

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

Rôle du médecin généraliste dans le dépistage des patients adultes ayant un trouble de l'équilibre pondéral, sans comorbidité : modalités d'abord du problème pondéral en l'absence de demande

FIOLLEAU Anne-Laure

Née AUBRY, le 14 mars 1986 à Laval (53)

Sous la direction de Mr le Pr CAILLIEZ Eric

Membres du jury

Pr CONNAN Laurent

Pr CAILLIEZ Eric

Dr LAMBERT Clotilde

Pr RODIEN Patrice

| Président

| Directeur

| Membre

| Membre

Soutenue publiquement le :
16 juin 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) FIOLEAU Anne-Laure
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **04/05/2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Laurent CONNAN, pour m'avoir fait l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail en présidant ce jury.

A Monsieur le Professeur Eric CAILLIEZ, pour m'avoir encadré tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils et votre disponibilité pour avoir répondu à toutes mes interrogations. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrice RODIEN, pour avoir accepté de faire partie de ce jury et de m'honorer de votre présence.

A Madame le Docteur Clotilde LAMBERT, pour avoir accepté d'être membre du jury. Merci pour ton accompagnement et tes précieux conseils donnés tout au long de ces années.

A mon époux Julien et à ma fille Louise, pour le bonheur que vous m'apportez chaque jour.

A mes parents, Marie-Paule et Dominique, qui m'ont donné l'opportunité de choisir la voie que je souhaitais, de faire ces longues études dans les meilleures conditions. Merci de votre soutien inconditionnel, de votre aide et de votre amour.

A mes sœurs, Claire, Charlotte et Maud, pour votre écoute et votre confiance.

A mes grands-parents, pour vos encouragements.

A mes amies d'Angers, Nantes, Nîmes, Londres, Paris, pour votre amitié qui m'est si précieuse.

LISTE DES ABREVIATIONS

MG	Médecin(s) généraliste(s)
IMC	Indice de masse corporelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
PO	Plan Obésité
PNNS	Programme National Nutrition Santé
TCA	Trouble du comportement alimentaire
AM	Anorexie mentale
HAS	Haute Autorité Sanitaire
DU	Diplôme universitaire
PA	Périmètre abdominal
MT	Médecin traitant
FRCV	Facteur(s) de risque cardio-vasculaire

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de l'échantillon**
- 2. Modalités de dépistage des problèmes pondéraux**
 - 2.1. Pratique des médecins généralistes
 - 2.2. Définitions : surpoids/obésité/insuffisance pondérale
 - 2.3. A partir de quel IMC les médecins généralistes pensaient devoir intervenir ?
 - 2.4. Prévalence
- 3. L'abord du problème pondéral**
 - 3.1. Arguments pour aborder un problème pondéral en l'absence de demande
 - 3.2. Attitude/comportement des médecins généralistes pour aborder un problème pondéral
 - 3.3. Exploration de la prise ou perte de poids
 - 3.4. Représentations et ressentis des médecins généralistes
- 4. Difficultés ressenties dans l'annonce d'un problème pondéral et dans sa prise en charge**
 - 4.1. Difficultés rencontrées pour aborder le problème pondéral
 - 4.2. Appréhension de la réaction du patient
 - 4.3. Prise en charge globale du patient
- 5. Les médecins généralistes et leurs rapports personnels au poids**
 - 5.1. Poids des médecins
 - 5.2. Difficultés pour modifier le poids
 - 5.3. Influence du poids des médecins généralistes sur la prise en charge des patients

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

INTRODUCTION

En 2014, selon les estimations mondiales de l'organisation mondiale de la santé (OMS): 1,9 milliard (39%) de personnes âgées de plus de 18 ans était en surpoids. Sur ce total, plus de 600 millions (13%) étaient obèses. L'OMS définit le surpoids par un $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ et l'obésité par un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$. En France, la dernière enquête ObEpi de 2012 révélait que 32,3% des adultes de 18 ans et plus étaient en surpoids et que 15% étaient obèses. Le nombre de personnes obèses en France a été estimé à environ 6 922 000, soit à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport à 1997 (1). Ces données croissantes confirment que l'obésité est un véritable problème de santé publique. L'obésité est reconnue comme une maladie chronique, multifactorielle (génétique, endocrinologique, environnementale...) liée à une forte morbidité. Le risque d'être traité pour une hypertension artérielle est multiplié par 2,3 chez les sujets en surpoids et par 3,6 chez les personnes obèses versus les sujets ayant un $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$. La prévalence des dyslipidémies traitées est multipliée par 2,2 en cas de surpoids et par 2,7 en cas d'obésité par rapport aux sujets dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m^2 . Enfin près de 3 fois plus de personnes déclarent un diabète en cas de surpoids, 7 fois plus en cas d'obésité versus des sujets de corpulence normale (1). Afin de lutter contre l'obésité et le surpoids, des actions ont été mises en place par les pouvoirs publics telles que le plan obésité (PO) (2) puis le Programme National Nutrition Santé (PNNS). La stratégie du PNNS s'organise autour de quatre objectifs : réduire l'obésité et le surpoids dans la population ; augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges ; améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque ; réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, trouble du comportement alimentaire (TCA)) (3). L'anorexie mentale (AM), restrictive pure ou avec crise de boulimie/vomissements provoqués ou prise de purgatifs est un TCA. Un TCA est défini par l'association durable de perturbations du comportement alimentaire, de troubles de la perception de l'image corporelle et d'obsessions quant au poids et à l'alimentation, l'ensemble ayant des conséquences néfastes pour la santé et le fonctionnement psychosocial. D'après la Haute autorité sanitaire (HAS), un des critères somatiques évocateur de cette pathologie est un $IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$, marqueur d'une dénutrition. L'AM est définie par la présence de chacun des critères diagnostiques d'une des classifications internationales CIM-10 ou DSM-IV-TR (4). La prévalence de l'AM en population générale est faible de 0,5 à 2.2 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes (5) mais la gravité potentielle de son pronostic est élevée. Il s'agit de la maladie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus élevé (6). Les comorbidités de l'AM sont multiples : dénutrition, ostéoporose, complications cardiaques, rénales, infectieuses,

retard de croissance, infertilité et complications psychiatriques (syndrome dépressif sévère, anxiété, troubles obsessionnels compulsifs). Le MG, en première ligne de soins, est responsable de la prévention et de l'éducation à la santé de ses patients. Ce positionnement lui permet d'assurer un dépistage précoce des problèmes de poids. Quel rôle s'autorise-t-il à jouer en l'absence de demande ? Comment aborde-t-il le problème du poids ? A quelles difficultés est-il confronté ?

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques et les modalités de dépistage des problèmes pondéraux chez un patient adulte, sans comorbidité, en l'absence de demande.

L'objectif secondaire est d'identifier et d'analyser les difficultés rencontrées par les MG pour aborder le problème pondéral chez un patient, non demandeur d'une prise en charge, afin d'améliorer et de faciliter ce dépistage.

MÉTHODES

Une étude quantitative, déclarative, a été menée auprès de MG exerçant en Maine-et-Loire. Quatre-cent quatre-vingt noms ont été tirés au sort parmi les 710 MG libéraux recensés. Devant l'absence de mise à jour du recensement des MG exerçant en Maine et Loire, fourni par le conseil départemental de l'ordre des médecins 49, tous les noms et adresses professionnelles des MG libéraux ont été répertoriés à partir de trois sites internet : les pages jaunes 49, l'annuaire des professionnels de santé et le guide santé (*annexe 1*). La comparaison entre ces sites a permis d'établir une liste exhaustive. Ont été exclus de l'échantillon, les MG urgentistes, sexologues, angiologues, addictologues, praticiens hospitaliers, les MG travaillant à la PMI, à l'IRSA et à la CPAM.

Dans l'échantillon : trois groupes ont été formés : 160 médecins exerçant en milieu urbain, un secteur urbain étant arbitrairement défini par une ville de plus de 6000 habitants ; 160 médecins exerçant en milieu semi-rural, un secteur semi-rural étant arbitrairement défini par une ville comprenant un nombre d'habitants entre 2000 et 6000 ; 160 médecins exerçant en milieu rural, un secteur rural étant arbitrairement défini par une ville de moins de 2000 habitants.

Les médecins sélectionnés étaient initialement contactés par téléphone et devaient répondre en direct à un questionnaire mais, devant l'absence de réponse obtenue suite à 10 appels, leurs indisponibilités pouvant s'expliquer par le manque de temps entre chaque consultation, une autre méthode a été choisie. Quatre cent quatre-vingt courriers ont été envoyés par voie postale à partir du 26/06/2014 : 160 courriers par groupe.

Chaque courrier contenait :

- une feuille de présentation décrivant l'objectif de la thèse sans en préciser le titre exact afin de ne pas influencer les réponses des participants ; l'identité du thésard et du directeur de thèse y étaient déclinées (*annexe 2*)
- le questionnaire, constitué de 3 feuilles recto/verso contenant 37 questions (*annexe 3*)
- une enveloppe affranchie pour le retour

La durée du recueil a été de 5 mois et demi (dernier courrier reçu le 03/12/2014). L'objectif était l'obtention au minimum d'un taux de réponse >30%.

Le questionnaire comprenait 36 questions fermées (questions à choix unique) et une question ouverte. Il concernait des patients âgés de 18 à 60 ans, ayant un IMC < 18,5 kg/m² ou > 25 kg/m², sans comorbidité, consultant leur médecin généraliste pour un autre motif que celui du problème pondéral. Afin de garantir l'anonymat des participants mais d'identifier le groupe auquel ils appartenaient, un code a été établi sur les enveloppes-réponses. Le nom du destinataire sur l'enveloppe affranchie était : « Me Anne-Laure Aubry... » pour le groupe rural, « Me Aubry Anne-Laure... » pour le groupe semi-rural et « Me A-Laure Aubry ... » pour le groupe urbain. Cette distinction des participants en 3 milieux environnementaux constituait la question 38.

Le questionnaire était divisé en 4 parties :

La première partie évaluait la pratique des médecins généralistes : moyens utilisés en consultation pour dépister un problème pondéral : fréquence des pesées, mesure de la taille, du périmètre abdominal, calcul de l'IMC, connaissance de la définition du surpoids, de l'obésité et de l'insuffisance pondérale, fréquence d'évaluation de l'IMC, estimation de la prévalence des problèmes pondéraux en médecine générale.

La deuxième partie concernait l'abord de la question pondérale avec un patient non demandeur : arguments pour dépister ou non systématiquement les patients, attitude du médecin pour aborder ce sujet, moyens utilisés pour évaluer les facteurs étiologiques (enquête alimentaire, histoire pondérale, contexte psychologique, niveau d'activité physique), représentations du surpoids et de l'obésité par les MG.

La troisième partie concernait les difficultés ressenties par les MG dans l'annonce d'un problème pondéral et dans sa prise en charge.

La quatrième partie reflétait les critères socio-démographiques des MG de l'échantillon : sexe, âge, morphologie, rapport personnel au poids, possession d'un DU (diplôme universitaire) médecine du sport/nutrition, diététique/médecine préventive de l'enfant (orienté vers la pédiatrie).

