

SOMMAIRE

Pratiques de contrôle du poids et implication des médecins généralistes

RESUME	.....page 10
INTRODUCTION	.....page 11
METHODOLOGIE	.....page 12
RESULTATS	..... page 12
<i>La population</i>	.....page 12
<i>Statut « pondéral » de la population</i>	.....page 13
<i>Vécu du statut pondéral de la population</i>	.....page 13
<i>Les tentatives de modification pondérale</i>	.....page 14
<i>Les « régimes » : représentations et utilisations</i>	.....page 15
<i>Les autres moyens utilisés pour maigrir</i>	.....page 16
Pratique de l'activité physique	.....page 16
Les produits pharmaceutiques	.....page 16
Les pratiques comportementales	.....page 17
<i>A qui recourir pour maigrir ?</i>	.....page 17
<i>Place du médecin généraliste</i>	.....page 18
<i>Les freins vis-à-vis du médecin</i>	.....page 18
<i>Les attentes vis-à-vis du médecin</i>	.....page 19

DISCUSSION	page 19
-------------------------	----------------

<i>Lutter contre le culte de la minceur pour prévenir la « préoccupation excessive à l'égard du poids »</i>	<i>page 22</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

<i>Dénoncer les pratiques à risque</i>	<i>page 24</i>
----------------------------------------------	----------------

<i>Poursuivre la lutte contre l'obésité.....</i>	<i>page 24</i>
--------------------------------------------------	----------------

ABREVIATIONS ET DEFINITIONS	page 28
------------------------------------------	----------------

BIBLIOGRAPHIE	page 29
----------------------------	----------------

AUTO-QUESTIONNAIRE	page 30
---------------------------------	----------------

TABLEAUX	page 34
-----------------------	----------------

RESUME

Les françaises entreprennent souvent des régimes et ce, même en l'absence de surpoids (INCA 2). Cette étude quantitative transversale consistait en un état des lieux régional des pratiques d'amaigrissement, mené par auto-questionnaire distribué à 1026 consultants en médecine générale dans les pays de la Loire, du 17 avril au 27 juin 2014. L'objectif secondaire de l'étude était de définir le rôle attribué par les patients au médecin généraliste dans le suivi pondéral. 36% des participants ont fait un régime dernièrement, souvent hyperprotéiné ou Weight Watchers. Ce sont surtout des femmes (84%), de poids normal (30%), qui le font pour l'esthétisme et sans suivi médical (pour 71%). Les participants ont moins recours aux médicaments, jeûne, tabac et vomissements pour maigrir. 22% ne pratiquent aucun sport. Les personnes idéales pour l'aide à la gestion pondérale, citées par ordre décroissant, sont la diététicienne, le nutritionniste, le médecin traitant et le conjoint. Les ¼ de la population estiment que le suivi pondéral fait partie des fonctions des généralistes. Pourtant, 62% ne parlent pas de leur poids à leur médecin. 39% attendent de lui la sollicitation spontanée de la question du poids. Les principaux freins invoqués au suivi pondéral par le généraliste sont la difficulté d'un suivi régulier et des consultations trop courtes. Les régimes étant dangereux pour la santé (ANSES 2010), il s'avère primordial, pour la société, de lutter contre le culte de la minceur qui engendre une « préoccupation excessive à l'égard du poids »; et pour le corps médical, de promouvoir le poids-santé chez les sujets normo-pondérés et d'informer sur les risques liés à ces pratiques.

French women often undertake diets, even in the absence of overweight (INCA 2). This transversal quantitative study aimed at providing a status on weight loss practices, through self-administered questionnaires distributed to 1026 patients coming for general medicine consultations in the region of Pays de la Loire, from April 17th till June 27th, 2014. The secondary objective of the study was to capture patients' expectations with regards to the role of their general practitioner in the weight follow-up. 36 % of the participants have recently been on a diet, often high-protein based diet or Weight Watchers diet. These are mostly women (84%), with normal weight (30%), who undertake it for aesthetic reasons and without medical follow-up (for 71% of them). Few participants use medication, fasting, smoking and vomiting to lose weight. 22% don't practice any sport. The best placed people to help in weight management, listed in descending order, are the dietician, the nutritionist, the family doctor and the partner. ¼ of the population consider that weight follow-up is under the responsibility of general practitioners. However, 62% don't speak about their weight to their doctor. 39% expect him or her to spontaneously raise the weight issue. The main obstacles invoked by the general practitioner to help with weight issues are the challenges linked to a regular follow-up and too short consultations. As diets are damageable to health (ANSES 2010), it remains essential for our society to fight against the cult of thinness that generates "excessive concerns about one's weight"; and for the medical profession, to promote healthy weights among normal-weighted subjects and to inform about the risks associated with these diet practices.

INTRODUCTION

L'étude Nutrinet santé du Pr S. Hercberg, président du PNNS 2, menée depuis 2009 en France auprès de 105 771 internautes, révèle qu'aujourd'hui, près de deux femmes sur trois et un homme sur deux voudraient peser moins. Parmi ces personnes désireuses de perdre du poids, 67 % des femmes et 39 % des hommes ont déjà fait au moins un régime dans leur vie. Or, malgré leur corpulence dans les normes définies par l'OMS, 58 % des femmes et 27 % des hommes souhaitaient peser moins. Ces chiffres corroborent le constat établi en 2007 par l'étude nationale INCA 2, soit que la moitié des françaises de poids normal suivent des régimes amaigrissants.

Ce phénomène s'explique par d'une part, le culte de la minceur qui dans notre société, est synonyme de beauté et réussite, notamment chez les femmes; d'autre part, par la prise de conscience de la population des problèmes de santé liés au surpoids et à l'obésité pandémiques (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, arthrose, cancers, maladies mentales...).

L'historique des régimes amaigrissants est très riche. « *Dans les années 1980, le régime Atkins, venu des États-Unis, faisait déjà un carton. Ensuite, le relais a été pris avec le Dr Montignac qui, le premier, a lancé la vogue des livres sur les régimes. Un tournant a aussi eu lieu avec Weight Watchers, introduisant l'idée qu'on pouvait faire un régime sans aller voir un médecin* », explique le Dr A. Lacuisse-Chabot, nutritionniste, enseignante à la Pitié-Salpêtrière à Paris. Depuis plusieurs années, il y a eu profusion de « régimes » dans tous les media et ce secteur a explosé, à grands coups d'opérations marketing, notamment sur le net. Actuellement, les Drs Dukan et Cohen, sont de fait, tous deux « coach minceur » sur internet où ils prodiguent leurs conseils.

Selon le Pr Jean-Michel Lecerf, chef du service de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille : « *Une des clés de la réussite est l'apparente simplicité de toutes ces méthodes qui font croire que maigrir, par un livre ou par Internet, est une chose simple* ».

Pour Anne-Sophie Joly, la présidente du Collectif national des associations d'obèses, ce « succès » serait plutôt le corollaire des attitudes négatives des médecins et paramédicaux vis-à-vis des personnes en surpoids. « *De l'extérieur, on peut avoir du mal à comprendre que des personnes ayant une obésité réelle et sévère essaient de maigrir juste en achetant un livre*, souligne-t-elle. *Mais souvent, il s'agit de personnes qui sont désorientées et ne savent plus quoi faire. Certaines ont eu des expériences malheureuses avec des médecins ou des diététiciens qui devraient commencer par apprendre à parler aux patients. Trop souvent encore, on voit des professionnels tenir des discours culpabilisants qui finissent par convaincre des personnes, déjà souvent en souffrance psychologique, que c'est de leur faute si elles n'y arrivent pas.* »

Le rapport de l'ANSES 2010 [1] établi à la demande du Ministère de la Santé répertorie les régimes amaigrissants les plus répandus dans la population, ainsi que leurs risques potentiels sur la santé physique et mentale des individus. Ces pratiques d'amaigrissement suivies par les patients, le plus souvent sans avis médical, ne sont en effet pas dénuées de risque.

Le PNNS 2 estime que les médecins généralistes, de par leur contact direct avec chaque famille, ont un rôle tout particulier à jouer dans une prévention nutritionnelle adaptée aux conditions de vie de chacun. Ils seraient ainsi les mieux placés pour fournir des conseils de gestion du poids.

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques d'amaigrissement et de leurs déterminants au sein d'une population aléatoire de consultants en médecine générale dans les pays de la Loire. Un objectif secondaire était d'identifier les besoins et attentes des patients vis-à-vis de leur généraliste.

METHODOLOGIE

Etude quantitative transversale par auto-questionnaire rempli par les personnes majeures présentes en salle d'attente de 18 cabinets de médecine générale des pays de la Loire du 17 avril au 27 juin 2014. Les critères d'exclusion étaient la non-maîtrise de la langue française écrite et le refus de participation. Le questionnaire était proposé et remis par les secrétaires, puis rempli seul en salle d'attente et récupéré avant la consultation pour ne pas influencer le recueil de données. 1500 questionnaires ont été distribués pour atteindre l'objectif de 1000 questionnaires remplis exploitables.

Le questionnaire (en annexe) explorait les données sociodémographiques des participants : sexe, âge, lieu de naissance, profession, maladies chroniques telles que diabète, hypertension artérielle (HTA), infarctus, accident vasculaire cérébral (AVC), hypercholestérolémie. Etaient également recueillis : le poids et la taille déclarés, la perception de leur poids, le poids leur paraissant idéal et leur satisfaction vis-à-vis de leur poids. Ils devaient déclarer leur tentative de modification de poids des dernières années, les raisons de celle-ci et les méthodes utilisées en cochant dans une liste préétablie répertoriant les « régimes » les plus connus. Des questions portaient sur le recours à l'activité physique ou à des « produits » médicamenteux ou autres pour perdre du poids. Etaient également questionnés la place et le recours aux divers soignants, les freins et attentes vis-à-vis de ceux-ci, de même que les soutiens reçus. L'importance de la place de leur médecin traitant était évaluée par une échelle de Likert. Une autre question interrogeait la fonction des médecins généralistes autour des problèmes nutritionnels.

Les réponses au questionnaire ont été saisies sur un masque de saisie Epi-Data permettant une exploitation statistique avec Epi-Analysis et Epi-Info 7. Après un premier temps d'analyses descriptives, les données ont été croisées pour essayer de définir les déterminants d'utilisation de certaines pratiques. Pour ces analyses, le test Chi2 a été utilisé avec un $p < 0.05$ comme seuil de significativité.

RESULTATS

La population

Les données statistiques suivantes concernent les 1026 dossiers exploitables des personnes respectant les critères d'inclusion. La population se composait de 95% de français, dont 71% originaires du nord-ouest de la France. Ils vivaient en ville pour 65% et 79% étaient des consultants. Il y avait 76% de femmes. La moyenne d'âge était de 46,7 ans, avec un minimum de 18, un maximum de 92 et une médiane de 45 ans. 60% de la population avait entre 26 et 55 ans, les 26-35 ans étaient les plus nombreux soit 23%. Les catégories socioprofessionnelles étaient par ordre de fréquence décroissante les employés 24%, les retraités 23,6 % et les sans-emplois 15%. Ils déclaraient avoir un problème de santé pour 42%, dont 15% une HTA, 11% une hypercholestérolémie, 5% un diabète, 2% un AVC, 1% un infarctus du myocarde et 12% des rhumatismes.

