne, peu importe quelle est la finalité, posez la question s'il fume, demandez-lui quand il arrive avec une bronchite pourquoi il n'arrive pas à

contrôler sa consommation de cigarettes et de choses comme ça ». Beh ça ne tombe pas dans l'oreille d'un sourd, mais mesurer l'impact de cette intervention en médecine générale est très très difficile et complexe.

Moi : Oui tout-à-fait. Voilà comme vous dites ça ne coûte rien de le faire ...

Médecin : Non il faut le faire je pense que si on est consciencieux et qu'on veut faire notre travail/notre métier comme il faut, il faut poser la question. Ça ne peut pas avoir un impact négatif, c'est ça qu'il faut se dire. Ou alors l'impact négatif est tellement minime, en terme de pourcentage ou en terme statistique, que finalement ça n'a pas beaucoup de poids, statistiquement parlant. Et donc il faut quand même garder l'habitude de poser la question et d'en parler.

Moi : Oui c'est intéressant ce que vous dites, même si l'impact est difficile à mesurer en médecine générale, cela dépend de chaque patient, mais le fait d'en parler et de véhiculer les messages de préventions à ce niveau-là, que ce soit tabac ou autre addiction, pourrait aider à faire évoluer dans ce fameux cycle de l'entretien motivationnel, augmenter la motivation du patient pour qu'un jour il ait le déclic.

Médecin : Oui je pense que c'est comme ça qu'il fait voir les choses. Ça ne va jamais tuer le patient de poser la question, par contre c'est peut-être un point de départ d'une discussion ultérieure, ou même pourquoi pas sur le moment même ? Parfois voilà on a l'impression de lancer ... lancer l'hameçon et puis voilà ça prend !

Quelqu'un à qui on a une fois, je me souviens très bien, la première fois, je lui ai dit, vous savez le tabac, votre bronchite machin, il était venu dans un contexte aigu, il avait une bronchite aiguë en période hivernale, on a vraiment abordé : la bronchite, et puis une petite parenthèse : le tabac, je lui ai montré un graphique que j'avais sur l'évolution de la capacité respiratoire et le VEMS avec le tabac et sans le tabac. Et bien 2 mois après il est revenu en disant « j'ai arrêté de fumer ». Bon est-ce que c'était parce que on en avait parlé ou autre chose, difficile à dire ! Mais en tout cas, voilà ! Le but était atteint.

Moi : Oui voilà tout-à-fait. Et est-ce que dans ce contexte-là, chez les gens qui ne viennent pas spécialement pour parler du poids ou de l'alimentation, mais qui viennent pour autre chose, est-ce que le fait de l'aborder, si ça a un lien (par exemple gonarthrose chez quelqu'un en surpoids), ou alors est-ce que le fait de l'aborder comme le conseil minimal pour le tabac (est-ce que vous fumez/buvez/mangé beaucoup de produits sucrés etc) pourrait être intéressant et rentrer dans un schéma de base consultation ?

Médecin : Oui oui je pense que oui. On est outillé en médecine générale pour le faire. Par exemple un des trucs assez comiques, c'est la balance qui traîne là. Et donc en fait à la fin de la consultation, très souvent, très très souvent, c'est même pas voulu mais les gens me demandent s'ils peuvent voir leur poids, et là on prend le fil et hop on y va, on parle du sujet. Je pense que ça peut faire partie du schéma structurel d'une consultation en médecine générale.

Moi : Oui c'est ça. Je pense qu'on a déjà abordé pas mal de choses, avez-vous des questions ou une réaction par rapport à cet entretien ?

Médecin : Juste le point de départ, qu'est-ce qui a fait que c'était ça votre sujet de TFE ?

Moi : (explications des raisons du choix du sujet cfr introduction et explication de la réflexion ayant mené à la question de recherche et au choix de la méthodologie par entretiens semi-directifs)

Médecin : Oui je vois c'est bien. C'est intéressant parce que ça sensibilise, bien évidemment, je pense que ce n'est pas le but d'un TFE de sensibiliser les généralistes (rires), mais c'est plutôt ... je pense que c'est bien de vouloir répondre à la question de comment aborder le sujet, après il y a aussi la question des moyens, quels sont les moyens (soupire) qu'on met à disposition pour aborder le sujet en médecine générale. Alors moi je dis que structurellement, le fait d'aborder ces notions ça peut faire partie d'une consultation de médecine générale, mais bon il faut aussi se rendre à l'évidence, on n'a pas toujours le temps, on est très souvent débordé, il y a de plus en plus d'exigences en médecine générale, exigences administratives et cliniques, des choses qui sont renvoyées en première ligne, qui sont importantes, mais donc voilà la question des moyens se pose aussi ...

Moi : Tout-à-fait hein, tout-à-fait ...

Médecin : A côté du fait que bon oui, structurellement pourquoi pas, c'est certainement intéressant et ça doit (insiste) faire partie du canevas de base, mais il faut voir aussi sur le plan réaliste j'ai envie de dire ...

Moi : Oui c'est ça ...

Médecin : Quelle est la possibilité de le faire, d'une manière systématique chez tout le monde, c'est un peu comme le fait de poser la question de la vaccination, si elle est en ordre ou pas, voilà, ce sont des items qui se rajoutent dans le canevas d'une consultation de médecine générale. Après on peut aussi se dire qu'on fait les choses en plusieurs étapes, et donc poser un certain nombre de questions la première fois, et poser un certain nombre de questions la 2^e fois ...

Moi : Oui, tout-à-fait !

Médecin : C'est possible.

Moi : Par rapport au questionnaire vous voulez dire ?

Médecin : Pas uniquement le questionnaire, mais heu les différents items dans un premier entretien de médecine générale ...

Moi : Dans un contexte de prévention oui oui c'est ça, c'est difficile de tout aborder en une consultation ...

Médecin : En une fois c'est difficile effectivement ...

Moi : Oui.

Médecin : Voilà. En tout cas bon courage pour votre TFE.

Moi :Merci ! Je vais arrêter l'enregistrement.