La saisie des données a été faite avec un masque de saisie sur EpiData 3.1 et l'analyse statistique via Epi-info7. Les variables qualitatives obtenues ont été décrites en nombre et en pourcentage. Elles ont été comparées par le test du chi². Le seuil de significativité d'une différence constatée entre chaque groupe était définie par $p < 0,05$. Pour des raisons d'exploitations statistiques, les réponses des questions Q1 à Q7, Q9 à Q20, Q24, Q25, Q29 à Q31, Q33, Q36, Q38 ont été concentrées en deux groupes pour avoir des effectifs suffisants (*annexe 5*). Les participants avaient la possibilité de cocher la case « ne sait pas » pour les questions Q5, Q6, Q7 et « refuse de répondre » pour les questions Q30, Q31, Q33. Pour le calcul de fréquences, ces réponses ont été prises en

compte, mais pour l'obtention des tableaux croisés dynamiques, ces réponses n'ont pas été incluses. Pour les analyses selon l'âge, deux groupes ont été créés : les MG âgés de moins de 50 ans et ceux de plus de 50 ans. Pour la rédaction, les MG âgés de plus de 50 ans ont été appelés « seniors » et ceux de moins de 50 ans ont été appelés « juniors ». La question Q11 était une question ouverte, les médecins devaient répondre par OUI ou NON et argumenter leurs réponses. 4 groupes ont été formés : les médecins répondant OUI toujours, OUI parfois, OUI si comorbidités et NON. Les principaux arguments évoqués ont été eux aussi classés en sous-groupes par mots-clés (*tableau 2*).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 234 questionnaires ont été traités sur les 480 courriers envoyés, soit un taux de réponse de 48.75% avec la répartition suivante: 85 réponses de MG exerçant en milieu rural, 75 réponses de MG exerçant en milieu semi-rural et 74 réponses de MG exerçant en milieu urbain. Les questionnaires incomplets n'ont pas été traités. Cent quarante-deux hommes (60.68%) et quatre-vingt douze femmes (39.32%) ont répondu aux questionnaires. 108 étaient âgés de moins de 50 ans et 126 de plus de 50 ans. **72.54% des MG hommes avaient plus de 50 ans, 75% des MG femmes avaient moins de 50ans, $p<0.001$.**

Cinquante et un détenaient un DU de médecine du sport, cinq un DU de nutrition-diététique, dix-huit un DU pédiatrie/médecine préventive de l'enfant. **Les MG possédant un DU médecine du sport étaient majoritairement des hommes et avaient plus de 50 ans (90.20%, $p<0.001$). Les MG possédant un DU pédiatrie étaient majoritairement des femmes (72.22%, $p<0.01$) et avaient moins de 50 ans (77.78%, $p<0.001$).** IL a été constaté quelques différences significatives quant à la pratique des MG concernant la prise en charge d'un problème pondéral et la possession d'un de ces DU (*annexe 4*).

2. Modalités de dépistage des problèmes pondéraux

2.1. Pratique des médecins généralistes

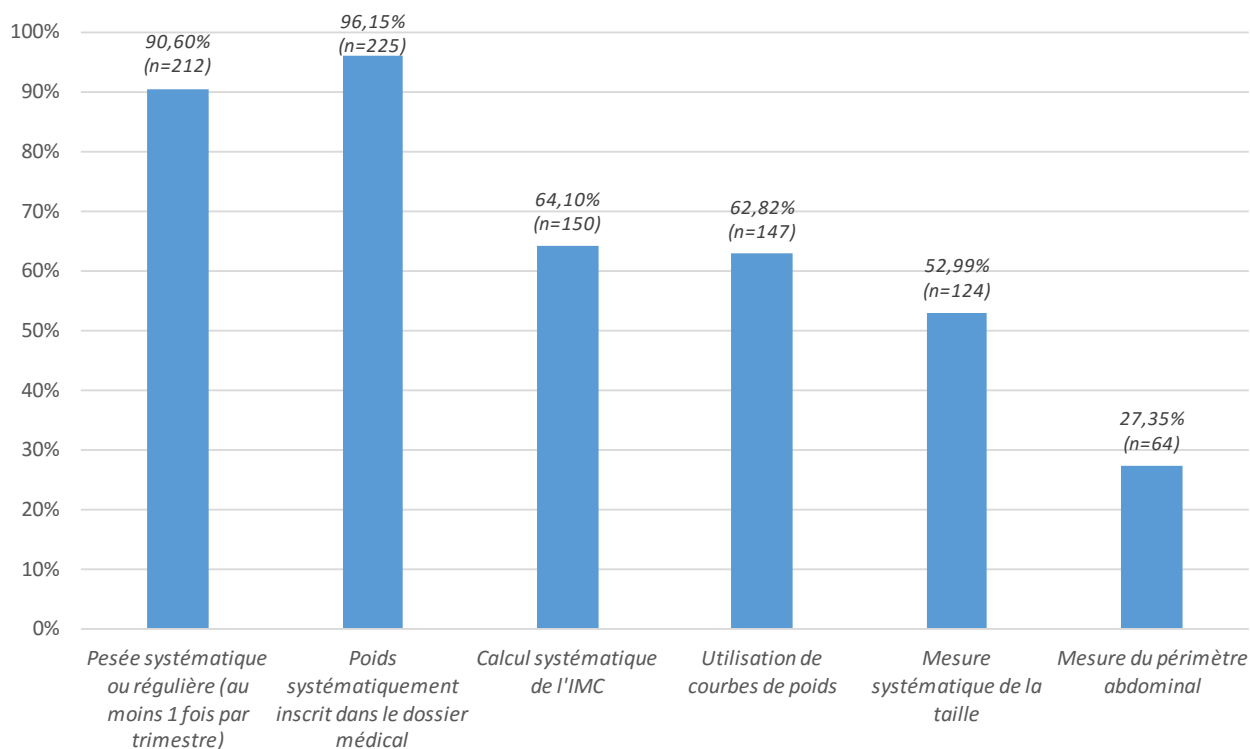


Figure 1 : Pratique des médecins généralistes

Deux-cent douze (90.60%) MG pesaient systématiquement ou régulièrement leurs patients, le calcul systématique de l'IMC était effectué par cent cinquante (64.10%) d'entre eux et cent quarante-sept (62.82%) utilisaient régulièrement les courbes de poids. Soixante-quatre (27.35%) des MG interrogés mesuraient le périmètre abdominal (PA) de leurs patients.

Les MG juniors calculaient plus souvent l'IMC que les seniors (70.37% vs 58.73%, $p < 0.05$)

83.33% des médecins détenant un DU pédiatrie calculaient systématiquement l'IMC versus 62.50% des médecins sans ce DU, $p < 0.05$.

Les MG qui calculaient systématiquement l'IMC utilisaient significativement plus les courbes de poids, afin que le patient visualise la valeur de l'IMC par rapport à une norme (68.71% vs 31.29%) $p < 0.05$.

Il n'y avait pas de lien significatif entre le genre, l'âge des médecins, le lieu d'exercice et la fréquence des pesées, la mesure du périmètre abdominal et de la taille des patients.

2.2 Définitions : surpoids/obésité/insuffisance pondérale

Les définitions du surpoids et de l'obésité étaient connues par plus de 80% des MG. **Les femmes connaissaient significativement mieux la définition du surpoids (95.56% vs 84.67%, $p<0.01$) et de l'obésité (91.21% vs 81.16%, $p<0.05$).**

La définition de la maigreur était connue par plus de 60% des MG, une confusion était faite entre $IMC<16.5$ et $IMC<18.5\text{kg/m}^2$. Il n'y avait pas de différence significative de connaissance selon l'âge et le genre des MG.

Les MG juniors semblaient mieux connaître la définition du surpoids que les seniors, 93.46% vs 85%, $p<0.05$. Concernant la définition de l'obésité, il n'y avait pas de différence significative selon l'âge.

Ni le lieu d'exercice, ni le fait d'avoir un DU n'influaient sur la connaissance des définitions de l'obésité/surpoids/maigreur ou les pratiques de mesures anthropométriques (excepté le calcul de l'IMC).

2.3 A partir de quel IMC les médecins généralistes pensaient devoir intervenir ?

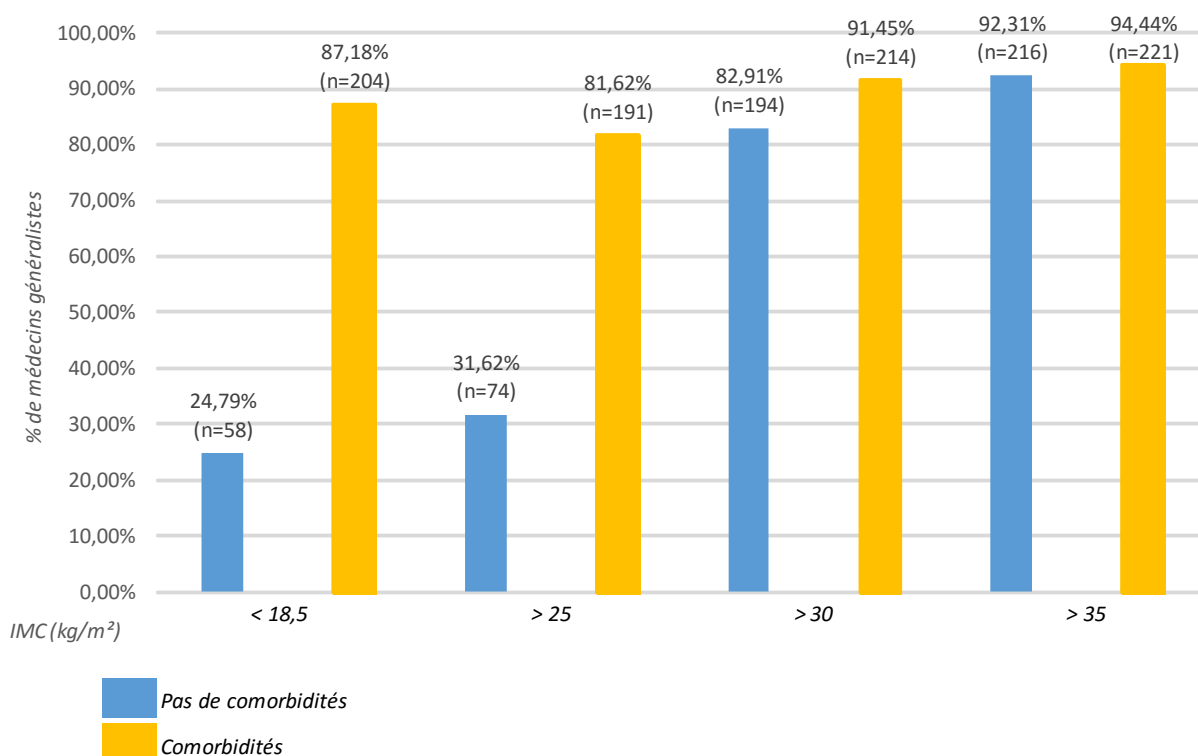


Figure 2 : Fréquences d'intervention des MG selon l'IMC des patients

Le taux de MG intervenant augmentait lorsque l'IMC croissait. La coexistence de comorbidités, accentuait surtout l'interventionnisme des MG sur les IMC bas et en dessous de 30.