Statut « pondéral » de la population

L'IMC moyen de la population étudiée était de 24,67. Les participants avaient un IMC en maigreur pour 1%, normal pour 54 %, et une surcharge pondérale pour 45% dont 33% en surpoids et 12% en situation d'obésité (tableau 1).

Les femmes (n=780) étaient globalement plus minces que les hommes (n=246), 57% des femmes ayant un IMC normal contre 45% des hommes. En outre, les personnes maigres (n=9) étaient toutes des femmes. L'IMC moyen des femmes était de 24,46 versus 25,36 pour les hommes. 44% des hommes étaient en surpoids et 11% obèses. Les femmes étaient moins souvent en surpoids, à 30%, mais plus souvent obèses, à 12% ($p=0,0002$) (tableau 1).

L'IMC augmentait régulièrement avec l'âge : 32% des 18-35 ans (n=324) étaient en surpoids ou obèses contre 51% des plus de 35 ans (n=702). Surpoids et obésité confondus touchaient 60% des plus de 74 ans (n=63) ($p=10^{-4}$).

Il n'a pas été objectivé de relation statistiquement significative entre le lieu d'habitat et l'IMC.

Les professions les plus concernées par le surpoids et l'obésité confondus étaient par ordre décroissant les retraités, les ouvriers et les sans-emplois (52% d'entre eux). Les professions les moins concernées étaient par ordre décroissant les professions intermédiaires, les cadres et les artisans (pour 30% d'entre eux). Les sans-emplois (n=153) avaient le plus fort taux d'obésité : 22% ($p=10^{-4}$).

La prévalence du diabète, de l'HTA, de l'hypercholestérolémie et des rhumatismes augmentait avec l'IMC. 14% des obèses (n=120) étaient diabétiques versus 7% des surpoids (n=341) et 1% des poids normaux (n=556) ($p=10^{-4}$). 32% des obèses étaient hypertendus versus 20% des surpoids et 9% des poids normaux ($p=10^{-4}$). 22% des obèses avaient une hypercholestérolémie versus 14% des surpoids et 6% des poids normaux ($p=10^{-4}$). 18% des obèses souffraient de rhumatismes versus 15% des surpoids et 10% des poids normaux ($p=0,0032$). Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre l'IMC et les prévalences de l'infarctus du myocarde et de l'AVC.

Vécu du statut pondéral de la population

Une perception pondérale erronée concernait 67% des sujets maigres se considérant de poids normal et 35% des sujets de poids normal se considérant en surcharge, ces personnes étant en majorité des femmes. A l'inverse, une sous-estimation du poids concernait 18% des individus en surpoids se considérant de poids normal et 70% des obèses se considérant seulement en surpoids ($p=10^{-4}$), ces personnes étant majoritairement des hommes. 61% des femmes se considéraient trop grosses versus 47% des hommes ($p=0,0002$) (tableau 2).

61% des plus de 35 ans se percevaient en surpoids ou obèses contre 51% des 18-35 ans, indépendamment du genre. A âge égal, les femmes se considéraient toujours plus grosses que les hommes (à 18-35 ans : 55,6% des femmes vs 29% des hommes; plus de 35 ans : 64% des femmes vs 53% des hommes).

Les « malades » étaient plus insatisfaits de leur poids : 66% de ceux ayant déclaré un problème de santé chronique (n=431) se considéraient en surpoids ou obèses versus 52% des « non malades » (n=595) ($p=10^{-4}$).

70% de la population étudiée visait un IMC idéal dans « la normale » définie selon les critères de l'OMS. L'IMC idéal moyen de la population était de 22,63. 74% des femmes visaient un IMC normal versus 56% des hommes. L'IMC idéal moyen était de 22,18 pour les femmes et 24,08 pour les hommes. 34% des hommes visaient un IMC au-dessus de la normale, y compris en valeurs d'obésité ($p=10^{-4}$). 81% des 26-35 ans visaient un IMC normal tandis que 30% des plus de 74 ans visaient un IMC en surpoids ($p=10^{-4}$) (tableau 1).

Il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement significatif entre l'IMC, la perception du poids, l'IMC idéal visé et l'origine géographique des individus.

Les tentatives de modification pondérale

54% des répondants ont essayé de perdre du poids ces dernières années, 4% d'en prendre et 43% n'ont pas cherché à modifier leur poids.

59% des femmes ont tenté de perdre du poids versus 37% des hommes ($p=10^{-4}$) (tableau 1).

Plus l'IMC était élevé, plus les sujets ont tenté de perdre du poids. 41% des sujets d'IMC<25 ($n=565$), maigres compris, ont tenté de perdre du poids versus 69% des sujets d'IMC≥25 ($n=461$), dont 83% des obèses ($p=10^{-4}$).

Les essais de perte de poids étaient corrélés à la perception du poids. 31% des 412 sujets se considérant de poids normal ont cherché à perdre versus 70% des 554 se considérant en surpoids et 90% des 40 se considérant obèses ($p=10^{-4}$). A l'inverse : 37% de ceux qui se trouvaient gros n'ont pas cherché à modifier leur poids, notamment les plus âgés (49% des 46-55 ans versus 26% des 18-25 ans).

A IMC égal, les femmes se percevaient plus grosses, essayant plus de perdre du poids que les hommes (tableau 2). Parmi les 446 femmes de poids normal, 40% se considéraient en surpoids et 47% ont cherché à maigrir. Parmi les 110 hommes de poids normal, 14% se considéraient en surpoids et 18% ont cherché à maigrir. Sur les 325 femmes en surpoids ou obèses, 92% se considéraient en surpoids ou obèses, 76% ont cherché à maigrir. Sur les 136 hommes en surpoids ou obèses, 75% se considéraient en surpoids ou obèses, 53% ont cherché à maigrir (tableau 3).

Parmi les hommes, 13% de ceux en surpoids se considéraient dans les normes. Aucun homme n'était de poids insuffisant, cependant 6% d'entre eux ont cherché à prendre du poids (tableau 3).

63 % des 552 personnes souhaitant perdre du poids ont fait un régime dans ce but ($p=10^{-4}$). 36% des répondants ont fait un régime ces 2 dernières années.

Plus l'IMC était élevé, plus les sujets faisaient de régimes, soit 23% des sujets d'IMC<25 versus 52% des sujets d'IMC≥25 ($p=10^{-4}$). La perception d'un surpoids influait sur la pratique de régimes. 16% de ceux considérant leur IMC normal ont fait un régime versus 50% de ceux le considérant trop élevé. 75% de ceux se percevant obèses ont fait un régime ces dernières années ($p=10^{-4}$). 40% des femmes ont fait un régime versus 23% des hommes ($p=10^{-4}$).

A IMC égal, les femmes faisaient plus de régimes que les hommes (p incalculable). IMC normal : 25% des femmes vs 14% des hommes; IMC en surpoids : 56% vs 25%; IMC obèse : 72% vs 50%. A perception de poids égale, les femmes faisaient plus de régimes que les hommes ($p=0,005$) : perception de poids

normal : 58% vs 13%; perception de surcharge pondérale : 52 vs 32% ; perception d'obésité : 79 vs 50%. Exception faite des sujets maigres : 33% des hommes vs 7,7% des femmes ont suivi des régimes. Presque autant de femmes se percevant de poids normal que de femmes se percevant en surpoids/obèses font des régimes : 58% vs 54%. Les hommes se percevant maigres font autant de régimes que les hommes se percevant en surpoids/obèses : 33 vs 33%.

La pratique de régime était inversement corrélée à l'âge : 36% des 18-25 ans vs 16% des plus de 74 ans ($p=0,001$). Ceux qui étaient les plus nombreux à faire des régimes étaient les 26-45 ans, pour 42,8% d'entre eux, dont une majorité de femmes.

Les employés, ouvriers et sans-emplois faisaient plus de régimes que les artisans, cadres, professions intermédiaires et retraités : 41% vs 31% ($p=0,0012$).

Les principales raisons évoquées pour faire un régime quel que soit le sexe, étaient la forme physique (67%), la santé (56%), trouver des vêtements à sa taille (35%) et l'esthétique (28%). 9 % des patients ont indiqué de façon spontanée l'avoir fait pour « l'estime de soi ».

Il n'a pas été trouvé de relation significative entre l'IMC et la raison forme. La motivation première des répondants à faire un régime était la santé quel que soit l'IMC ($p=0,041$). Les répondants de poids normal citaient en deuxième et troisième motivation à un régime : « l'esthétique » et « trouver des vêtements à ma taille » ($p=10^{-4}$). Les répondants en surpoids citaient en deuxième et troisième motivation : « trouver des vêtements à ma taille » et « l'esthétique » ($p=10^{-4}$). Pour les obèses, les deuxième et troisième motifs étaient respectivement : « trouver des vêtements à ma taille » ($p=10^{-4}$) et « la stigmatisation des gros dans notre société » ($p=0,042$).

Ceux qui se percevaient gros faisaient des régimes pour la santé: 29% des $IMC \geq 25$ vs 7% des $IMC < 25$ ($p=0,044$), « trouver des vêtements à ma taille »: 20 vs 2% ($p=10^{-4}$) et enfin, « la stigmatisation des gros dans notre société »: 8 vs 1% ($p=0,040$).

8% des 367 personnes ayant fait un régime ces dernières années l'ont fait à la demande d'un tiers : le conjoint pour 35%, le médecin traitant pour 30% ou un spécialiste pour 25% d'entre elles ($p=0,015$). 5% des hommes l'ont fait sur demande versus 1% des femmes ($p=10^{-4}$). 3% des sujets d'IMC normal ayant fait un régime l'ont fait sur demande, versus 8% des sujets en surcharge ayant fait un régime et 16% des obèses ayant fait un régime ($p=0,0089$).

Les « régimes » : représentations et utilisations

Les régimes considérés comme les plus efficaces chez les répondants étaient le régime « fruits-légumes » pour 25%, le régime hyperprotéiné pour 19%, le régime hypocalorique pour 12%. 11% des répondants ont spontanément proposé « l'équilibre alimentaire ».

Ces 2 dernières années, 27% des répondants ont suivi un régime. 24% ont utilisé un régime hyperprotéiné, 23 % la méthode Weight Watchers, 20 % un régime hypocalorique, 13 % un régime Détox. Les hommes avaient tendance à suivre les régimes hyperprotéinés ($p=0,0002$) et les femmes privilégiaient autant le régime Weight Watchers que les régimes hyperprotéinés ($p=10^{-4}$). Les répondants ayant un IMC normal ($p=0,0003$) ou se percevant de poids normal ($p=0,004$) optaient plus pour le régime Détox que pour les régimes hypocalorique, hyperprotéiné et Weight Watchers.

Les principales sources d'information pour suivre un régime étaient les proches (48%), la diététicienne (12%), la télévision (7%) et le médecin traitant (6,5%). Il n'a pas été mis en évidence de relation significative entre genre et source d'information.

79 % des personnes qui ont fait un régime ces 2 dernières années l'ont débuté sans demander l'avis de leur médecin ; 9% d'entre elles en ont parlé à leur médecin une fois le régime commencé. Il n'a pas été mis en évidence de relation statistiquement significative entre le sexe et la sollicitation du médecin traitant avant ou pendant le régime.

71% de ceux qui ont fait un régime l'ont fait seul. 14% étaient suivis par une diététicienne, 5% par un nutritionniste et 4% par le médecin traitant. Il a été constaté une relation significative entre avoir des soucis de santé et être suivi par une diététicienne ($p=0,01$) ou un nutritionniste ($p=0,04$). Il a été constaté une relation significative entre un IMC supérieur à 25 et le recours à une aide médicale, nutritionniste ($p=0,01$) ou médecin généraliste ($p=0,026$). Les statistiques n'ont pas trouvé de lien entre le sexe, l'âge, le lieu de vie, la profession et le choix du professionnel pour le suivi des régimes.

Les personnes ayant fait un régime ont été soutenues par le conjoint 35%, la famille 13%, les amis ou collègues 12%, la diététicienne 10%, un nutritionniste 3%, leur médecin traitant 2%.

Pratique de l'activité physique

78% des répondants déclaraient faire une activité physique dans le but de modifier leur poids dont 35% de la marche et 43% un autre sport. 22% ne suivaient aucune activité physique dans cet objectif. Il n'a pas été trouvé de corrélation significative entre la pratique d'une activité physique et le sexe ou l'IMC.

Les autres moyens utilisés pour maigrir

Les produits pharmaceutiques

10% des participants ont consommé des brûle-graisses, 7% des substituts de repas, 6% des coupe-faim, 2% des diurétiques, 1,6% des laxatifs et 0,4% des médicaments achetés sur le net. Il n'a pas été trouvé de relation significative entre la consommation de laxatifs, diurétiques, médicaments achetés sur le net et les variables suivantes : sexe, âge, profession, IMC et perception du poids.

Les femmes étaient plus consommatrices que les hommes. Comparativement aux hommes, elles utilisaient des coupe-faim : 7,9% vs 1,6 % ($p=0,0004$), des substituts de repas : 8,8 % vs 2,8 % ($p=0,0017$), des brûle-graisses : 11,8 % vs 2,8 % ($p=10^{-4}$).

Les moins de 55 ans utilisaient plus souvent ces moyens que ceux de plus de 55 ans. Les coupe-faim étaient utilisés par 8% des moins de 55ans versus 2,5% des plus de 55 ans ($p=0,0006$). Pour les substituts de repas, c'était 10% avant 55 ans, 2% après ($p=10^{-4}$); pour les brûle- graisses, on trouvait 12 % versus 4 % ($p=10^{-4}$).

Plus leur IMC était élevé, plus les sujets consommaient des brûle-graisses ($p=0,03$) et des substituts repas ($p=0,02$). Brûle-graisses consommés par 13,5 % des IMC ≥ 25 versus 7,8 % des IMC < 25 , substituts repas par 10,5 % des IMC ≥ 25 vs 5,6 % des IMC < 25 .

Plus les individus se percevaient « gros », plus ils consommaient de produits amaigrissants. La comparaison de la consommation entre « surpoids » et « normal » était pour les coupe-faim 9 % vs 2 % ($p=10^{-4}$), pour les substituts repas 10 % vs 4 % ($p=10^{-4}$), pour les brûle-graisses 14 % vs 4 % ($p=10^{-4}$). A noter : 5% des individus qui se percevaient « maigres » consommaient des coupe-faim.

Les artisans et moins souvent les employés déclaraient avoir consommé des produits amaigrissants. Les moins nombreux à en avoir consommé étaient les retraités et les ouvriers. 10% des artisans et professions intermédiaires réunis consommaient des coupe-faim versus 2% des ouvriers et retraités ($p=0,0007$). 15% des artisans consommaient des substituts repas contre 3% des retraités ($p=0,0001$). 14% des artisans et employés réunis consommaient des brûle-graisses contre 3% des retraités ($p=10^{-4}$).

Les pratiques comportementales pour perdre

15% des répondants déclaraient avoir jeuné, 3% vomi et 6% fumé dans le but de maigrir. Il n'a pas été objectivé de relation significative entre ces pratiques purgatives et l'IMC.

Les femmes étaient plus enclin à vomir que les hommes (3,2% vs 0,4% ; $p=0,027$). Ces pratiques étaient moins utilisées par les plus âgés. La comparaison entre moins et plus de 55 ans montrait pour le jeûne : 18% vs 8 % ($p=0,001$), pour les vomissements : 4 % vs 0 % ($p=0,0009$), pour le tabagisme : 8% vs 3% ($p=0,0017$). Ceux qui fumaient le plus pour maigrir se trouvaient dans la tranche d'âge des 46-55ans (10%).

Plus les répondants se percevaient « gros », plus ils jeunaient et fumaient. 18 % de ceux se percevant d'IMC ≥ 25 jeunaient vs 11 % de ceux se percevant d'IMC < 25 ($p=0,0015$), alors que pour le tabac ils étaient 8 % vs 4 % ($p=0,02$). Il n'a pas été mis en évidence de relation significative entre la pratique d'auto-vomissements et la perception du poids.

Parmi les 256 personnes utilisant ces pratiques purgatives, 6% d'entre elles en ont parlé à leur médecin traitant. Les 3 principales raisons citées pour ne pas en parler à leur médecin étaient par ordre décroissant le caractère « occasionnel » de ces pratiques, leur caractère « anodin », et enfin « la peur d'être jugé ».

A qui recourir pour maigrir ?

Les répondants considéraient comme recours idéal à consulter pour le suivi du poids, par ordre décroissant la diététicienne, le nutritionniste, le médecin traitant et enfin le conjoint.

Les femmes identifiaient la diététicienne comme la personne idéale pour ce suivi pour 39% versus 17% pour le médecin traitant ($p=10^{-4}$). Les hommes privilégiaient le médecin traitant pour 26 % versus 21 % la diététicienne ($p=0,0034$). Il n'a pas été trouvé de relation significative selon le genre pour le recours au nutritionniste. Le conjoint arrivait en 3^{ème} position après la diététicienne et le médecin traitant : 4% des femmes et 15% des hommes ($p=10^{-4}$).

Les moins de 55 ans considéraient la diététicienne (39%) et à un moindre degré, le nutritionniste (32%) comme les personnes référentes pour le suivi pondéral. Les plus de 55 ans considéraient le médecin traitant (28%) et dans une moindre mesure, la diététicienne (24%) comme la personne idéale à consulter pour ce suivi ($p=10^{-4}$).

Place du médecin généraliste

59% des répondants pensaient que le médecin traitant pouvait les aider à gérer leur poids, notamment les hommes (pour 68% vs 56% des femmes ; $p=0.07$). Il n'a pas été trouvé de relation significative entre l'IMC et l'aide du médecin traitant dans la gestion du poids.

74% des répondants estimaient que la gestion du poids faisait partie des fonctions des médecins généralistes.

62 % ne parlaient pas de leur poids à leur médecin, sans lien avec le genre.

Les personnes parlant de leur poids à leur médecin traitant étaient les plus de 45 ans (39%), notamment les 65-74 ans (45%). Ceux qui en parlaient le moins étaient les moins de 35 ans (28%), notamment les 18-25 ans (7%) ($p=0,0001$).

Ceux dont l'IMC était élevé parlaient de leur poids à leur médecin : 63% des obèses versus 23% des sujets de poids normal ($p=10^{-4}$). Exception faite des maigres : 56% d'entre eux parlaient de leur poids à leur médecin soit autant que les personnes en surcharge pondérale ($p=10^{-4}$).

Plus la perception pondérale était élevée, plus ils parlaient de leur poids à leur médecin. La différence était significative entre IMC perçu supérieur ou inférieur à 25 : 41% vs 23% ($p=10^{-4}$).

Selon le métier, ceux qui en parlaient le plus étaient par ordre décroissant les retraités (44%), les employés (38%) et les sans-emplois (32%). Ceux qui en parlaient le moins étaient les ouvriers (23%) et les professions intermédiaires (21%) ($p=10^{-4}$).

Les freins vis-à-vis du médecin

Les principaux freins cités pour parler de leurs problèmes pondéraux à leur médecin étaient : le sentiment de bonne santé malgré la surcharge pondérale (32%), la difficulté d'un suivi régulier au cabinet (22%), des consultations trop courtes (18%), le manque de motivation (14%) et ce, quel que soit le sexe ou l'âge.

D'autres citaient le manque de formation en nutrition du médecin (8%), le manque d'argent (7%), la peur de ne pas être écoutés (5% dont 93% de femmes), la peur d'être jugés (4,5%).

Parmi ceux souffrant de surpoids ou d'obésité, les principaux freins étaient par ordre décroissant le fait d'être en bonne santé : 32% ($p=10^{-4}$), le manque de motivation : 19,5% ($p=0,0003$), le manque d'argent : 11% ($p=10^{-4}$), la peur de ne pas être écouté : 6,5% ($p=0,036$) ou d'être jugé : 6% ($p=0,01$).

Les retraités étaient les moins motivés à perdre du poids : 20% ($p=0,003$). 27% des cadres disaient manquer de temps contre 2% des retraités ($p=10^{-4}$). 15% des ouvriers et sans-emplois confondus ont invoqué un manque d'argent versus 2% des cadres ($p=0,0002$). 12% des artisans, cadres et professions intermédiaires confondus considéraient que le médecin généraliste manquait de formation en nutrition versus 4,5% des ouvriers, retraités et sans-emploi réunis ($p=0,0002$).

Les attentes vis-à-vis du médecin

Les principales attentes des répondants étaient des conseils d'hygiène de vie (43%), l'abord spontané par le médecin de la question du poids (39%), l'orientation vers un nutritionniste (25%), la pesée régulière (18%).

Plus leur IMC était élevé, plus les sujets étaient demandeurs de pesées régulières. 1/3 des obèses espéraient des pesées régulières ($p=0,0004$). De façon moins fréquente était demandée la création de groupes de parole animés par le médecin traitant : 5% des patients en surcharge et 8% des obèses se disaient intéressés par cette idée ($p=0,0032$).

Les retraités étaient les moins demandeurs de suivi pondéral. Etaient désireux de parler de leur poids 30% des retraités versus 41% des actifs ($p=0,0007$), d'obtenir des renseignements sur les régimes: 4% versus 13% ($p=0,0001$), d'être adressés au nutritionniste: 15% versus 28% ($p=10^{-4}$).