IMC patients (Kg/m2)	MG femmes (%)	MG hommes (%)	p	MG<50 ans (%)	MG>50 ans (%)	p
IMC<18,5	23,91	25,35	ns	25,93	23,81	ns
IMC<18,5 + comorbidités	95,65	81,69	p<0,001	96,30	79,37	p<0,0001
IMC>25	36,96	28,17	ns	37,04	26,98	ns
IMC>25 + comorbidités	91,30	75,35	p<0,001	87,04	76,98	p<0,05
IMC>30	94,57	75,35	p<0,0001	87,96	78,57	p<0,05
IMC>30 + comorbidités	98,91	86,62	p<0,001	97,22	86,51	p<0,05
IMC>35	98,91	88,03	p<0,001	99,07	86,51	p<0,0001
IMC>35+comorbidités	91,55	98,91	p<0,05	98,15	91,27	p<0,05

Tableau 1 : Pourcentage de médecins généralistes intervenant selon l'IMC des patients

Le pourcentage de MG intervenant était lié significativement à la présence de comorbidités et croissait selon l'IMC (à partir d'un IMC>25). Les femmes intervenaient plus que les hommes de manière significative, selon l'IMC ou la présence de comorbidités. De même, les MG juniors intervenaient plus que les seniors.

Les MG qui pesaient régulièrement leurs patients (66.51%) et ceux qui abordaient systématiquement le problème du poids (66.35%), considéraient qu'il ne fallait pas intervenir lorsque le patient était en surpoids sans comorbidités, p<0.05

Il n'y avait pas de lien significatif entre la pratique des médecins (fréquence des pesées, mesure du périmètre abdominal, calcul de l'IMC) et l'intervention lorsque le patient avait un IMC<18.5kg/m2 avec ou sans comorbidités et un IMC>25kg/m2 avec comorbidités. Il n'y avait pas de différence significative dans la prise en charge des MG concernant la fréquence de pesée du patient lorsque celui-ci avait un IMC>30 ou un IMC>35 kg/m2 avec ou sans comorbidités. Il n'y avait pas de différence significative d'intervention des MG selon les milieux et selon les DU lorsque le patient avait un IMC<35kg/m2.

La totalité des MG ayant un DU médecine du sport intervenaient lorsque le patient avait un IMC>35kg/m2 avec comorbidités versus 92.90% des MG sans ce DU, p<0.05.

Il n'y avait pas de différence significative entre le niveau d'intervention selon l'IMC des patients et la satisfaction ou non des MG concernant leurs poids. Il n'y avait pas non plus de lien significatif entre la pratique des

médecins (pesée, mesure de taille et périmètre abdominal, calcul de l'IMC) et l'abord du problème pondéral chez un patient non demandeur.

2.4 Prévalence

Cent un (41.16%) MG estimaient avoir entre 5 et 15% de leurs patientèles en surcharge pondérale et treize (5.56%) plus de 15% de leurs patientèles suivie pour une insuffisance pondérale.

La prévalence de patients suivis pour une insuffisance pondérale était moins importante en milieu rural et semi-rural qu'en milieu urbain. En milieu rural, 1.18% des MG estimaient avoir une patientèle >15% suivie pour une insuffisance pondérale vs 8.05% des MG exerçant en milieu semi-rural et urbain, $p < 0.05$. En milieu semi-rural, 3.14% des MG avait une patientèle >15% suivie pour une insuffisance pondérale vs 10.67% des MG exerçant en milieu rural et urbain, $p < 0.05$.

La pratique des MG (fréquence de pesée, mesure de la taille, calcul de l'IMC) et l'abord de la question pondérale n'étaient pas influencés par le nombre des patients vus en consultation, présentant ces problèmes pondéraux ni par les milieux d'exercice des MG. La prévalence des patients en insuffisance ou en surcharge pondérale suivis par les MG n'était ni liée significativement à l'âge ni au sexe du médecin.

3. L'abord du problème pondéral

3.1. Arguments pour aborder un problème pondéral en l'absence de demande

Abord du problème pondéral	Systématique	oui, parfois	oui si comorbidités	non	Total
<i>FRCV</i>	117	6			123
<i>recherche d'une comorbidité</i>	19	1			20
<i>contact facilité avec le MG</i>	23	4	1		28
<i>motif de consultation sous-entendu</i>	14	2	1		17
<i>rôle du MT/prise en charge globale</i>	38	1			39
<i>programmer une consultation dédiée</i>	9				9
<i>peur de blesser</i>				5	5
<i>sentiment d'impuissance</i>		1	1	4	6
<i>manque de temps</i>		4	1	5	10
<i>motif de consultation</i>		5	2	14	21
<i>non abordé lors de la 1ère consultation</i>		1		2	3
<i>mal à l'aise avec le sujet</i>			1	4	5
Total	220	25	7	34	286

Tableau 2 : L'abord du problème pondéral avec un patient non demandeur par les médecins généralistes

Cent quatre-vingt-un MG (77.35%) abordaient systématiquement la notion d'excès ou d'insuffisance pondérale chez un patient non demandeur, consultant pour un motif quelconque. L'argument principal était la notion de prévention du risque cardio-vasculaire. Le second argument avancé était le rôle du médecin traitant (MT) de dépister et d'assurer une prise en charge globale du patient. Quinze (6.41%) abordaient le problème du poids seulement si le patient présentait des comorbidités, vingt-trois (9.3%) n'abordaient pas la question systématiquement, la question pondérale n'étant pas le motif de consultation. La notion de manque de temps et la peur de blesser le patient étaient avancées dans un deuxième temps.

Il n'y avait pas de lien significatif entre la pratique des médecins (pesée, mesure de taille et périmètre abdominal, calcul de l'IMC) et l'abord du problème pondéral chez un patient non demandeur.

3.2. Attitude/comportement des médecins généralistes pour aborder un problème pondéral

Vingt-huit (11.97%) MG déclaraient souligner le problème pondéral par une mimique : un hochement de tête lors de la montée du patient sur la balance ou un regard insistant. **Vingt-quatre (85.71%) étaient des hommes et vingt-deux (78.57%) avaient plus de 50 ans, $p<0.01$. Vingt et un (75%) justifiaient toujours ou souvent la prise de poids par un manque de volonté du patient, $p<0.01$.**

Cent quatre-vingt-dix-sept (41.45%) MG utilisaient toujours/souvent l'humour pour aborder en douceur le problème pondéral.

Vingt (8.55%) MG faisaient toujours/souvent une remontrance au patient face à une prise ou perte de poids constatée. **Quatorze (70%) d'entre eux se sentaient à l'aise dans la prise en charge du problème pondéral, $p<0.05$. Dix-sept (85%) expliquaient toujours/souvent l'excès pondéral par une sédentarité, $p<0.05$, quinze (75%) d'entre eux par un manque de volonté du patient, $p<0.05$**

Deux cent un (85.90%) MG rappelaient toujours/souvent au patient les risques cardio-vasculaires encourus, **les seniors plus souvent que les juniors (91.27% vs 79.63%), $p<0.01$.**

Cent neuf (58%) MG rassuraient le patient en relativisant.

Il n'y avait pas de différence significative entre le genre des MG et l'utilisation de l'humour pour aborder un problème pondéral, l'expression de remontrances, le rappel des facteurs de risque cardio-vasculaires (FRCV) et la réassurance du patient pour souligner un problème pondéral. Il n'y avait pas non plus de significativité démontrée entre l'âge des médecins et l'attitude pour aborder le problème pondéral : utilisation de l'humour,

remontrance et réassurance du patient. Il n'y avait pas de différence significative entre l'abord systématique du problème pondéral chez un patient non demandeur et l'attitude/le comportement du MG.

3.3. Exploration de la prise ou perte de poids

Cent quarante-sept (62.82%) MG retraçaient toujours/souvent l'histoire pondérale du patient (âge de début, évènements de vie déclenchants...). **Tous les MG titulaires d'un DU nutrition/diététique retraçaient toujours/souvent l'histoire pondérale du patient versus 62.01% des MG sans ce DU, $p < 0.05$.**

Concernant l'évaluation de l'activité physique et du contexte psychologique, il n'y avait pas de différence significative entre les médecins possédant un DU ou non. Il n'y avait pas de différence significative retrouvée entre le genre, l'âge des MG et l'évaluation de l'histoire pondérale ou de l'activité physique du patient.

Cent quatre-vingt neuf (80.77%) MG menaient toujours/souvent une enquête alimentaire. **Ceux possédant un DU médecine du sport le faisaient moins souvent, 62.75% versus 85.79% des MG sans ce DU, $p < 0.001$. Les femmes menaient plus souvent une enquête alimentaire que les hommes (91.30% vs 73.94%, $p < 0.001$), les juniors le faisaient plus souvent que les seniors (86.11% vs 76.19% $p < 0.05$).**

Deux cent vingt-sept (97,01 %) MG prenaient en compte l'activité physique. **Les MG ruraux évaluaient moins souvent l'activité physique de leurs patients que dans les deux autres milieux (94.12% vs 98.66%), $p < 0.05$.**

Deux cent douze (90.60%) MG évaluaient toujours/souvent le contexte psychologique. **Les seniors évaluaient plus le contexte psychologique du patient que les juniors, 93.65% versus 87.04%, $p < 0.05$.** Le genre des MG n'influe pas sur l'évaluation psychologique du patient. **Les MG pesant régulièrement leurs patients prenaient plus souvent en compte le contexte psychologique des patients que ceux ne les pesant pas régulièrement (91.98 versus 77.27%, $p < 0.05$).** Les MG évaluant toujours/souvent le contexte psychologique abordaient de façon plus systématique le problème pondéral chez patient non demandeur (91.98% vs 72.73%, $p < 0.05$)

Il n'y avait pas de lien significatif entre la fréquence des pesées et l'évaluation de l'histoire pondérale, de l'activité physique et de la prise alimentaire. Il n'y avait pas de différence significative retrouvée entre les MG pratiquant une activité physique régulière ou ceux ayant déjà essayé de perdre du poids et leurs pratiques dans

la prise en charge des patients : mener une enquête alimentaire, évaluation de l'histoire pondérale, de l'activité physique, du contexte psychologique.

3.4 Représentations et ressentis des médecins généralistes

Les MG considéraient qu'il était difficile de perdre ou prendre du poids (52.14%, n=122), très difficile pour 31.20% (n=73), extrêmement difficile pour 5.98% (n=14). Il n'y avait pas de différence significative selon le genre ou l'âge des MG. **12.58% des MG exerçant en milieu semi-urbain prétendaient qu'il n'était pas difficile, voire moyennement difficile de perdre ou prendre du poids versus 5.33% des MG exerçant en milieu rural et urbain, $p<0.05$**

Cent quarante et un (60.26%) des MG interrogés avaient eux-mêmes essayé de perdre ou prendre de poids, 42.74%(n=100) et avaient trouvé cela difficile.

Pour 86.15% (n=225) des MG, la sédentarité pouvait souvent conduire un patient à être en surcharge pondérale, pour 15.38% (n=36) cela était toujours le cas.

Deux cent trente-trois (99.57%) MG justifiaient l'excès pondéral des patients par une alimentation déséquilibrée.