DISCUSSION

Cette étude permet d'établir un état des lieux des pratiques de contrôle du poids suivies par un échantillon conséquent de personnes vivant en Pays de la Loire. Plus de la moitié des participants (54%) cherchent à perdre du poids dont une proportion importante de femmes (59% de celles-ci) et de sujets de poids normal (42% de ceux-ci). Cependant cette étude présente quelques biais.

Il existe tout d'abord un biais de sélection étant donné que les questionnaires ont été distribués dans des cabinets médicaux et non envoyés. Cependant en comparant avec les enquêtes nationales françaises ObEpi (tableau 4), la population incluse reflète la population générale, avec les particularités liées à la région (moins touchée par l'obésité).

Le timing serré en salle d'attente et les refus de participation expliquent que seuls 2/3 des 1500 questionnaires étaient, au final, exploitables.

Mener cette étude de façon qualitative par entretiens individuels (de visu ou par téléphone) aurait permis certes, une meilleure compréhension des questions (par ex. définir la nature des régimes suivis) et donc des réponses plus pertinentes mais la limite aurait été un échantillon plus petit et donc une difficulté d'extrapoler les résultats au reste de la population.

Enfin, concernant les résultats, en dépit de l'anonymat des questionnaires, il a été reconnu dans les rapports ObEpi le biais de désirabilité sociale qui amène les participants à sous-déclarer leur poids et sur-déclarer leur taille d'où une sous-estimation de leur IMC. Ce biais peut aussi expliquer qu'ils déclarent tenter de perdre du poids même si ce n'est pas le cas en réalité, qu'ils puissent nier suivre des pratiques purgatives, voire les régimes « populaires » ou sur-déclarer la pratique d'une activité physique.

Pour maigrir, un tiers des participants (36%) ont fait des régimes, notamment hyperprotéinés et Weight Watchers. Les raisons invoquées sont la santé avant tout, l'esthétisme pour les sujets de poids normal, les tailles de vêtements et le regard sociétal pour les sujets en surpoids.

Près de 80% ont débuté leur régime sans avis médical et presque autant l'ont mené sans suivi. 48% se sont dit conseillés et 60% soutenus dans cette démarche par leurs proches dont la moitié par leur conjoint.

Les autres méthodes utilisées pour maigrir sont : le jeûne pour 15% de la population étudiée, la consommation de brûle-graisses pour 10%, le tabac pour 6% et les vomissements auto induits pour 3% ; pratiques notamment suivies par les femmes, les jeunes, les gros et ceux qui se perçoivent comme tels. Ceux qui suivent ces pratiques en parlent rarement à leur médecin traitant. Les raisons invoquées sont le caractère occasionnel ou anodin de ces pratiques et la peur d'être jugé.

Malgré leur désir de perdre notable, près d'un quart des participants ne pratique aucune activité physique dans ce but.

Les personnes idéales pour l'aide à la gestion du poids sont par ordre décroissant, la diététicienne, le nutritionniste, le médecin traitant et le conjoint. La diététicienne prime pour les femmes et les jeunes tandis que les hommes et les plus âgés préfèrent le médecin traitant.

Les $\frac{3}{4}$ de la population étudiée estiment que la gestion du poids fait partie des fonctions des médecins généralistes et 60% que leur médecin traitant peut les aider à gérer leur poids, notamment les hommes. Malgré cela, 62% de la population disent ne pas parler de leur poids à leur médecin traitant. Ceux qui en parlent le plus sont les plus âgés, notamment les retraités, les gros ou ceux se percevant comme tels.

Les freins principaux au suivi sont le fait d'être en bonne santé malgré le surpoids, la difficulté d'un suivi régulier au cabinet et la durée trop courte des consultations. A cela, s'ajoutent pour les personnes en surpoids : le manque de motivation et le manque d'argent. Manque d'argent aussi rapporté par le milieu ouvrier. Les attentes principales des participants quant au suivi pondéral par le médecin généraliste sont les conseils d'hygiène de vie, le fait de parler spontanément du poids, l'avis du nutritionniste et les pesées régulières. Les retraités bien que parlant le plus de leur poids sont les moins demandeurs de suivi.

Si on compare ces résultats à ceux des études étrangères, on constate que l'insatisfaction vis-à-vis du poids est plus souvent rapportée par les sujets de sexe féminin, d'IMC élevé, jeunes ou malades. Plus cette insatisfaction est grande, plus les sujets cherchent à perdre. Ceci a ainsi été observé dans les études nationales américaines « Rachel A. Milstein, 2008 » et « McCabe MP, 2004 ».

Les femmes sont plus insatisfaites de leur poids que les hommes, y compris les femmes de poids normal. Selon une enquête internationale conduite en 2013 dans 13 pays sur 4 continents [2], par Thibaut de Saint Pol, sociologue à l'Observatoire sociologique du changement de Sciences-Po, la France est, après la Corée du Sud, le pays où la volonté de perdre du poids est la plus fréquente chez les femmes : six Françaises sur dix déclarent en effet vouloir maigrir. Pourtant, révèle cette étude, les femmes de l'hexagone sont aussi les plus minces d'Europe. Thibaut de St Pol avait déjà mené ce type d'étude à l'échelle européenne et aux Etats-Unis en 2009 [3]. En comparaison aux autres pays d'Europe, il avait même conclu que le sous-poids féminin est particulièrement valorisé en France avec un IMC idéal féminin alors estimé à 19,5.

Dans cette étude, en Pays de la Loire, les femmes se percevant de poids normal font plus de régimes que celles se percevant en surpoids (58 vs 54%). L'étude nationale espagnole « Rodriguez, 2009 » rapporte un écart encore plus important : 74% des femmes de poids normal cherchent à perdre contre 26% des femmes en surpoids, les régimes étant principalement motivés par l'esthétisme.

A l'inverse, chez les hommes, dans ce travail comme dans l'étude de De St Pol, c'est le sous-poids qui semble poser problème. Aucun homme inclus n'est en sous-poids. Pourtant, 2,4% d'entre eux se perçoivent maigres, 6% cherchent à prendre et 34% visent un IMC en surpoids. Autant d'hommes se percevant en sous-poids que d'hommes se percevant en surpoids font des régimes. Sachant qu'ils privilégient les régimes hyperprotéinés, l'hypothèse est donc que les hommes cherchent autant à perdre en masse grasse qu'à gagner en muscle. Cela rejoindrait les conclusions des études nationales américaines « Mc Cabe MP, 2004 » et « Markey CN, 2005 », en somme que le type de corps masculin culturellement idéal est un corps mince et musclé.

Si on compare ce travail au rapport national INCA 2 : à IMC égal, en 2014, les français se perçoivent plus gros et font plus de régimes qu'en 2006, notamment les femmes, ce qui laisse supposer une évolution sociétale rapide avec l'accentuation du culte de la minceur durant la dernière décennie.

Concernant les personnes en surpoids, plus d'un tiers ne déclare aucune intention de modifier leur poids. Cela renvoie à l'idée de résistance au changement rapportée dans les enquêtes ObEpi, résistance probablement liée aux tentatives ratées de changer les habitudes de vie ou à la difficulté de faire de l'exercice du fait de rhumatismes par exemple.

D'après l'étude de St Pol (source INSEE), 55% de la population française ne fait aucune activité physique, ce qui laisse penser à une sur-déclaration de l'activité physique au sein de l'échantillon de cette étude.

La consommation de produits pharmaceutiques par 10% des répondants, principalement des brûle-graisses, fait écho aux résultats des études nationales australienne « Yoong SL1, 2012 » et américaine « Blanck HM1, 2007 ». Cette dernière menée aux Etats-Unis en 2007 auprès de 9403 américains objectivait la consommation par 15% de la population de produits stimulants à base de caféine et d'éphédrine dans le but de maigrir. La consommation de produits chimiques est donc un phénomène moins répandu que les régimes.

De la même façon, le jeûne, les auto-vomissements et l'usage du tabac pour maigrir sont peu rapportés dans cette enquête. Mais comme aucune étude n'a été menée à ce sujet chez l'adulte ni en France, ni à l'étranger, il n'est guère possible de comparer ces résultats à plus grande échelle. Il est donc difficile de certifier que ces pratiques soient peu suivies ou à l'inverse, suivies mais non déclarées.

Concernant les freins et attentes, des études réalisées en Australie « TanD1, 2006 » et « Tham M1, 2008 » sur plusieurs centaines de consultants (200 à 400), retrouvent une même perception des populations vis-à-vis du rôle du médecin traitant dans le suivi pondéral. Si 78% des australiens interrogés estiment que le suivi pondéral fait bien partie des fonctions des médecins généralistes, peu le consultent (moins de la moitié) invoquant la bonne santé malgré l'embonpoint, le manque de temps du médecin, le manque de formation de celui-ci, ou encore un manque d'argent. Ils reprochent par ailleurs à leurs généralistes de ne conseiller que les obèses avec comorbidités. Le médecin traitant est ainsi considéré comme la personne la moins susceptible de dire au patient de perdre du poids après le conjoint, la famille et les amis. Or, en Australie, le surpoids et l'obésité affectent tout de même 60% de la population. A l'instar des répondants de l'étude en Pays de la Loire, les australiens interviewés espèrent de leur médecin traitant avant tout des conseils (pour 80% d'entre eux) et un suivi régulier (pour 78%).

Les patients attendent donc plus d'investissement du médecin traitant : plus de conseils et un abord spontané du médecin de la question du poids. Des études réalisées à l'échelle nationale en Italie (« Sacerdote C., 2006 ») et en Lituanie (« Klumbiene J., 2006 ») prouvent qu'un simple rappel des règles d'hygiène de vie par le médecin traitant de quelques minutes par an peut suffire à modifier notablement les habitudes alimentaires et la pratique de l'activité physique.

Dans la lutte contre les problèmes liés au poids, le Québec pourrait servir de modèle aux pays européens. L'Institut National de Santé Publique (INSP) du Québec a défini en 2005 deux types de problèmes liés au poids. Le premier, l'excès de poids sous-tend le surpoids et l'obésité. Le deuxième, le désir « normatif » de minceur nommée « préoccupation excessive à l'égard du poids » a été défini comme l'état « d'une personne qui, ayant ou non un surplus de poids, est à ce point préoccupée par son poids que cela porte atteinte à sa santé physique et mentale » (Schaefer et Mongeau, 2000).

D'après un sondage national réalisé en 2007 par l'Association pour la santé publique du Québec, les trois principales causes de la préoccupation excessive à l'égard du poids sont liées à l'image : les images diffusées dans la société (27 %), dans les médias (27 %) et par la mode (14 %). La prolifération d'images médiatiques proposant un modèle unique de beauté engendre de l'insatisfaction à l'endroit de son corps (Dittmer et Halliwell, 2008), avec pour conséquence des troubles alimentaires cliniquement identifiables (anorexie...) ou une préoccupation excessive à l'égard du poids ; cette dernière forme ne présente pas les signes psychopathologiques classiques des troubles alimentaires (Hesse-Biber, 1996). La préoccupation excessive à l'égard du corps est associée à des pratiques alimentaires et d'activité physique potentiellement néfastes pour la santé, pouvant engendrer entre autre le syndrome du yoyo (perte et gains de poids en alternance et à répétition).

Les problèmes d'excès de poids et de « préoccupation excessive à l'égard du poids » représentent une maladie civilisationnelle requérant une solution sociétale. Il s'avère pour cela nécessaire de mobiliser les milieux susceptibles d'exercer une influence sur les normes corporelles notamment les industries de la mode, de la publicité et des médias [4].

Lutter contre le culte de la minceur pour prévenir la « préoccupation excessive à l'égard du poids »

Dans cette étude, la plupart des régimes sont entrepris par des femmes de poids normal, le plus souvent pour l'esthétisme. Les plus gros se disent influencés par la mode et le regard sociétal (« stigmatisation des gros dans notre société ») alors même qu'ils ne sont pas motivés à perdre du poids (19,5%, $p=0,0003$) ou qu'ils se sentent en bonne santé malgré leur embonpoint (32%, $p=10^{-4}$).

Afin de lutter contre le diktat de la minceur et changer les regards sociétaux sur l'embonpoint, le PNNS 2 vise à élaborer des mesures concrètes pour une meilleure représentation de la diversité corporelle en s'appuyant sur les principales conclusions des travaux sur l'image du corps.

Suite au décès par anorexie de mannequins en 2006, les gouvernements européens ont pris des mesures. En France, est votée en 2008 la loi Boyer pénalisant l'incitation aux conduites anorexiques. En 2009, le ministre V. Boyer demande à ce que soit précisé sur les photos si des retouches ont été effectuées mais cette loi reste à mettre en pratique. En Espagne, en Italie et au Québec, il est interdit aux mannequins d'IMC inférieur à 18 de défiler. L'Espagne plus particulièrement pourrait servir d'exemple. Désormais, dans ce pays, les mannequins des vitrines doivent porter du 38, et non plus du 34-36. Certaines enseignes de prêt-à-porter se sont même lancées dans une campagne de mensuration nationale afin de redimensionner leurs vêtements en fonction des formes réelles des femmes.

Dans cette lutte contre le diktat de la minceur, il faudrait aussi lutter contre la discrimination à l'embauche. D'après Francis Alain Guitton, psychanalyste et docteur en sciences de la communication : « A niveau égal, une femme belle et mince aura plus de chances d'être embauchée en particulier si le poste à occuper est en contact avec le public ». Outre les critères esthétiques, la minceur est aussi associée au contrôle de soi et au dynamisme, des qualités très appréciées dans le milieu professionnel [5].

Le Directeur de Recherche Honoraire de l'INRA, Jean-Paul Laplace, met quant à lui en garde contre la médicalisation abusive du surpoids : « *le seuil socialement défini de l'obésité s'est abaissé dans la société contemporaine (Poulain J.P, 2009), ce qui a fait passer le surpoids dans l'anormalité. [...] Il n'est pas rédhitoire d'être un peu en-dessus de son poids personnel de référence, lequel fait l'objet d'une large variabilité dans la population* ». Il exhorte à faire le distinguo entre surpoids et obésité : « *Le surpoids, s'il fait le lit de l'obésité en l'absence de mesure corrective (l'activité physique et la modération alimentaire) n'y conduit pas obligatoirement. Par contre, l'obésité installée est une pathologie.* » [6].

L'IMC n'est, à ce propos, pas un outil médical incontestable. Pour Nick Trefethen, professeur d'analyse numérique à l'Université d'Oxford, il se calcule en divisant le poids d'une personne par sa taille au carré alors que le résultat serait plus juste en divisant par la taille indice 2,5. L'IMC avait été inventé en 1840 par le mathématicien belge Adolphe Quetelet, et déjà à l'époque, celui-ci avait suggéré cette valeur (2,5). Cependant, la calculatrice n'existant pas encore, la nécessité d'un calcul "à la portée de tous" avait alors cédé le pas aux considérations scientifiques. Le calcul de l'IMC corrigé permettrait à ce jour, de diminuer sensiblement l'IMC des individus de petite taille, faisant ainsi passer de nombreuses personnes de la catégorie « surpoids » à la catégorie « poids normal ».

L'IMC comme méthode d'estimation de l'obésité est aussi controversé du fait qu'il ne repose que sur le poids, sans tenir compte des différentes masses qui composent le corps (masse musculaire, osseuse, grasseuse ou aqueuse). Les grands sportifs ou les personnes ayant une ossature dense ont ainsi un IMC élevé en l'absence de surpoids. Pour conclure à un réel excès de masse grasseuse, il faudrait systématiquement coupler l'IMC à la pesée sur un impédancemètre.

La Chaire Internationale sur le Risque Cardiométabolique (ICCR) recommande par ailleurs de contrôler le tour de taille, plus que l'IMC. En effet, en fonction de la localisation de la masse grasseuse, les risques de développer une maladie cardiovasculaire varient, là où les IMC seraient semblables. Une personne peut avoir un IMC élevé, mais une masse grasseuse "bien" située, et ne rien risquer. « On parle d'obèse sain », explique Mme Duclos, membre de l'ICCR et Chef du Service de Médecine du Sport au CHU de Clermont-Ferrand, avant de préciser : « C'est quand cette masse n'est plus sous-cutanée mais intra-abdominale que les risques surviennent. »

L'obésité androïde ou abdominale, qui prédomine chez les hommes, expose ainsi aux maladies cardiovasculaires. Les femmes, quant à elles, souffrent plus souvent d'obésité gynoïde (prédominance de la masse grasseuse sur les hanches et cuisses). Ce type d'obésité peut entraîner des complications rhumatologiques, mais son retentissement majeur est plus d'ordre psychologique, en réaction aux pressions sociales du diktat de la minceur. Selon Alexandre Glouchkoff, diététicien nutritionniste, membre de l'IEDM (Institut Européen de Diététique et Micronutrition), en ciblant les femmes, le culte de la minceur génère ainsi un véritable paradoxe : de nombreux hommes obèses réellement exposés à des complications graves ne se préoccupent pas de leur poids, tandis qu'une majorité de femmes en surpoids (parfois inexistant), pourtant à bien moindre risque, expriment une très forte demande en matière d'amaigrissement.

Dénoncer les pratiques à risque

Dr G. Apfeldorfer, membre du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids, appelle le corps médical à informer la population des dangers des régimes en se basant sur le rapport de l'ANSES 2010 [7]. Il apporte cependant une précision aux conclusions de ce rapport en condamnant fermement tous les régimes, sans exception. Y compris les régimes amaigrissants de type « équilibré » recommandés par les sociétés de nutrition et actuellement prescrits par les médecins hospitaliers et libéraux. De même, les conseils nutritionnels du PNNS notamment ceux exprimés sous forme négative (manger moins gras, moins sucré), qui s'apparentent à une méthode de contrôle pondéral. Car ces régimes équilibrés et ces conseils nutritionnels induisent de la même manière que les autres régimes une restriction cognitive et l'effet « yoyo ».

Ce dernier engendre le risque de la majoration du poids voire l'apparition d'un surpoids qui n'existait pas précédemment, chez les personnes de poids initialement normal. L'effet « yoyo » est important à considérer. D'après le rapport INCA2, plus du quart de l'échantillon national étudié (soit 2624 français adultes) déclare avoir perdu puis repris dix kilogrammes au moins une fois dans sa vie.

Il s'avère donc urgent non seulement de faire de la prévention auprès des populations vis-à-vis des risques des régimes; mais aussi de sensibiliser les médecins et paramédicaux à la nécessité de bannir définitivement de leurs pratiques les régimes, même dits équilibrés.

Le président de la FNAMN, Dr V. Boucher, interpelle sur le terme de Nutrition qu'il juge galvaudé aujourd'hui : *« les sociétés (centres d'amincissement, sites internet...) jouent sur l'ambiguïté dans l'esprit du public qui, rassuré par le terme « nutrition » pense ainsi avoir affaire à des personnes compétentes voire des médecins... Or le danger est réel puisque la santé du public peut être mise à mal dans le cadre de programme non adapté sur le plan médical. [...] On ne peut pas laisser une telle dérive s'installer »*.

Dans cet objectif, le PNNS 2 vise à développer une information validée par les pouvoirs publics sur le bon usage des compléments alimentaires et encadrer les télé-achats vantant des produits et appareils ayant un effet sur l'état nutritionnel.

Le Québec pourrait là aussi servir de modèle : l'INSP contrôle depuis 2008 la publicité autour de ce qui a été défini comme les PSMA : Produits, Services et Moyens Amaigrissants. Un bureau de surveillance des PSMA évalue périodiquement la conformité des publicités : il supprime les allégations fallacieuses et délivre les permis d'exploitation et de vente aux fabricants des PSMA. Il reçoit aussi les plaintes des consommateurs et encourage la recherche dédiée aux PSMA (nature et ampleur de leur utilisation, impacts sur la santé...).

Poursuivre la lutte contre l'obésité

Cette étude montre que les retraités, ouvriers et sans-emplois sont plus touchés par le surpoids ou l'obésité que les professions intermédiaires, cadres et artisans (52% versus 30%). Les sans-emplois présentent le plus fort taux d'obésité : 22% ($p=10^{-4}$). Cela renvoie aux conclusions de l'enquête ObEpi-2012, soit au constat d'une augmentation de la prévalence de l'obésité dans les milieux sociaux défavorisés.

Or, « Les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique sont socialement déterminés, et non pas seulement « individuels » » (PNNS2).

Il faut donc poursuivre la lutte contre les inégalités sociales en matière de nutrition et santé : aide alimentaire, installations sportives dans les quartiers défavorisés, action des partenaires sociaux...etc. Comme défendu par l'Académie nationale de la santé (Dr Bazex), il faudrait aussi rembourser les séances de sport au même titre que les médicaments. La Ville de Strasbourg a mené une étude dans ce sens en 2012 mais les séances étaient remboursées par la collectivité. Le rôle premier de la Sécurité Sociale étant de rembourser le curatif et non le préventif, sa place resterait à définir dans cette prise en charge financière de l'activité physique.

La diététicienne est considérée comme la personne idéale à consulter pour l'aide à la gestion du poids, citée notamment par les femmes et les plus jeunes. Or ce sont ceux-là mêmes qui font le plus de régimes, jeunent et/ou vomissent. Les plus gros, quant à eux, citent le manque de motivation et le manque d'argent comme principaux freins au suivi. Une proposition pour aider ces catégories de la population (femmes, jeunes, personnes en surpoids tous sexes confondus) serait donc le remboursement par la Sécurité sociale des consultations diététiques. La diététicienne aiderait les personnes de poids normal à accepter et maintenir leur poids-santé et celles en surpoids, à perdre ou tout du moins, stabiliser leur poids. Elle préviendrait ainsi le recours aux pratiques à risque, notamment les régimes sans fondement ni suivi médical. Enfin, cela permettrait non seulement une meilleure reconnaissance de la profession même de diététicienne mais aussi de pallier au manque de temps et de formation en nutrition des médecins généralistes.