Cent trente-quatre (57.26%) MG pensaient qu'une origine génétique pouvait rarement être la cause d'une prise de poids. **Les MG possédant un DU médecine du sport pensaient plus que les autres qu'une origine génétique était toujours/souvent à l'origine d'un excès pondéral (62.75% vs 37.16%) $p<0.001$.**

Cent vingt-cinq (53.42%) MG pensaient que l'origine de la surcharge pondérale était toujours/souvent due à un manque de volonté/fainéantise du patient. **Les MG ayant souvent froissé un patient en abordant le problème pondéral pensaient plus souvent que l'origine de la prise de poids était liée à un manque de volonté comparativement aux MG n'ayant jamais ou rarement froissé un patient (76.92% vs 52.04%, $p<0.05$). Les MG seniors pensaient plus souvent que les juniors que l'excès pondéral était lié à un manque de volonté du patient (80%vs 39.20%, $p<0.05$).**

Les MG exerçant en milieu urbain attribuaient moins souvent l'origine d'une surcharge pondérale à un manque de volonté que les autres (49.28% vs 62.16%, $p<0.05$).

Il n'y avait pas de lien significatif entre les MG menant régulièrement une activité physique ou ayant éprouvé des difficultés pour perdre ou prendre du poids et leur représentation du surpoids. Il n'y avait pas de différence

significative entre le genre des MG, leurs vécus personnels et leurs représentations du surpoids/obésité (facteurs à l'origine d'une surcharge pondérale).

4. Difficultés ressenties dans l'annonce d'un problème pondéral et dans sa prise en charge

4.1. Difficultés rencontrées pour aborder le problème pondéral

Trois médecins sur quatre éprouvaient des difficultés pour aborder la question du poids chez un patient non demandeur : Cent quarante-six (62.39%) MG trouvaient cela moyennement difficile, trente-six (15.38%) très difficile, voire extrêmement difficile, cinquante-deux (22.22%) facile. **Les MG possédant un DU médecine du sport éprouvaient plus de difficultés pour aborder le sujet chez un patient non demandeur que les autres médecins (23.53% versus 13.11%, $p<0.05$).** Il n'y avait pas de différence significative retrouvée pour les MG possédant un DU pédiatrie et diététique/nutrition. **Parmi les MG ressentant des difficultés pour aborder le problème pondéral, il y avait plus de seniors que de juniors (20.63% vs 9.26%, $p<0.01$).** Il n'y avait pas de différence significative entre le niveau de difficulté ressenti et le sexe des MG.

Deux cent vingt-six (95.58%) pensaient qu'il fallait interroger le patient et aborder le problème pondéral même si ce n'était pas sa demande, 85.04% ($n=199$) reconnaissaient que la prise en charge était tout de même plus facile si la demande émergeait directement du patient. **Parmi les médecins qui abordaient de manière systématique le problème pondéral avec un patient, 98.10% estimaient qu'il fallait le faire même en l'absence de demande, $p<0.01$, 48.42% ne sentaient pas à l'aise dans la prise en charge globale du patient, $p<0.05$.**

Les MG à l'aise dans la prise en charge pondérale du patient abordaient de manière plus systématique le sujet chez un patient non demandeur que les autres (51.18% vs 30.43%, $p<0.05$).

Il n'y avait pas de différence significative entre l'abord systématique de la question du poids chez un patient non demandeur et le genre des médecins, la possession d'un DU, leurs âges, leurs vécus personnels, la satisfaction de leurs propres poids.

Les MG qui avaient essayé de modifier leurs poids et ayant trouvé cela difficile ressentait plus de difficultés que les autres pour aborder le problème pondéral (21% versus 11.19%, $p<0.05$).

Il n'y avait pas de lien significatif retrouvé entre le vécu du médecin par rapport au poids, la pratique (mesure de taille, pesée, calcul de l'IMC) et la difficulté ressentie pour aborder le problème pondéral. Il n'y avait pas non plus de lien significatif entre la pratique des MG (pesée, mesure de taille et périmètre abdominal, calcul de l'IMC) et l'abord du problème pondéral chez un patient non demandeur.

Parmi les médecins ayant un DU médecine du sport, 88.24% pensaient qu'il fallait aborder le problème pondéral même si la demande n'émergeait pas du patient versus 98.91% des MG sans ce DU, $p<0.001$. Il n'y avait pas de différence significative retrouvée entre le sexe des MG, le vécu personnel, le fait d'avoir personnellement essayé de modifier son poids et trouvé cela difficile ou l'âge concernant l'abord du problème pondéral en l'absence de demande émergeant du patient.

4.2. Appréhension de la réaction du patient

Cinquante-six (23.93%) des MG appréhendaient la réaction du patient lorsqu'ils abordaient le problème pondéral et que celui-ci était non demandeur. Les **MG ayant essayé de modifier leurs poids et ayant trouvé cela difficile appréhendaient plus la réaction du patient que les autres (34% versus 16.42%, $p<0.01$).**

Treize MG (5.56%) avaient systématiquement ou souvent froissé un patient en abordant ce sujet. **Même si les MG appréhendaient la réaction du patient, seulement 14.29%(n=8) d'entre eux avaient déjà froissé un patient versus 85.71% (n=48) $p<0.01$; 83.93% (n=47) pensaient que leurs expériences personnelles (leur propre vécu par rapport au poids) pouvait influencer leurs prises en charge, $p<0.01$.** Il n'y avait pas de différence significative entre le genre, l'âge des MG et l'appréhension de la réaction du patient.

Parmi les médecins possédant un DU pédiatrie, 44.44% appréhendaient la réaction du patient en abordant le problème pondéral chez un patient non demandeur, versus 22.22% des MG ne possédant pas ce DU, $p<0.05$.

4.3. Prise en charge globale du patient

Cent-dix neuf (50.85%) MG ne se sentaient pas à l'aise dans la prise en charge globale d'un patient présentant un problème pondéral. **Parmi les MG abordant facilement le problème pondéral avec un patient, 46.97% (n=93) n'étaient pas à l'aise dans la prise en charge globale du patient vs 53.03%(n=105), $p<0.01$.**

Les MG insatisfaits de leurs poids se sentaient moins à l'aise dans la prise en charge du patient que ceux satisfaits de leurs poids 62.65% vs 44.37%, $p<0.01$.

Les MG ayant essayé de modifier leurs poids avec difficulté étaient moins à l'aise que les autres dans la prise en charge globale du patient (58% vs 45.52%, $p<0.05$). Il n'y avait pas de différence significative entre la prise en charge globale des patients et l'âge, le sexe et le vécu personnel des MG.

5. Les médecins généralistes et leurs rapports personnels au poids

5.1. Poids des médecins

Cinquante-neuf (25.21%) MG se considéraient en surpoids ou obèses, 5 n'ont pas voulu répondre à cette question. **Parmi les médecins se considérant en surpoids ou obèses, 64.41% avait plus de 50 ans, $p<0.05$, 84.75% étaient insatisfaits de leurs poids, $p<0.001$.**

Soixante-six (28.21%) MG prétendaient avoir un $IMC>25\text{kg/m}^2$, 20 médecins interrogés n'ont pas voulu répondre à cette question (par choix ou par méconnaissance de la réponse). **Parmi les médecins qui avaient un $IMC>25\text{kg/M}^2$, 72.73% étaient des hommes versus 27.27% des femmes, $p<0.01$, 65.15% avaient plus de 50 ans, $p<0.01$, 75.76% se disaient insatisfaits de leurs poids, $p<0.0001$.**

Quatre-vingt trois (35.47%) MG étaient insatisfaits de leurs poids, **les ruraux moins souvent que les autres (28.24% vs 39.6%, $p<0.05$).**

Les MG possédant un DU médecine du sport étaient moins satisfaits de leurs poids que les autres (52.94% vs 67.76%, $p<0.05$) et se considéraient plus souvent en surpoids ou obèses (37.50% vs 22.65%, $p<0.05$).

Cent quatre-vingt quatre MG (63%) se pesaient régulièrement (au moins une fois par trimestre), ce qui est le reflet du pourcentage de médecins pesant régulièrement leurs patients.

Cent quatre-vingt neuf MG (80.77%) pratiquaient une activité physique, régulière (au moins une fois par semaine) pour cent-soixante deux (69.23%). **Les MG hommes pratiquaient plus fréquemment une activité physique que les femmes, 85.21% versus 73.91%, $p<0.05$.**

Les MG ayant un $IMC>25\text{kg}/\text{m}^2$ estimaient moins souvent que les autres que la surcharge pondérale des patients était toujours ou souvent due à un manque de volonté, 20.66% vs 79.34%, $p<0.05$.

Il n'y avait pas de différence significative entre les médecins possédant un DU médecine du sport, nutrition, pédiatrie et le fait d'avoir personnellement essayé de perdre/prendre du poids ou de pratiquer plus fréquemment du sport ou le ressenti personnel vis-à-vis du poids. Il n'y avait pas de différence significative entre le genre des médecins et la satisfaction de leurs poids ou le fait d'avoir essayé de modifier leurs poids. Il n'y avait pas de lien significatif entre l'IMC des MG, leurs satisfactions ou non du poids et la fréquence de l'activité sportive. Il n'y a pas eu de lien significatif retrouvé entre le poids personnel des médecins, l'abord systématique du problème pondéral d'un patient non demandeur et la pratique des MG (fréquence des pesées des patients, mesure de taille, mesure du périmètre abdominal et calcul de l'IMC, utilisation des courbes de poids).

5.2. Difficultés pour modifier le poids

Cent quarante et un (60.26%) MG avaient essayé de perdre/prendre du poids, cent (42.74%) avaient trouvé cela difficile. **Les MG exerçant en milieu semi-urbain avaient eu moins de difficulté que les MG des autres milieux : 38.36% versus 52%, $p<0.05$.**

Les MG actuellement insatisfaits de leurs poids avaient eu plus de difficultés que les autres pour perdre/prendre du poids : 71.08% vs 28,92%, $p<0.001$.

5.3. Influence du poids des médecins généralistes sur la prise en charge des patients

La majorité des MG ayant essayé de modifier leur poids et ayant trouvé cela difficile pensait que leurs vécus pourraient influencer leurs regards vis-à-vis d'un patient ayant le même problème, 88% vs 12%, $p<0.0001$.

Pour cent soixante-quatorze (74.36%) des médecins interrogés, leurs vécu, leurs expériences personnelles par rapport au poids pourraient influencer leurs regards, leurs prise en charge vis-à-vis d'un patient dépisté : **89.83% des MG se considérant en surpoids ou obèses et 69.41% des MG se considérant « normaux » ou maigres le pensaient, $p<0.0001$.** Il n'y avait pas de différence significative retrouvée entre la pratique des MG pour le dépistage des problèmes pondéraux (fréquence des pesées, calcul de l'IMC, mesure de la taille) et leurs prises en charge personnelles pondérales (maintien d'un poids stable, entretien physique).

Quels que soient leurs IMC, les médecins interrogés assuraient que leurs expériences personnelles pouvaient influencer leur regard vis-à-vis d'un patient présentant lui-même un trouble de l'équilibre pondéral : **70.27% des MG ayant un $IMC<25\text{kg/m}^2$ le pensaient et 86.36% des médecins ayant un $IMC>25\text{kg/m}^2$ le pensaient, $p<0.01$. 65.88% des MG exerçant en milieu rural le pensaient ($p<0.05$), 70.44% des MG en milieu semi-rural le pensaient, $p<0.05$;** concernant le milieu urbain, les résultats n'étaient pas significatifs.

DISCUSSION

L'abord des troubles de l'équilibre pondéral est un sujet quotidien, qui peut se poser pour chaque patient présentant un $IMC < 18.5$ ou $> 25 \text{ kg/m}^2$ vu en consultation de médecine générale.