Selon Dr Apfeldorfer, « *si la pratique de régimes amaigrissants et les conseils nutritionnels sont une réponse inadéquate à la question de l'obésité, il reste à définir et évaluer scientifiquement de nouvelles thérapies : thérapies cognitivo-comportementales, bio-psychosensorielles...etc* » [5].

Dans cet esprit, les groupes de parole représenteraient une alternative thérapeutique intéressante. Parmi les personnes en surcharge pondérale incluses dans l'étude, 5% des personnes en surpoids et 8% des obèses se disent intéressées par cette idée. Une étude menée en Croatie en 2007 sur une centaine de patients, basée sur le travail par petits groupes coordonnés par le médecin généraliste, s'est révélée concluante. Ce travail a permis, en seulement six mois, des modifications notables du mode de vie, la réduction de l'IMC, et la baisse du taux de cholestérol et de glycémie sanguins de ces patients [8]. Voilà une idée qui, permettant des consultations groupées, pourrait aussi pallier au manque de temps des médecins généralistes et permettre à la Sécurité sociale de faire quelques économies.

Psychologue clinicienne durant trente-cinq ans au sein du service de nutrition de l'Hôtel-Dieu à Paris, Michèle Le Barzic dénonce la médicalisation de la nutrition : « *la bonne nutrition était auparavant l'affaire de tous et, surtout, l'art des mères.* » Jean-Paul Laplace approuve : « *l'alimentation relève d'une éducation familiale culturelle et traditionnelle* ».

L'étude Fleurbaix-Laventie menée de 1992 à 2001 sous le patronage du Ministère de l'Education prouve qu'une éducation nutritionnelle à l'école permet la diminution de la prévalence de l'obésité dans les familles. Aujourd'hui, seuls 6% des habitants de Fleurbaix et Laventie sont obèses, contre 20 % de la population du Nord-Pas-de-Calais. En 2002, Fleurbaix et Laventie ont ainsi intégré le réseau des villes actives du PNNS. 226 communes de France et près de 300 en Europe ont, depuis, suivi cet exemple, se groupant en un grand réseau international nommé EPODE (Ensemble pour la Prévention de l'Obésité Des Enfants), réseau financé par la Commission européenne. L'étude Fleurbaix-Laventie amène à penser que là où l'éducation nutritionnelle parentale échoue ou se trouve limitée, une éducation nutritionnelle scolaire pourrait se substituer, tout du moins compenser.

Il faut, à ce propos, rappeler l'importance de considérer la cellule familiale dans son ensemble avec toutes les interactions pédagogiques potentielles entre parents et enfants dans les modifications des habitudes alimentaires et de l'activité physique.

De même, dans la prise en charge nutritionnelle d'un individu, il faut savoir prendre en compte le conjoint. Dans l'étude réalisée en Pays de la Loire, 4% des femmes et 15% des hommes citent leur conjoint comme la 3^{ème} personne idéale pour l'aide à la gestion du poids (après la diététicienne et le médecin traitant). L'étude australienne « Tham M, 2008 » incluant 367 participants objective le conjoint comme étant la personne la plus susceptible de conseiller à un individu en surcharge pondérale de perdre du poids. Il serait donc pertinent d'inclure, dans la mesure du possible, le conjoint dans la stratégie de prise en charge des pathologies nutritionnelles, notamment l'obésité ; en recevant par exemple le conjoint et le patient ensemble en consultations de médecine générale ou de diététique.

La question de la personne idéale à consulter pour l'aide à la gestion du poids ne visait pas à identifier une personne seule comme référente dans le suivi pondéral mais à cerner la perception des patients du rôle des différents acteurs médico-sociaux dans la gestion de leur propre poids. Méfions-nous des conflits d'intérêt et des ego de chacun pour ne garder à l'esprit que les recommandations de l'HAS qui enjoint à une prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire de ces pathologies. Les patients l'ont d'ailleurs bien compris : à la question de la personne idéale à consulter qui était une question à choix unique, beaucoup ont coché plusieurs « personne idéale ».

Les tendances font ressortir la diététicienne comme première personne à consulter mais cela n'empêche pas les patients de faire des régimes seuls, sans suivi diététique. Parmi les 36% de répondants qui ont fait un régime, seulement 10% se sont fait suivre par la diététicienne. Il faut donc réfléchir aux déterminants du choix du suivi pondéral par la diététicienne (l'aspect financier semble en être un mais les autres restent à étudier...).

Concernant la place du médecin traitant, celui-ci est considéré comme la « personne idéale » pour le suivi pondéral par les hommes et les plus de 55 ans. 59% des répondants tous sexes confondus reconnaissent que le médecin traitant peut les aider à gérer leur poids (soit 2/3 des hommes et un peu plus de la moitié des femmes). 74% des répondants estiment que la gestion du poids fait partie des fonctions des généralistes. 39% des répondants attendent de leur médecin traitant la sollicitation spontanée de la question du poids. Les patients font donc pour la plupart d'entre eux, confiance en leur médecin traitant en matière de suivi pondéral. Il convient donc au médecin généraliste d'honorer cette confiance et d'aborder de lui-même les problèmes liés au poids ; à fortiori de questionner sur la pratique d'éventuels régimes ou autres méthodes de contrôle pondéral (médicament, jeûne, vomissement, tabac...) afin d'avertir les patients des risques liés à ces pratiques.

Cependant, il faut aussi tenir en compte les freins au suivi pondéral par le médecin traitant déclarés par les participants. Ils se plaignent tout particulièrement d'une difficulté au suivi régulier au cabinet et de la durée trop courte des consultations. La conjoncture actuelle (le manque de médecins généralistes notamment) amène à penser que les médecins généralistes puissent manquer de temps pour un suivi pondéral rapproché. D'où l'importance qu'il faudra accorder à l'avenir aux diététiciennes pour épauler les médecins dans cette prise en charge.

Aux Pays-Bas, l'idée de former au moyen d'un logiciel informatique standardisé des infirmières diplômées d'état (IDE) au « coaching minceur » a fait ses preuves. Dans le cadre d'une étude réalisée sur 457 patients hollandais durant 3 ans, le groupe suivi par l'IDE a en effet perdu autant en poids et tour de taille que le groupe suivi par le médecin généraliste [9]. Une idée qui pourrait aussi solutionner en partie le manque de disponibilité des généralistes mais qu'il faudra, avant toute application en France, étudier auprès de la population et ce, à plus grande échelle.

Le Collectif national des associations d'obèses dénonce les attitudes négatives des médecins et diététiciennes vis-à-vis des personnes en surpoids. Dans cette étude, peu de répondants citent la peur de ne pas être écoutés ou d'être jugés comme freins au suivi pondéral par le médecin traitant, y compris les personnes en surcharge pondérale (respectivement 6,5% et 6% d'entre eux ; $p=0,036$ et $p=0,01$).

Cependant, une étude réalisée en 2005 auprès de 600 généralistes du sud-est de la France [10] rapporte qu'un médecin sur trois ne trouve pas son rôle dans la gestion pondérale professionnellement gratifiant. 30% des généralistes ont des attitudes négatives envers les patients en surcharge et 57% sont pessimistes quant à la capacité des patients à perdre du poids. Le sentiment d'efficacité et ces attitudes envers les patients obèses sont d'autre part liés à certaines caractéristiques professionnelles (formation) et personnelles (IMC, expérience personnelle des régimes) de ces médecins.

L'enquête « Fayemendy P., 2014 » menée l'an dernier auprès de 68 médecins généralistes du département de la Haute-Vienne confirme : 58,8 % des généralistes se sentent inefficaces dans la prise en charge des patients obèses. 52,9 % disent manquer de temps et 50% de formation. 28% ne sont pas intéressés par l'obésité. L'insuffisance de formation est positivement liée au sentiment d'inefficacité ($p = 0,007$), au manque de temps ($p = 0,03$) et au désintérêt pour l'obésité ($p = 0,0002$). Parmi les suggestions d'amélioration proposées, les généralistes retiennent en priorité de réaliser une éducation alimentaire familiale (83,8 %) ou scolaire (80,9 %), d'améliorer la prise en charge psychologique des obèses (76,5 %), de sensibiliser le public aux effets du temps passé devant des écrans (70,5 %), de rembourser la consultation diététique (69,1 %), de lutter contre la stigmatisation des obèses (67,7%) ainsi que de bénéficier d'une meilleure formation médicale (66,2%). La création de réseaux de soins, d'ateliers de groupe, de structures d'activité physique étaient ensuite cités [11]. Dans l'ensemble, les mesures suggérées par ces médecins généralistes corroborent les propositions faites précédemment dans la discussion.

L'intérêt principal de ce travail aura été d'établir un état des lieux le plus précis possible des pratiques de contrôle du poids spontanément suivies par les français, adultes, vivant dans la région des Pays de la Loire. Inspirée des études nationales étrangères « Rodriguez 2009 » [12] et « Tham M1, 2008 » [13], cette étude a pour mérite 3 axes de recherche nouveaux en France. L'exploration dans le détail des régimes amaigrissants suivis par la population : leur nature (hypocalorique, hyperprotéiné...), l'ampleur de leur utilisation, les liens entre leur utilisation et le vécu du statut pondéral des individus et enfin, le suivi médical ou non de ces pratiques. Dans un deuxième temps, la recherche s'est portée sur les pratiques comportementales telles que l'usage de la nicotine pour maigrir ou les auto-vomissements (en dehors de tout trouble du comportement alimentaire caractérisé type boulimie-anorexie), pratiques jusque-là jamais étudiées en France chez l'adulte. Et pour finir, s'intéresser à l'opinion des patients quant au rôle du médecin traitant dans leur gestion pondérale, elle aussi peu sondée dans notre pays.

Cette étude s'est limitée aux Pays de la Loire, faute de moyens logistiques, humains et financiers suffisants pour une étude à plus grande échelle. Cependant, l'enquête Nutrinet-santé du Pr Hercberg [14], citée en introduction, vise sur la toile un panel national conséquent de 500.000 internautes. Elle est toujours en cours et pourrait compléter en partie cette étude. Résultats à suivre.

ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

PNNS : Programme National Nutrition Santé

INCA 2 : Etude Individuelle Nationale sur les Consommations Alimentaires

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

INRA : Institut National de la Recherche Agronomique

FNAMN : Fédération Nationale des Associations Médicales de Nutrition

ObEpi-Roche : enquête épidémiologique nationale de référence sur le surpoids et l'obésité dans la population française

Régime hyperprotéiné : le plus connu est le régime Dukan qui comporte une 1^{ère} phase dite « d'attaque » : soit durant environ 5 jours, l'individu devra se nourrir exclusivement de protéines puis pour chaque kilo perdu, une phase de 10 jours « de croisière » où il alternera une journée de protéines pures avec une journée de protéines-légumes. La troisième phase « de consolidation » permet de réintroduire le pain, le fromage et les fruits. Enfin, la quatrième et dernière phase dite « d'entretien » dure à vie et consiste à ne consommer que des protéines durant un jour fixe de la semaine.