Cette étude a montré que les MG dépistaient une insuffisance ou un excès pondéral par le suivi régulier de marqueurs anthropométriques (pesée, taille, calcul de l'IMC) des patients, la mesure du périmètre abdominal (PA) semblait peu utilisée. Le pourcentage d'intervention des MG était significativement lié à la présence de comorbidité et croissait selon l'IMC des patients. Les juniors et les femmes médecins semblaient plus sensibilisés au problème de poids, cela se révélait par une différence significative dans leurs pratiques objectives pour dépister un problème pondéral (calcul IMC, connaissance des valeurs de l'IMC, taux d'intervention selon l'IMC des patients). On remarquait également une différence significative de pratique dans l'exploration de la prise ou perte de poids (recherche de facteurs favorisants) entre les seniors et les juniors. Les MG reconnaissaient le rôle préventif qu'ils jouaient dans le dépistage précoce des problèmes pondéraux, ce qui les poussait à aborder le sujet même en l'absence de demande du patient. Ils éprouvaient des difficultés pour aborder ce sujet et assurer une prise en charge adéquate. Leurs rapports personnels au poids influençaient de manière significative la prise en charge globale de leurs patients.

L'échantillon de notre étude peut être considéré comme représentatif des MG libéraux exerçant en Maine et Loire en raison d'un bon taux de retour des questionnaires et de la concordance de leurs caractéristiques générales avec celles connues au niveau régional (7). Une majorité de femmes médecins ayant moins de 50 ans et une majorité d'hommes médecins de plus de 50 ans ont répondu aux questionnaires. On remarque une féminisation de la jeune génération, plus de 60% des femmes MG ont moins de 45ans en Pays de la Loire (7). Les milieux rural, semi-urbain et urbain sont bien représentés avec un taux de réponses équilibré entre les trois. La prévalence rapportée des patients en surpoids ou obèses suivis par les MG de cette étude est proche de celle constatée au niveau régional. La prévalence de l'obésité de l'adulte de plus de 18 ans dans les Pays-de-la-Loire est évaluée à 11,8% (1), la prévalence du surpoids des jeunes adultes 15-25 ans est estimée à 12% (8). Dans cette étude, la prévalence des patients suivis pour une insuffisance pondérale est faible, avec une fréquence plus importante en milieu urbain. En France, la prévalence des adultes âgés de 18-29 ans en situation de maigreur est de 11,2% (9). La maigreur n'est pas synonyme de TCA mais témoigne de l'existence

de sujets potentiellement à risque. Le rôle de repérage précoce d'une insuffisance pondérale par les MG est donc nécessaire, surtout à l'adolescence.

Dans cette étude, l'anonymat des réponses pouvait atténuer l'effet d'un biais de désirabilité, les MG répondant aux questionnaires étant probablement déjà sensibilisés et intéressés par ce sujet, de plus certaines questions explorant la corpulence des médecins pouvaient paraître intrusive. On pouvait également noter un biais d'interprétation pour la question recherchant à évaluer le niveau d'intervention des MG selon l'IMC du patient, la question ne semblait pas toujours être bien comprise par les médecins interrogés, cependant la notion d'intervention était volontairement imprécise car elle pouvait sous-entendre la prescription d'exams complémentaires : biologie, électrocardiogramme ou l'orientation vers un autre professionnel de santé (diététicienne, endocrinologue...), l'objectif étant de savoir si le médecin, quelque soit le niveau d'intervention, se manifestait ou non face à un patient présentant un trouble de l'équilibre pondéral.

Les MG de Maine-et-Loire étaient sensibilisés au dépistage des problèmes pondéraux. Leurs pratiques (fréquence et suivi des pesées, mesure taille, calcul de l'IMC) étaient conformes aux recommandations de l'HAS sur la prise en charge médicale du surpoids, de l'obésité (10) et de l'anorexie mentale (4). Dans cette étude, les MG connaissaient les valeurs seuils des IMC leur permettant de prévenir les risque cardio-vasculaires encourus chez les patients présentant un $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ (1). Plusieurs études ont pourtant montré que le PA était un marqueur plus prédictif du risque cardio-vasculaire que l'IMC (11), (12). C'est un bon indicateur de la répartition de la masse grasse viscérale qui est prédictive du risque cardio vasculaire et c'est un des critères utilisés pour diagnostiquer un syndrome métabolique (13). Dans cette étude, la mesure du PA, qui est pourtant facilement réalisable au cabinet, ne semble pas être un outil utilisé. Cet état des lieux a également été constaté dans une autre enquête auprès de MG évaluant l'obésité en région PACA (14).

De nombreuses études ont montré une relation significative entre l'IMC et le risque de morbi-mortalité (15), (16), ce qui peut expliquer que dans notre étude le pourcentage d'intervention des MG croissait significativement selon l'IMC (à partir d'un $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) et selon la présence de comorbidités (lorsque $IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$ ou $> 25 \text{ kg/m}^2$). De manière significative, plus de la moitié des MG qui pesaient fréquemment leurs patients (assurant donc un suivi régulier) et qui abordaient systématiquement le problème pondéral chez un patient non demandeur, n'intervenait pas lorsque le patient était en surpoids sans comorbidité. En effet le

surpoids n'est pas pathologique lorsque le tour de taille est normal et que le patient ne présente pas de comorbidité (10), l'objectif sera simplement de maintenir un poids stable. Rappelons que l'IMC est avant tout une donnée épidémiologique, c'est-à-dire qu'il n'est en aucun cas une mesure précise de la masse grasse, ce qui sous-entend de larges variations de composition corporelle entre individus pour un même IMC.

On notait une différence significative de pratique entre les MG. Les juniors représentés en majorité par les femmes de moins de 50 ans, semblaient plus sensibilisés au dépistage du surpoids et de l'obésité. Cela se révélait significativement par une meilleure connaissance des définitions du surpoids et de l'obésité, par un calcul de l'IMC plus régulier et par un pourcentage d'intervention selon l'IMC des patients plus important que les MG seniors (majoritairement des hommes de plus de 50 ans). La nouvelle génération de médecins serait-elle plus sensibilisée par les problèmes pondéraux ? Une enquête française évaluant les pratiques des MG en matière d'éducation nutritionnelle a montré que les femmes médecins, de moins de 45 ans étaient les plus intéressées et avaient une meilleure connaissance des guides nutritionnels (17). Ceci pourrait s'expliquer par les politiques nutritionnelles mises en place ces dernières années comme le PNNS 2011-2015 (3) , qui souligne la prévention et la prise en charge de la surcharge pondérale et de la dénutrition , le PO 2010-2013 (2) ou le programme VIF mis en place en 2004 pour prévenir le surpoids et l'obésité infantile (18): des stratégies de prévention au travers de la communication, l'information, l'éducation mais aussi de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation.

Dans cette étude, la possession d'un DU médecine préventive de l'enfant ou médecine du sport semblerait avoir un impact sur la pratique de dépistage des MG. L'HAS recommande de dépister le surpoids et l'obésité infantile par le calcul de l'IMC et le report de sa valeur sur les courbes de poids (19). Les courbes de corpulence sont également un outil pour amorcer le dialogue avec la famille et l'enfant (20). Ce qui pourrait expliquer, que dans cette étude, les MG possédant un DU médecine préventive de l'enfant (représentés par plus de 70% de femmes de moins de 50 ans) calculaient significativement plus l'IMC des patients adultes que les autres MG. Cependant ils appréhendaient, de manière significative, deux fois plus la réaction du patient dans l'abord du problème pondéral. Dans cette étude, les MG possédant un DU médecine du sport (90% des hommes de plus de 50 ans) abordaient significativement moins souvent le problème pondéral en l'absence de demande, probablement parce qu'ils étaient plus souvent confrontés à une patientèle sportive, contrôlant son poids. Ils éprouaient significativement plus de difficultés pour aborder le problème pondéral que les autres MG et étaient plus insatisfaits de leurs poids, se considérant davantage en surpoids ou obèse. Ce constat peut soit s'expliquer par

la constitution de l'échantillon: les MG en surpoids ou obèses étaient majoritairement des hommes de plus de 50 ans et insatisfaits de leurs poids, $p < 0.05$, soit parce qu'ils ont une représentation du poids différente des autres MG, en lien avec leur spécialité. Les MG détenant un DU médecine du sport seraient-ils plus exigeants en termes de performance physique, de contrôle du poids? Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude attestant cette hypothèse.

Quelque soit leurs milieux d'exercices, il n'a pas été retrouvé, dans notre étude, de différence significative de pratique entre les MG. Il n'y avait pas non plus de différence significative dans les arguments et attitudes adoptés pour aborder le problème pondéral avec un patient non demandeur. Une enquête récente menée auprès de MG exerçant en milieu rural, la Meuse, a elle aussi souligné l'intérêt que portaient les MG au dépistage de l'excès pondéral (21).

L'HAS souligne qu'« il est recommandé de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement le surpoids et l'obésité chez les patients consultant en médecine générale » (10). Elle insiste sur la place de recours du MG dans le cadre de la prévention, du dépistage, de la prise en charge initiale et du suivi des patients. Dans cette étude 77.35% des MG abordaient systématiquement la question du poids chez un patient non demandeur. Les arguments principaux étaient le rôle joué par le médecin traitant de prévenir l'apparition de FRCV, d'assurer une prise en charge globale du patient (au-delà du motif de consultation évoqué) et de rechercher des comorbidités associées. Malgré l'intérêt des MG porté sur le dépistage, un sentiment d'inefficacité ressortait de cette étude : 46.97% vs 53.03% des médecins abordant systématiquement le problème pondéral avec un patient n'était pas à l'aise dans leurs prises en charge, cette notion est retrouvée dans l'enquête sur la prise en charge de l'obésité dans la région PACA où 79% des MG affirment qu'il est de leur ressort de prendre en charge ces patients mais que 57.5% à 65.5% se sentent inefficaces. Ce sentiment est retrouvé dans d'autres études (22), (23), (24). Dans cette étude, les MG n'abordant pas systématiquement le problème du poids, évoquaient la notion d'impuissance, de manque de temps, de priorisation de la demande et de peur de heurter le patient ; ces difficultés sont similaires à celles relatées dans la littérature(14), (17), (25), (26).

Les MG reconnaissaient qu'il était difficile pour eux, comme pour leurs patients, de modifier leurs poids. Cependant, ils semblaient attribuer à l'excès pondéral un rôle prédominant aux facteurs « contrôlables »,

responsabilisant le patient de son état de santé. Plus de la moitié pensaient que l'excès pondéral était lié à un manque de volonté, une fainéantise du patient engendrant alors une alimentation déséquilibrée et une sédentarité_la part génétique n'étant pas un facteur prédisposant majeur, notion retrouvée dans plusieurs études (22), (25).

Certains comportements adoptés par les MG pour aborder le problème du poids pourraient traduire leurs représentations du surpoids et de l'obésité. De manière significative, les MG qui soulignaient la prise de poids de leurs patients par un simple hochement de tête ou une remontrance (attitude paternaliste) ou ayant fréquemment froissé un patient, justifiaient plus souvent la prise de poids pour un manque de volonté et une sédentarité. Une étude qualitative française a montré que lorsque le surpoids avait été abordé par le MT, l'approche avait souvent été vécue comme maladroite, parfois blessante (26). La conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité rappelle aux professionnels de santé leur rôle de dépistage précoce et de prise en charge mais, surtout d'éviter toute stigmatisation ou toute survalorisation des personnes obèses, à tout âge (22). Les personnes en excès pondéral sont malheureusement l'objet de discriminations dans différents domaines de la vie (emploi, santé et relation avec autrui), notamment les personnes obèses (28). Les médecins, au même titre que la population, seraient donc eux-aussi discriminants. La représentation négative des personnes en excès pondéral perçues comme « paresseuse, moins attrayantes, non compliantes » par les MG a été constatée dans d'autres études (14) (22), (29). Cet état d'esprit peut expliquer la difficulté à aborder le problème pondéral avec un patient non demandeur et assurer une prise en charge efficace

Dans cette étude, la prévalence des MG en excès pondéral est représentative de la population en Pays de la Loire (1), 25.21% se considérant en surpoids ou obèses tout âge confondu, 64.41% avaient plus de 50 ans. Les MG sont personnellement concernés par les problèmes de poids, la moitié reconnaissent avoir eu des difficultés à perdre/prendre du poids. Le maintien d'une activité physique régulière semblait être adopté par la quasi-totalité des MG de cette étude. Il n'y avait pas de lien significatif retrouvé entre la pratique d'une activité physique régulière et la prise en charge objective des patients (fréquence des pesées, calcul IMC, niveau d'intervention selon l'IMC). Cependant de nombreuses études ont montré un lien entre les médecins pratiquant régulièrement une activité physique et leurs pratiques auprès des patients. Ils optimisent et encouragent davantage la pratique d'une activité sportive (30). Dans notre étude, le pourcentage de MG se pesant régulièrement était similaire au pourcentage de médecins pesant régulièrement leurs patients. L'hygiène de vie personnelle des médecins aurait-elle un impact sur la prise en charge pondérale des patients ? On peut penser

que oui, comme le souligne une étude récente montrant que l'hygiène de vie des professionnels de santé pouvait influencer leurs pratiques cliniques (31). L'image du médecin « modèle », devant conserver un poids « normal », est présente chez les médecins (14), (32) comme chez les patients. Une étude qualitative auprès de patients obèses et en surpoids, a montré que les professionnels de santé qui ont une hygiène de vie saine paraissent plus crédibles et sont plus efficaces pour motiver leurs patients (33). Une autre étude a montré que les médecins obèses ou en surpoids étaient discriminés, la perception négative de leurs poids par les patients pouvant affecter leurs confiances et leurs compliances à la prise en charge proposée (34). Dans cette étude, il n'y a pas eu de lien significatif retrouvé entre l'IMC des médecins et le dépistage des patients (pratique objective), cependant des études ont montré que les médecins ayant un poids normal étaient plus confiants dans leurs pratiques et dans leurs prises en charge des problèmes pondéraux. Ils comprenaient moins les difficultés rencontrées par les patients pour perdre du poids et étaient plus exigeant dans les résultats attendus. Les médecins, en excès pondéral, avaient une perception moins négative de leurs patients (35). Dans notre étude, la représentation du poids est différente selon la morphologie du médecin, elle montre de manière significative que les MG en surpoids pensent moins souvent que les autres que l'origine de la surcharge pondérale est secondaire à un manque de volonté. Une étude américaine a montré que les médecins obèses imputaient plus volontiers une origine génétique à l'obésité que les médecins ayant un IMC normal (22). Notre étude montrait de manière significative que les médecins insatisfaits de leurs poids ou ayant eu des difficultés personnelles pour modifier leurs poids, se sentaient moins à l'aise dans la prise en charge des patients. Ce sentiment d'inefficacité est retrouvé dans l'étude américaine qui démontre que les médecins ayant un IMC normal engageaient plus la discussion autour du poids avec les patients que les médecins en surpoids ou obèses. Les médecins avec un IMC normal étaient plus confiants pour délivrer des conseils diététiques et de pratique d'activité physique (32). Une étude qualitative française a montré qu'ils étaient plus tolérants au vu de l'IMC de leurs patients lorsqu'ils avaient eux-mêmes un IMC élevé (26). Dans notre étude, quel que soit l'IMC des MG interrogés, la grande majorité pensait que leurs expériences personnelles relatives au poids, leurs vécus, pouvaient influencer la prise en charge de leurs patients, notamment pour les médecins en surpoids ou obèses.

Cette étude a montré que les MG s'attachaient à dépister les problèmes pondéraux, au travers de marqueurs anthropométriques. Ce dépistage chiffré ne ferait-il pas écho à une société trop normative dont la référence reste la minceur, voir la maigreur ? Les MG disaient être peu confrontés aux problèmes d'insuffisance

pondérale, la maigreur serait-elle plus tolérée ? La France est un pays où la maigreur est valorisée (36). Ce qui peut expliquer les représentations négatives des sujets en excès pondéral, par les médecins et par les patients eux-mêmes. L'étude INCA 2 a montré que les sources d'information les plus consultées sur l'alimentation et la nutrition par les adultes de 18 à 79 ans étaient les magazines, les journaux puis la radio et la télévision ; les médecins et diététiciennes étant des sources placées en dernière position (37). Les médias, la mode et la société entretiennent une préoccupation excessive du poids, poussant certaines personnes, notamment les jeunes et les femmes à vouloir maigrir alors que leur IMC est normal, voire bas. Depuis le mois de mars 2016, apparaît sur Twitter la dernière mode venue de Chine : la projection de jeunes femmes, souriantes, affichant fièrement au niveau de leurs hanches une feuille de format A4, où rien ne dépasse, sous-entendant que leurs tailles sont inférieures à 21 cm. L'image du contrôle de son corps est mise au défi sur les réseaux sociaux du monde entier.

Face la pression d'une société normative, les médecins se doivent d'adopter une attitude professionnelle et neutre, afin de proposer une prise en charge adéquate à chaque patient.

CONCLUSION

Les MG reconnaissent le rôle déterminant qu'ils jouent dans le dépistage des problèmes pondéraux tel que le surpoids, l'obésité ou l'insuffisance pondérale ; la majorité aborde donc le problème pondéral avec un patient, même en l'absence de demande. Les modalités de repérage s'effectuent au travers de mesures régulières de marqueurs anthropométriques, ce qui permet également au patient de réaliser, de manière objective, la perte ou la prise de poids. La décision d'intervention des MG est corrélée de manière significative aux valeurs croissantes de l'IMC (à partir d'un $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$). L'exploration d'un trouble de l'équilibre pondéral s'effectue au travers de l'analyse de l'histoire pondérale du patient, de son niveau d'activité physique, de son alimentation et du contexte psychologique. Les représentations du poids et le vécu des MG semblent influencer leurs prises en charge. Il leur arrive en effet d'éprouver des difficultés pour aborder le problème pondéral et assurer une prise en charge globale du patient. Une meilleure formation, en termes de prise en charge diététique, pourrait les aider à se sentir en confiance et faciliter ce dépistage.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- INSERM/KATAR HEALTH/ROCHE, ObEpi enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ; 2012 [en ligne] http://www.roche.fr/content/dam/roche/france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf [page consultée le 22/04/2016]
- 2- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan obésité 2010-2013 [en ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf [page consultée le 22/04/2016]
- 3- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme National nutrition santé 2011-2015[en ligne] <http://www.mangerbouger.fr/pro/le-pnns/pnns-en-detail/connaitre-le-pnns/le-pnns-2011-2015> [page consultée le 22/04/2016]
- 4- HAS. Recommandations- Anorexie mentale : prise en charge ; juin 2010 [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf [page consultée le 22/04/2016]
- 5- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1; 61(3): 348-358.
- 6- Pamel K. Keel, PhD; David J. Dorer, PhD; Kamryn T. Eddy, BA; Debra Franko, PhD; Dana L. Charatan, BA; David B. Herzog, MD. Predictors of Mortality in Eating Disorders, *JAMA Psychiatry* 2003 Feb 1;Vol. 60, n°2.
- 7- Conseil national de l'Ordre des médecins. Atlas régionaux de démographie médicale 2015 [en ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_pays_de_la_loire_2015.pdf [page consultée le 22/04/2016].
- 8- ORS Pays de la Loire. Surpoids et obésité, activités physiques et sédentaires. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010 [en ligne] http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/BSJ/2010bsjpdf_surpoids_sept2012.pdf [page consultée le 22/04/2016]
- 9- Institut de veille sanitaire. Etude Nationale Nutrition Santé, ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du PNNS;74 p.
- 10- HAS surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours ; 2011 [en ligne] http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201303/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_bilan_initial_d_un_exces_de_poids.pdf. [page consultée le 22/04/2016]
- 11- Zhu S.Wang Z, Heshka S, Heo M, Faith MS, Heymsfield SB. Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the Third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. *Am J Clin Nutr* 2002;76:743-9
- 12- Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Waits circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *AM J Clin Nutr* 2004;79:379-84
- 13- TS S Han, MEJ Lean .A clinical perspective of obesity, metabolic syndrome and cardiovascular disease. *JRSM Cardiovascular Disease*, 2016 January, vol. 5
- 14- Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and obesity : knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obesity* 2005;13(4):787-95.
- 15- Berrington de Gonzalez A., Hartge P., Cerhan J.R., Flint A.J., Hannan L., MacInnis R.J., et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *N Engl J Med* 2010;363:2211-2219
- 16- Katherine M. Flegal, PhD; Brian K. Kit, MD; Heather Orpana, PhD; Barry I. Graubard, PhD .Association of All-Cause Mortality With Overweight and Obesity Using Standard Body Mass Index Categories A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2013;309(1):71-82
- 17- ORS Rhône-Alpes. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. Février 2004. [en ligne] http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf [Page consultée le 22/04/2016]

- 18- Programme Vivons en forme. Rapport annuel 2013. [en ligne] <http://www.vivons-en-forme.org/sources/index-9.html> [page consultée le 22/04/2016].
- 19- HAS Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent, Septembre 2011 [en ligne] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011> [page consultée le 22/04/2016]
- 20- Inpes Evaluer et suivre la corpulence des enfants, 2011. [en ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/imc/docimcenf.pdf> [page consultée le 22/04/2016]
- 21- S. Helas-Lubraniecki, O. Ziegler, P. Jan. Prise en charge de l'excès pondéral de l'adulte : enquête auprès des médecins généralistes de Meuse. Nutrition Clinique et Métabolisme 2016, vol 28 ; p 135
- 22- Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RA, Allison DB, et al. Primary care physicians'attitudes about obesity and treatment. Obes Res 2003 ;11(10) :1168-77
- 23- Lehr-Drylewicz AM, Renoux C, Savan L, Lebeau JP. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible? Exercer 2010 ;94 :132-7
- 24- Fayemendy P, Jesus P, POuchard L, Desport JC. Difficultés rencontrées par les MG du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. Cah Nutr Diet 2015 ;50(3) :131-41
- 25- Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. Cah Nutr Diet 2013 ;48 :98-103
- 26- Guérin R, Lasserre E, Moreau A, Guioux A, Le Goaziou MF, Laville M, Letrilliart L. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. Exercer 2008 ;84 :135-41
- 27- Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité. 16 nov 2006. [en ligne] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/87458/E89568.pdf?ua=1 [page consultée le 22/04/2016]
- 28- Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. Obes Rev. 2016 Jan;17(1):43-55
- 29- Thuan JF, Avignon A. Obesity management : attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. Int J Obes (Lond)2005 ;29(9) :1100-6
- 30- Fei S, Norman IJ, While A. The relationship between physicians'and nurses'personal physical activity habits and their health promotion practice : a systematic review. Health Edu.J. 2013;72 :102-119.
- 31- Alison E.While. Promoting healthy behaviours – do we need to practice what we preach? London J Prim Care. 2015 Nov 2; 7(6): 112–114.
- 32- S N.Bleich, W L.Bennett, K. A.Gudzune, L A.Cooper.Impact of phsisian BMI on obesity care ans beliefs. Obes Res. 2102 May; vol 20, issue 5: 999–1005
- 33- Leske S, Strodl E, Hou XY. Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults. Patient Edu. Couns.2012 ; 89 :309-315
- 34- Puhl RM, Gold JA, Luedicke J, et al. The effect of physicians'body weight on patient attitudes : implications for physician selection, trust and adherence to medical advice. Int.J.Obes.2013 ;19 :1-7
- 35- Zhu D, Norman IJ, While A. The relationship between health professionals'weight status and attitudes towards weight management : a systematic review.Obes.Rev.2011 ;12 :501 e324-e337
- 36- De Saint Pol T. Surpoids, normes et jugements en matière de poids : comparaison européennes. Population et sociétés.INED ;2009.p455
- 37- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. Synthèse de l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2006-2007(INCA2), septembre 2009. [en ligne]: <https://www.anses.fr/fr/system/files/PASER-Ra-INCA2.pdf>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pratique des médecins généralistes.....	9
Figure 2 : Fréquence d'intervention des médecins généralistes selon l'IMC des patients	10