Régime hypocalorique : préconisé par la plupart des diététiciens et nutritionnistes, ce régime consiste à diminuer l'apport calorique quotidien à 1000-1600 calories (contre les 1800-2000 généralement nécessaires) et à augmenter l'activité physique en parallèle. Ces régimes prônent le respect de l'équilibre alimentaire donc n'interdisent aucun aliment pour éviter toute carence ou frustration. Parmi ces régimes, on retrouve entre autres le régime Cohen et le régime Weight Watchers.

Régime Weight Watchers : axé sur la motivation et le soutien des pairs apportés aux membres au cours de rencontres hebdomadaires, ce régime fonctionne avec un nombre déterminé de points en fonction de la taille, poids, âge et sexe de la personne. L'unité appelé le « ProPoints » est basée sur la mesure de l'énergie restant disponible dans l'organisme, une fois l'aliment transformé. Ce « budget Propoint » doit être utilisé selon un certain nombre de recommandations journalières : manger au minimum 200g de fruits et 300g de légumes, pratiquer au moins 30min d'activité physique...etc.

Régime Détox : les cures détox ne sont pas des régimes amaigrissants à proprement parler. Elles ont avant tout pour objectif d'aider l'organisme à retrouver un fonctionnement optimal dans un cadre de vie moderne où le stress, la pollution et la malbouffe dominent. Les « kilos en trop » résulteraient d'une accumulation de toxines au sein de l'organisme. Il consiste à diminuer les graisses saturées (beurre...) et les protéines animales. Il invite à boire beaucoup de thé, jus de légumes et infusions de plantes qui favorisent la digestion et l'élimination (radis noir...) et à manger plus de fruits, légumineuses, céréales complètes et de graisses d'origine végétale.

Régime fruits-légumes : c'est un régime Détox à base principalement de fruits, légumes et de quelques oléagineux (amandes...). Il repose ainsi sur une alimentation riche en fibres qui sont connues pour leur effet « coupe-faim ». Ce régime a plusieurs appellations selon le promoteur : régime Vert du Dr Diamonne (nutritionniste français), régime flexitarien...etc.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ***Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement, ANSES, rapport d'expertise collective***, novembre 2010
- [2] **« Les normes de minceur : une comparaison internationale »**, D. Robineau, T. de Saint Pol, 2013, Population et sociétés, INED, n°504
- [3] **« Surpoids, normes et jugements en matière de poids : comparaisons européennes »**, T. de Saint Pol, 2009, Population et sociétés, INED, n°455
- [4] **« Le culte de la minceur et la gestion sociale du risque : le cas de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée »** G. Baril, MC Paquette et M. Gendreau, Sociologie et sociétés, vol. 43, n°1, 2011, p. 201-222
- [5] **« La responsabilité de l'entreprise privée dans le culte de la minceur et dans la dérive pré-anorexique de la femme active »** FA Guitten, 2012.
- [6] **« Non, je ne veux pas de cette prévention-là ! Laissez-nous manger tranquilles »** Jean-Paul Laplace, CholeDoc Numéro spécial 140&141-2014
- [7] **Résultats de la consultation publique relative au « Rapport sur l'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement »**, ANSES, janvier 2011
- [8] **GP's intervention in changing lifestyle behavior of adipose patients**, Lezic D., février 2007, Acta Med Croatia
- [9] **« Preventing weight gain : one-year results of a randomized lifestyle intervention »** TerBogt NC, October 2009, Am J Med Precedent
- [10] **« Overweight and obesity: Knowledge, attitudes and practices of general practitioners in France »** Bocquier A. , Avril 2005, Obesity research
- [11] **Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles**. Fayemendy P, et al. Cahiers de nutrition et de diététique (2014).
- [12] **Body weight perception and dieting behaviour in Spanish population**. Rodríguez-Rodríguez E1, Nutr Hosp. 2009 Sep-Oct;24(5):580-7.
- [13] **The role of the General Practitioner in weight management in primary care--a cross sectional study in General Practice**. Tham M1, Young D, BMC Fam Pract. 2008 Dec 15;9:66.
- [14] <https://www.etude-nutrinet-sante.fr>

ETUDE MEDICALE SUR LES PRATIQUES DE CONTROLE DU POIDS UTILISEES PAR LES PATIENTS

Dans le cadre de ma thèse, je sollicite quelques minutes de votre attention pour répondre aux questions suivantes. Ce questionnaire est **ANONYME**. Les résultats de l'étude seront affichés par la suite au cabinet. Merci pour votre collaboration.

Docteur EL OTMANI (Médecin remplaçant)

1) Dans quelle ville vivez-vous ?

2) Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme

3) Age : **Profession :** **Ville de naissance :**

4) Avez-vous des problèmes de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez un des problèmes de santé suivants, cochez la ou les cases :

<input type="checkbox"/>	Diabète
<input type="checkbox"/>	Infarctus

<input type="checkbox"/>	Hypertension
<input type="checkbox"/>	AVC

<input type="checkbox"/>	Trop de cholestérol
<input type="checkbox"/>	Rhumatisme

5) Votre poids actuel : kg **Votre taille :**

6) Comment vous trouvez-vous ?

☐ maigre ☐ normal ☐ j'ai des kilos en trop ☐ obèse

7) Quel serait votre poids idéal ? kg

8) Ces dernières années, vous avez cherché à : ☐ perdre du poids

☐ prendre du poids ☐ je n'ai pas cherché à modifier mon poids

9) Avez-vous fait un régime dans ce but ? ☐ Oui ☐ Non

Si Oui, pourquoi ? (1 à plusieurs choix à numéroté du plus au moins important)

<input type="checkbox"/>	être en meilleure forme
<input type="checkbox"/>	Je l'ai fait à la demande de quelqu'un, précisez :
<input type="checkbox"/>	être gros n'est pas « bien vu » dans notre société

<input type="checkbox"/>	être en meilleure santé
<input type="checkbox"/>	pour ressembler aux mannequins et aux stars des magazines
<input type="checkbox"/>	pour trouver des vêtements à ma taille

<input type="checkbox"/>	être plus beau
<input type="checkbox"/>	pour une occasion (mariage...)
<input type="checkbox"/>	autre :

10) Selon vous, quel régime serait le plus efficace ? (cochez 1 seule réponse)

- ☐ Riche en protéines (viande, poisson, œuf...) ☐ Régime fruits/légumes
☐ Riche en sucres lents (céréale, pâtes) ☐ Régime dissocié
☐ Régime hypocalorique ☐ Autre :

11) Ces 2 dernières années, avez-vous fait un des régimes suivants ? (Si plusieurs régimes, cochez seulement le dernier suivi)

Si vous n'avez fait aucun régime, passez directement à la question 17.

- ☐ hypocalorique (Cohen) ☐ Weight Watchers
☐ hyperprotéiné (Dukan...) ☐ chrononutrition du Dr Delabos
☐ régime détox (fruits, légumes, infusions) ☐ soupe au chou
☐ autre :

12) Comment avez-vous connu ce régime ? (cochez 1 seule réponse)

- ☐ amis/famille ☐ diététicien ☐ télévision ☐ magazines
☐ médecin généraliste ☐ pharmacien ☐ internet ☐ autre :

13) Avant de commencer ce régime, en avez-vous parlé à votre médecin traitant ?

- ☐ Oui ☐ Non

14) Quand vous faisiez ce régime, vous étiez : ☐ Seul ou Suivi par :

<input type="checkbox"/>	médecin traitant
<input type="checkbox"/>	coach sportif

<input type="checkbox"/>	diététicienne
<input type="checkbox"/>	psychologue

<input type="checkbox"/>	médecin nutritionniste
<input type="checkbox"/>	autre :

15) Quand vous faisiez ce régime, en avez-vous parlé (de votre régime) à votre médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non

16) Qui vous a le plus aidé durant ce régime ? (Cochez 1 seule réponse)

<input type="checkbox"/>	conjoint
<input type="checkbox"/>	médecin traitant
<input type="checkbox"/>	coach sportif

<input type="checkbox"/>	famille autre
<input type="checkbox"/>	diététicienne
<input type="checkbox"/>	psychologue

<input type="checkbox"/>	amis/collègues
<input type="checkbox"/>	médecin nutritionniste
<input type="checkbox"/>	autre :

17) Quelle activité physique faites-vous dans le but de modifier votre poids ?

☐ aucune ☐ marche ☐ jogging ☐ autre sport

18) Pour maigrir, avez-vous déjà pris : (Cochez 1 ou plusieurs réponses)

<input type="checkbox"/>	Des coupe-faims <u>naturels</u> (plantes, homéopathie)
<input type="checkbox"/>	Des brûle-graisses (caféine, guarana...etc)
<input type="checkbox"/>	Des laxatifs
<input type="checkbox"/>	Des diurétiques

<input type="checkbox"/>	Des substituts repas (hyperprotéinés...)
<input type="checkbox"/>	Des médicaments achetés sur Internet – précisez :

19) Pour maigrir, avez-vous déjà sauté des repas ? ☐ Oui ☐ Non

20) Pour maigrir, vous êtes-vous déjà fait vomir ? ☐ Oui ☐ Non

21) Avez-vous déjà fumé dans le but de contrôler votre poids ? ☐ Oui ☐ Non

22) Si vous avez consommé des produits amaigrissants, sauté des repas, vomi et/ou fumé pour modifier votre poids, en avez-vous parlé à votre médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous n'en avez pas parlé à votre médecin traitant, dites pourquoi en cochant une des raisons suivantes :

<input type="checkbox"/>	c'était occasionnel
<input type="checkbox"/>	ça n'a pas d'impact sur ma santé

<input type="checkbox"/>	j'ai peur d'être « jugé »
<input type="checkbox"/>	autre :

23) Selon vous, quelle serait la personne idéale à consulter pour vous aider à gérer votre poids ? : (Cochez 1 seule réponse)

<input type="checkbox"/>	conjoint
<input type="checkbox"/>	médecin traitant
<input type="checkbox"/>	coach sportif

<input type="checkbox"/>	famille/amis
<input type="checkbox"/>	diététicienne
<input type="checkbox"/>	psychologue

<input type="checkbox"/>	chirurgien plastique
<input type="checkbox"/>	médecin nutritionniste
<input type="checkbox"/>	autre :

24) Pensez-vous que votre médecin traitant puisse vous aider à gérer votre poids ? ☐ Beaucoup ☐ Assez ☐ Peu ☐ Pas du tout

25) Pensez-vous que le suivi du poids fasse partie des fonctions des médecins généralistes ? ☐ Oui ☐ Non

26) Parlez-vous de votre poids à votre médecin traitant ?