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Pourcentage de médecins généralistes intervenant selon l'IMC des patients 11

Tableau II : L'abord du problème pondéral avec un patient non demandeur par les médecins généralistes 12

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	5
RÉSULTATS	8
1. Caractéristiques de l'échantillon	8
2. Modalités de dépistage des problèmes pondéraux.....	9
2.1. Pratique des médecins généralistes	9
2.2. Définitions : surpoids/obésité/insuffisance pondérale	10
2.3. A partir de quel IMC les médecins généralistes pensaient devoir intervenir ?	10
2.4. Prévalence	12
3. L'abord du problème pondéral	12
3.1. Arguments pour aborder un problème pondéral en l'absence de demande.....	12
3.2. Attitude/comportement des médecins généralistes pour aborder un problème pondéral	13
3.3. Exploration de la prise ou perte de poids.....	14
3.4. Représentations et ressentis des médecins généralistes.....	15
4. Difficultés ressenties dans l'annonce d'un problème pondéral et dans sa prise en charge .	16
4.1. Difficultés rencontrées pour aborder le problème pondéral	16
4.2. Appréhension de la réaction du patient	17
4.3. Prise en charge globale du patient.....	18
5. Les médecins généralistes et leurs rapports personnels au poids	18
5.1. Poids des médecins.....	18
5.2. Difficultés pour modifier le poids	19
5.3. Influence du poids des médecins généralistes sur la prise en charge des patients	20
DISCUSSION	21
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29
LISTE DES FIGURES	31
LISTE DES TABLEAUX	32
TABLE DES MATIERES	33
ANNEXES.....	34

Annexe 1 : Sites internet référençant les adresses professionnelles des médecins généralistes de Maine-et-Loire

Annexe 2 : Feuille de présentation envoyée aux médecins généralistes de Maine-et-Loire

Annexe3 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes de Maine-et-Loire

Annexe 4 : Impact des DU médecine du sport, nutrition/diététique et médecine préventive de l'enfant sur la prise en charge d'un patient présentant un trouble de l'équilibre pondéral

Annexe 5 : Centralisation des questions à visée statistique

RESUME.....45

ANNEXES

Annexe 1

Sites internet référençant les adresses professionnelles des MG libéraux exerçant en Maine-et-Loire (constitution de l'échantillon) :

[en ligne] : <http://www.pagesjaunes.fr/activites/medecin-generaliste.html>

[en ligne]: <http://www.professionnels-sante.fr/>

[en ligne] : <https://www.le-guide-sante.org/>

Annexe 2 : Feuille de présentation envoyée aux médecins généralistes de Maine-et-Loire

Madame, Monsieur

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je me permets de vous solliciter pour répondre à un questionnaire anonyme, qui ne vous prendra que quelques minutes.

L'objectif de ma thèse est d'établir un état des lieux des pratiques de dépistage des problèmes pondéraux chez les patients de 18 à 60 ans, d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour aborder la question du poids chez un patient non demandeur.

Il s'agit d'une enquête auprès des médecins généralistes exerçant en Maine-et-Loire

Merci de votre précieuse participation.

Si possible, réponse souhaitée sous 15 -21 jours.

Anne-Laure AUBRY, interne en médecine générale à la faculté d'Angers, 6^{ème} semestre

5 cour du rocher

49100 Angers

Directeur de thèse : Pr Eric Cailliez, enseignant au département de médecine générale.

Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes de Maine-et-Loire.

Votre pratique

Questionnaire concernant les patients de 18 à 60 ans. Une réponse par question. Questionnaire ANONYME.

Q°1 : Quand pesez-vous vos patients ?

- ☐ toujours (à chaque consultation)
- ☐ régulièrement (au moins une fois par trimestre)
- ☐ parfois, lors d'un motif précis de consultation (exemple certificat de sport)
- ☐ plus d'une fois par an
- ☐ rarement

Q°1 bis : Le notez-vous systématiquement dans le dossier ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q°2 : Mesurez-vous régulièrement vos patients ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q°3 : Mesurez-vous le périmètre abdominal de vos patients ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q°4 : Calculez-vous systématiquement l'IMC de votre patient lorsque vous le pesez ? (calcul manuel ou informatiquement) :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q°5 : Selon-vous, à partir de quel IMC, un patient est-il en surpoids ?

- ☐ IMC>25kg/m²
- ☐ IMC>30kg/m²
- ☐ IMC>35kg/m²
- ☐ IMC>40Kg/m
- ☐ ne sait pas

Q°6 : A partir de quel IMC un patient est-il obèse ?

- ☐ IMC>25kg/m²
- ☐ IMC>30kg/m²
- ☐ IMC>35kg/m²
- ☐ IMC>40kg/m²
- ☐ ne sait pas

Q°7 : A partir de quel IMC définissez-vous la maigreur ?

- ☐ IMC<16.5 kg/m²
- ☐ IMC<18.5kg/m²

- ☐ IMC<20 kg/m²
- ☐ IMC<25kg/m²
- ☐ ne sait pas

Selon-vous une intervention est-elle justifiée quand :

8a) →IMC<18,5kg/m² sans comorbidité :

- ☐ Oui
- ☐ Non

8b) →IMC<18.5kg/m² avec comorbidités (dénutrition, hypoglycémie...) :

- ☐ Oui
- ☐ Non

8c) →IMC>25 kg/m² sans comorbidité :

- ☐ Oui
- ☐ Non

8d) →IMC>25kg/m² avec comorbidités (HTA, diabète...)

- ☐ Oui
- ☐ Non

8e) →IMC>30 kg/m² sans comorbidité

- ☐ Oui
- ☐ Non

8f) →IMC>30kg/m² avec comorbidités (HTA/diabète...)

- ☐ Oui
- ☐ Non

8g) →IMC>35kg/m² sans comorbidité

- ☐ Oui
- ☐ Non

8h) →IMC>35kg/m² avec comorbidités(Facteurs de risque cardio-vasculaire)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q °9 : Globalement, quel est le pourcentage de patients que vous suivez pour une surcharge pondérale ?

- ☐ <5%
- ☐ entre 5% et 15%
- ☐ entre 15% et 30%
- ☐ entre 30% et 50%
- ☐ >50%

Q°10 : Globalement, quel est le pourcentage de patients que vous suivez pour une insuffisance pondérale ?

- ☐ <5%
- ☐ entre 5% et 15%

- ☐ entre 15% et 30%
- ☐ entre 30% et 50%
- ☐ >50%

L'abord de la question du poids

Q°11 : Abordez-vous la question du poids chez un patient présentant un problème pondéral, sans comorbidité, mais vous consultant pour un autre motif ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

→Si oui pourquoi ?

→Si non pourquoi ?

De manière générale, quelle est votre attitude/ votre comportement pour aborder un problème pondéral chez un patient non demandeur d'une prise en charge et consultant pour un autre motif :

12a) → Aucune remarque mais regard insistant ou hochement de tête lors de la montée sur le pèse-personne :

- ☐ toujours
- ☐ souvent
- ☐ rarement
- ☐ jamais

12b) → Une simple remarque sur le ton de l'humour

- ☐ toujours
- ☐ souvent
- ☐ rarement
- ☐ jamais

12c) → Une remontrance (attitude paternaliste) :

- ☐ toujours
- ☐ souvent
- ☐ rarement
- ☐ jamais

12d) → Mise en garde avec rappel des facteurs de risque :

- ☐ toujours
- ☐ souvent
- ☐ rarement
- ☐ jamais

12e) → Vous relativisez et rassurez le patient :

- ☐ toujours
- ☐ souvent
- ☐ rarement
- ☐ jamais

Q°13 : Afin que votre patient prenne conscience de son problème pondéral : vous servez-vous des courbes de poids ? (visualisation de l'IMC sur une courbe de poids/taille)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Q°14 : Retracer-vous l'histoire pondérale de votre patient (âge de début ? Evènements de vie déclenchant...)

- ☐ toujours
- ☐ souvent
- ☐ rarement
- ☐ jamais

Q°15 : Menez-vous une enquête alimentaire?

- ☐ toujours souvent rarement jamais

Q° 16 : Évaluez-vous l'activité physique de votre patient ?

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais

Q°17 : Évaluez-vous le contexte psychologique ?

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais

Q°18 : Selon-vous, est-ce difficile de perdre ou prendre du poids ?

- ☐ non, aucune difficulté, c'est une question de volonté
☐ moyennement difficile, il suffit de faire des efforts
☐ difficile
☐ très difficile
☐ extrêmement difficile

Selon-vous, qu'est-ce qui peut conduire vos patients à être en surcharge pondérale ?

19a) →un manque d'activité physique (sédentarité)

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais

19b) →une alimentation déséquilibrée :

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais

19c) →une origine génétique :

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais

19d) →un manque de volonté du patient/fainéantise :

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais

Freins : difficultés ressenties dans l'annonce d'un problème pondéral

Q°20 : Trouvez-vous facile d'aborder le sujet du poids chez un patient non demandeur d'une prise en charge?

- ☐ aucune difficulté, très à l'aise avec le sujet
☐ moyennement difficile, cela dépend des patients
☐ difficile
☐ très difficile
☐ extrêmement difficile, donc je n'aborde pas le sujet

Q°21 : Pensez-vous qu'il ne faille aborder le problème du poids que si la demande émerge du patient ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q°22 : Pensez-vous que la prise en charge sera plus facile si la demande émerge du patient ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q°23 : En abordant la question du poids (maigreur/surpoids ou obésité) avec un patient non demandeur d'une prise en charge, appréhendez-vous sa réaction ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q°24 : Vous est-il déjà arrivé de froisser un patient après lui avoir parlé de son problème pondéral alors qu'il consultait pour un autre motif ?

- ☐ toujours ☐ souvent ☐ rarement ☐ jamais

Q°25 : Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge globale (dépistage, suivi...) d'un patient présentant un problème pondéral ?

- ☐ pas du tout à l'aise
☐ moyennement à l'aise
☐ plutôt à l'aise, j'ai l'habitude
☐ très à l'aise, intéressé par ce sujet

Votre formation

Avez-vous une de ces qualifications en plus du DES de médecine générale : DU médecine du sport ?

DU nutrition/diététique ? DU pédiatrie?

26a →DU médecine du sport : ☐ Oui ☐ Non

26b →Du nutrition/diététique : ☐ Oui ☐ Non

26c →Du pédiatrie : ☐ Oui ☐ Non

Q°27 : Pensez-vous que cette formation complémentaire puisse influencer votre pratique dans le dépistage des patients présentant des problèmes pondéraux ?

- ☐ Oui ☐ Non

Vous concernant

Q°28 : Etes-vous :

- ☐ un homme ☐ une femme

Q° 29 : Quel est votre Age ?

- ☐ <30ans
☐ entre 30 et 40 ans
☐ entre 40 et 50 ans
☐ entre 50 et 60 ans
☐ >60 ans

Q° 30: Vous considérez-vous comme :

- ☐ Maigre
☐ Normal
☐ en surpoids
☐ obèse
☐ refuse de répondre

Q°31 : Connaissez-vous votre IMC ?

- ☐ < 18.5 kg/m²
☐ entre 18.5kg/m² et 25kg/m²
☐ entre 25kg/m² et 30 kg/m²
☐ >30kg/m²
☐ ne sait pas
☐ refuse de répondre

Q° 32 : Etes- vous satisfait de votre poids ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q° 33 : à quelle fréquence vous pesez-vous ?

- ☐ Quotidiennement
☐ une fois par mois
☐ tous les 3 mois
☐ une fois/an
☐ jamais
☐ refuse de répondre

Q° 34 : Avez-vous déjà essayé de perdre ou prendre du poids ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q°34 bis : Si oui, cela vous a-t-il paru difficile ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q°35 : Pratiquez-vous une activité physique ou un sport ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q°36 : Si oui à quelle fréquence ?

- ☐ plusieurs fois par semaine
☐ au moins une fois par semaine
☐ seulement pendant les vacances
☐ rarement (une fois/an)
☐ jamais

Q° 37 : Votre expérience personnelle/ votre vécu par rapport à votre poids pourrait-il influencer votre regard vis-à-vis d'un patient présentant un problème pondéral ? (niveau d'exigence, sensibilité...)

- ☐ Oui ☐ Non

Merci beaucoup de votre participation !

Annexe 4 : Impact d'un DU médecine du sport, nutrition/diététique ou médecine préventive de l'enfant sur la prise en charge d'un patient présentant un trouble de l'équilibre pondéral

		DU Médecine du sport	DU Nutrition/diététique	DU Médecine préventive de l'enfant	p
Caractéristiques de la population	Sexe MG	Homme : 90,20%	ns	Femme : 72,22%	p<0,001
	Age MG	> 50 ans : 90,20%	ns	< 50 ans : 77,78%	p<0,001
	Surpoids ou obésité	37,50%	22,65%		p<0,05
	Satisfaction personnelle du poids	52,94%		67,76%	p<0,05
Pratique	Calcul de l'IMC	62,50%		83,33%	p<0,05
	Intervention selon l'IMC <i>IMC > 35kg/m² avec comorbidités</i>	100%	92,90%		p<0,05
Exploration du poids	Histoire pondérale	62,01%	100%	62,01%	p<0,05
	Enquête alimentaire	62,75%	85,79%		p<0,001
Facteurs favorisant l'excès pondéral	Origine génétique	62,75%	37,16%		p<0,001
Difficultés	Difficultés ressenties pour aborder le problème pondéral	25,53%	13,11%		p<0,05
	Abord de la question du poids en absence de demande	88,24%	98,91%		p<0,001
	Appréhension de la réaction du patient	22,22%		44,44%	p<0,05

Annexe 5 : Centralisation des questions réalisée à visée statistique

N° question	Centralisation effectuée
Q1	1 ; 2 => 1 : Ceux qui pèsent toujours ou régulièrement 3 ; 4 ; 5 => 2 : Ceux qui pèsent parfois ou rarement
Q1bis à Q4	
Q5	1 => 1 : IMC > 25 kg/m2 (réponse exacte) 2 ; 3 ; 4 => 2 : IMC > 30kg/m2 5 => 3 : Ne sait pas
Q6	1 ; 3 ; 4 => 2 : IMC > 25kg/m2, IMC > 35kg/m2, IMC > 40kg/m2 2 => 1 : IMC > 30kg/m2 (réponse exacte) 5 => 3 : Ne sait pas
Q7	1 ; 3 ; 4 => 2 : IMC < 16kg/m2, IMC < 20kg/m2, IMC < 25kg/m2 2 => 1 : IMC < 18.5kg/m2 (réponse exacte) 5 => 3 : Ne sait pas
Q8a à h	
Q9	1 ; 2 => 1 : - de 15% 3 => 2 : entre 15 et 30% 4 ; 5 => + de 30%
Q10	1 => 1 : - de 5% 2 ; 3 ; 4 ; 5 => 2 : + de 5%
Q11	
Q12a à e	1 ; 2 => 1 : Souvent 3 ; 4 => 2 : Peu ou pas
Q13	
Q14	1 ; 2 => 1 : Souvent 3 ; 4 => 2 : Peu ou pas
Q15	1 ; 2 => 1 : Souvent 3 ; 4 => 2 : Peu ou pas
Q16	1 ; 2 => 1 : Souvent 3 ; 4 => 2 : Peu ou pas
Q17	1 ; 2 => 1 : Souvent 3 ; 4 => 2 : Peu ou pas
Q18	1 ; 2 => 1 : Peu ou pas difficile 3 ; 4 ; 5 => 2 : Difficile
Q19a à d	1 ; 2 => 1 : Souvent 3 ; 4 => 2 : Peu ou pas
Q20	1 ; 2 => 1 : Peu ou pas difficile 3 ; 4 ; 5 => 2 : Difficile
Q21 à Q23	
Q24	1 ; 2 => 1 : Souvent 3 ; 4 => 2 : Peu ou pas
Q25	1 ; 2 => 1 : Peu ou pas à l'aise 3 ; 4 => 2 : A l'aise
Q26 à Q28	
Q29	1 ; 2 ; 3 => 1 : - de 50 ans 4 ; 5 => 2 : + de 50 ans
Q30	1 ; 2 => 1 : Pas en surpoids 3 ; 4 => 2 : En surpoids ou obèse 5 => 3 : Refuse de répondre
Q31	1 ; 2 => 1 : IMC < 25 3 ; 4 => 2 : IMC > 25 5 ; 6 => 3 : Ne sait pas
Q32	
Q33	1 ; 2 ; 3 => 1 : Souvent 4 ; 5 => 2 : Pas souvent 6 => 3 : refuse de répondre
Q34 à Q35	
Q36	1 ; 2 => 1 : Souvent 3 ; 4 ; 5 => 2 : Pas souvent
Q37 à Q38	

Rôle du médecin généraliste dans le dépistage des patients adultes ayant un trouble de l'équilibre pondéral, sans comorbidité : modalités d'abord du problème pondéral en l'absence de demande.

RÉSUMÉ

Introduction : Les troubles de l'équilibre pondéral tels que le surpoids, l'obésité ou l'insuffisance pondérale peuvent entraîner des comorbidités. Leur prévention est un enjeu de santé publique, qui nécessite un dépistage, dont le médecin généraliste (MG) est l'acteur de premier recours. Quel rôle s'autorise-t-il à jouer en l'absence de demande ? L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques et les modalités de dépistage des MG devant un trouble de l'équilibre pondéral en l'absence de demande du patient. L'objectif secondaire est d'identifier les difficultés rencontrées pour aborder le problème du poids afin de faciliter et d'améliorer ce dépistage.

Méthodes : Etude quantitative, déclarative, transversale, menée auprès de 480 médecins généralistes libéraux exerçant en Maine-et-Loire. Un questionnaire anonyme a été adressé par voie postale, évaluant leurs pratiques pour dépister des troubles de l'équilibre pondéral, les freins rencontrés, leurs représentations du poids.

Résultats : 234 questionnaires ont été traités (48.75%) avec une répartition équilibrée entre le milieu urbain, semi-rural et rural. Plus de 60% des MG dépistaient les problèmes pondéraux par la mesure régulière de marqueurs anthropométriques (pesée, taille, calcul de l'IMC), seulement 23% mesuraient le périmètre abdominal. En l'absence de demande, 77% abordaient le problème pondéral avec le patient. Ils ne se sentaient pas à l'aise dans la prise en charge pour 48%. Le taux d'intervention était significativement corrélé à la présence de comorbidités et à des valeurs croissantes d'IMC (indice de masse corporelle) supérieur à 25. Il y avait une différence significative des pratiques, des modalités d'abord du problème pondéral et des difficultés rencontrées selon l'âge, le genre et les formations complémentaires (DU) des MG. Les représentations du MG sur le poids et son vécu pondéral influençaient de manière significative sa prise en charge.

Conclusion : Les MG sont convaincus du rôle préventif qu'ils doivent jouer dans le dépistage précoce des problèmes pondéraux, ce qui les pousse à aborder le sujet même en l'absence de demande du patient. Ils éprouvent toutefois des difficultés à aborder ce sujet et assurer une prise en charge adéquate.

Mots-clés : médecin généraliste, dépistage, surpoids, obésité, insuffisance pondérale, pratique, difficultés, représentation du poids.

Role of the general practitioner in screening weight balance issue, without co-morbidities, in adult patients: method to approach the weight problem in the absence of request

ABSTRACT

Introduction: Weight balance problems such as overweight, obesity or underweight contribute to creating co-morbidities. It is the GP's duty to detect these health problems that have become a public health issue. What is his role in tackling the issue if the patient does not enquire about it? Firstly, this study aims at evaluating the GP's screening practice and method when facing weight balance issues if the patient does not mention it. The second aim of this study is to identify the challenges encountered to handle weight problems in order to facilitate and improve this screening.

Method: Quantitative, declarative and interdisciplinary survey of 480 general practitioners working in Maine-et-Loire. An anonymous questionnaire has been sent by post, assessing their practice in order to detect weight balance problems, the challenges they encountered and their weight representations.

Results: 234 questionnaires have been dealt with (48.75%) representing a fair distribution between urban, semi rural and rural areas. More than 60% of GP have detected weight problems by regular anthropometric marker (weighing, size, BMI calculation), only 23% measured the waistline. In the absence of request, 77% addressed their patient weight problems. They did not feel uncomfortable in taking care of the issue for 48%. The level of support was significantly related to co-morbidities presence and to increasing BMI (body mass index) values higher than 25. There was a major difference between the GP's practice, methods to approach these weight problems and challenges faced according to their age, gender and further education (UD). The GPs' weight representation and their own weight history substantially influenced their care.

Conclusion: GPs are convinced of the preventive role they have to play in the early detection of weight problems, this is why they tackle the issue even though the patient does not request it. However, at times they find it challenging to talk about this topic and ensure an effective care.

Key words: general practitioner, screening, overweight, obesity, underweight, practice, challenges, weight representation.