☐ Oui

☐ Non

27) Qu'est-ce qui vous empêcherait de faire suivre votre poids par votre médecin traitant? (1 à plusieurs choix à numéroté du plus au moins important)

Je ne suis pas motivé pour perdre du poids	J'ai quelques kilos en trop mais je suis en bonne santé
Le médecin traitant manque de formation en nutrition	Un suivi régulier serait difficile au cabinet (manque de temps du médecin)
La durée des consultations est trop courte	J'ai peur de ne pas être écouté ou soutenu
Je manque de temps	J'ai peur d'être jugé
Je manque d'argent	je suis déjà suivi par : (précisez)

28) Qu'attendez-vous de votre médecin traitant ? (1 à plusieurs choix à numéroté du plus au moins important)

quelques conseils nutritionnels (manger équilibré), faire du sport...	un suivi régulier avec pesées et menus personnalisés pour m'aider à gérer mon poids
qu'il n'hésite pas à me parler de mon poids quel que soit le motif de ma consultation	qu'il me renseigne sur les régimes et produits amincissants (Dukan, crème minceur, etc.)
des temps de consultation plus longs pour discuter de mon poids	qu'il m'envoie vers un nutritionniste
qu'il crée et anime un groupe de parole entre patients en surpoids	autre attente concernant le poids :

Merci pour votre participation ☺ ☺ ☺

N'oubliez pas s'il vous plaît de remettre le questionnaire à la secrétaire en sortant

	FEMMES (n=780) (100%)	HOMMES (n=246) (100%)
IMC		
maigre	9 (1%)	0 (0%)
normal	446 (57%)	110 (45%)
surpoids	233 (30%)	108 (44%)
obèse	92 (12%)	28 (11%)
$p=0,0002$		
IMC moyen	24,46	25,36
IMC idéal moyen	22,18	24,08
IMC idéal		
maigre	5 (0,6%)	0 (0%)
normal	576 (74%)	138 (56%)
surpoids	116 (15%)	80 (32,5%)
obèse	3 (0,4%)	3 (1%)
$p=10^{-4}$		
Perception du poids		
Maigre	13 (2%)	6 (2%)
Normal	289 (37%)	123 (50%)
Surpoids	443 (57%)	111 (45%)
Obèse	34 (4%)	6 (2%)
$p=0,0043$		
Tentative de modification pondérale		
Perte	460 (59%)	92 (37%)
Gain	21 (3%)	15 (6%)
Aucune	299 (38%)	139 (56,5%)
$p=10^{-4}$		
Régime		
Oui	310 (40%)	57 (23%)
Non	470 (60%)	189 (77%)
$p=10^{-4}$		

Tableau 1: POIDS REEL, POIDS PERÇU ET TENTATIVES DE MODIFICATION PONDERALE SELON LE SEXE

		FEMMES (n=780) (100%)	HOMMES (n=246) (100%)	TOTAL (n=1026) (100%)
IMC	Maigre	9 (1%)	0 (0%)	9 (0,9%) (100%)
	1	3 (0,4%)	0 (0%)	3 (33%)
	2	6 (0,8%)	0 (0%)	6 (67%)
	Normal	446 (57%)	110 (44,7%)	556 (54%) (100%)
	1	10 (1%)	6 (2%)	16 (3%)
	2	256 (33%)	89 (36%)	345 (62%)
	3	179 (23%)	15 (6%)	194 (35%)
	Surpoids	233 (30%)	108 (44%)	341 (33%) (100%)
	2	27 (3,5%)	33 (13%)	60 (18%)
	3	202 (26%)	74 (30%)	276 (81%)
	4	4 (0,5%)	1 (0,4%)	5 (1%)
	Obèse	92 (12%)	28 (11%)	120 (12%) (100%)
	2	0 (0%)	1 (0,4%)	1 (1%)
	3	62 (8%)	22 (9%)	84 (70%)
	4	30 (4%)	5 (2%)	35 (29%)

Tableau 2 : PERCEPTION DU POIDS SELON LE SEXE ET L'IMC

Perception du poids : 1= maigre, 2=normal, 3=surpoids, 4=obèse

IMC	FEMMES				HOMMES				TOTAL
	perte	gain	rien	total	perte	gain	rien	total	
maigre	1(0,2)(11)	1(4,8)(11)	7(2)(78)	9(1,2)(100)	0(0)(0)	0(0)(0)	0(0)(0)	0(0)(0)	9(0,9)(100)
1	0(0)(0)	1(4,8)(33)	2(0,7)(67)	3(0,4)(100)	0(0)(0)	0(0)(0)	0(0)(0)	0(0)(0)	3(0,3)(100)
2	1(0,2)(17)	0(0)(0)	5(2)(83)	6(0,8)(100)	0(0)(0)	0(0)(0)	0(0)(0)	0(0)(0)	6(0,6)(100)
normal	212(46)(38)	20(95)(3,6)	214(72)(38)	446(57)(80)	20(22)(3,6)	12(80)(2)	78(56)(14)	110(45)(20)	556(54)(100)
1	0(0)(0)	5(24)(31)	5(2)(31)	10(1)(62)	0(0)(0)	5(33)(31)	1(0,7)(6)	6(2)(37)	16(1,5)(100)
2	89(19)(26)	14(67)(4)	153(51)(44)	256(33)(74)	16(17)(5)	6(40)(2)	67(48)(19)	89(36)(26)	345(34)(100)
3	122(26,5)(63)	1(5)(0,5)	56(19)(29)	179(23)(92)	4(4)(2)	1(7)(0,5)	10(7)(5)	15(6)(8)	194(19)(100)
surpoids	165(36)(48)	0(0)(0)	68(23)(20)	233(30)(68)	54(59)(16)	3(20)(0,9)	51(37)(15)	108(44)(32)	341(33)(100)
2	8(1,7)(13)	0(0)(0)	19(6)(32)	27(3,5)(45)	11(12)(18)	2(13)(3)	20(14)(33)	33(13)(55)	60(6)(100)
3	153(33)(55)	0(0)(0)	49(16)(18)	202(26)(73)	43(47)(15,6)	1(6,7)(0,4)	30(22)(11)	74(30)(27)	276(27)(100)
4	4(0,9)(80)	0(0)(0)	0(0)(0)	4(0,5)(80)	0(0)(0)	0(0)(0)	1(0,7)(20)	1(0,4)(20)	5(0,5)(100)
obèse	82(18)(68)	0(0)(0)	10(3)(8)	92(12)(77)	18(20)(15)	0(0)(0)	10(7)(8)	28(11)(23)	120(12)(100)
2	0(0)(0)	0(0)(0)	0(0)(0)	0(0)(0)	1(1)(100)	0(0)(0)	0(0)(0)	1(0,4)(100)	1(0,1)(100)
3	55(12)(65)	0(0)(0)	7(2)(8)	62(8)(74)	12(13)(14)	0(0)(0)	10(7)(12)	22(9)(26)	84(8)(100)
4	27(6)(77)	0(0)(0)	3(1)(8,6)	30(4)(86)	5(5)(14)	0(0)(0)	0(0)(0)	5(2)(14)	35(3)(100)
TOTAL	460(100)(45)	21(100)(2)	299(100)(29)	780(100)(76)	92(100)(9)	15(100)(1,5)	1 39(100)(14)	246(100)(24)	1026(100)(100)

Tableau 3 :

TENTATIVES DE MODIFICATION DU POIDS SELON LE GENRE, L'IMC ET LA PERCEPTION DU POIDS

Perception du poids : 1= maigre, 2=normal, 3=surpoids, 4=obèse

ETUDE PAYS DE LA LOIRE		OBEPI 2012
Nombre de sujets	1026	25714
% issus du nord-ouest	71%	13,9%
% de femmes	76%	52,5% (Référence nationale : 52,4%)
% de 18-54 ans	68,3%	60,5% (Référence nationale : 60,3%)
Professions principales	23,6% retraités 24% employés 15% sans-emploi	26,2% retraités 17,1% employés 15,8% sans-emploi (Référence nationale : 26,4% / 17,2% / 15%)
Hypertension Hypercholestérolémie Diabète $p=10^{-4}$	15% (R x 2,2 Surpoids / x 3,5 Obèse) 11% (R x 2,3 Surpoids / x 3,6 Obèse) 5% (R x 7 Surpoids / x 14 Obèse)	17,6% (R x 2,3 Surpoids / x 3,6 Obèse) 15,9% (R x 2,2 Surpoids / x 2,7 Obèse) 5,8% (R x 3 Surpoids / x 7 Obèse)
IMC (% total)	54% Normal/ 33% Surpoids/ 12% Obèse	53% Normal/ 32% Surpoids/ 15% Obèse (Obésité en Pays de la Loire : 11,8%)
IMC moyen	24,67	25,40
IMC femmes (% total femmes)	57% Normal/ 30% Surpoids/ 12% Obèse	58% Normal/ 26% Surpoids/ 15,7% Obèse
IMC hommes (% total hommes)	45% Normal/ 44% Surpoids/ 11% Obèse	47% Normal/ 39% Surpoids/ 14% Obèse
$p=0,0002$		
Obésité selon l'âge $p=10^{-4}$	11,4% des 18-24 ans 16,2% des 55-64 ans 13,6% des > 65 ans	5,4% des 18-24 ans 19,5% des 55-64 ans 18% des > 65 ans
Obésité selon la catégorie professionnelle $p=10^{-4}$	14,5% des retraités 10,6% des ouvriers 22% des sans-emploi 7,6% des cadres	18,9% des retraités 16,7% des ouvriers 11,8% des sans-emploi 8,7% des cadres

R x : risque multiplié par

Tableau 4: Comparaison des caractéristiques socio-démographiques et anthropométriques auto-déclarées par la population de l'étude à celles de la population incluse dans l'enquête Obepi 2012

PRATIQUES DE CONTROLE DU POIDS ET IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES

Les françaises entreprennent souvent des régimes et ce, même en l'absence de surpoids (INCA 2). Cette étude quantitative transversale consistait en un état des lieux régional des pratiques d'amaigrissement, mené par auto-questionnaire distribué à 1026 consultants en médecine générale dans les pays de la Loire, du 17 avril au 27 juin 2014. L'objectif secondaire de l'étude était de définir le rôle attribué par les patients au médecin généraliste dans le suivi pondéral.

36% des participants ont fait un régime dernièrement, souvent hyperprotéiné ou Weight Watchers. Ce sont surtout des femmes (84%), de poids normal (30%), qui le font pour l'esthétisme et sans suivi médical (pour 71%). Les participants ont moins recours aux médicaments, jeûne, tabac et vomissements pour maigrir. 22% ne pratiquent aucun sport.

Les personnes idéales pour l'aide à la gestion pondérale, citées par ordre décroissant, sont la diététicienne, le nutritionniste, le médecin traitant et le conjoint. Les ¾ de la population estiment que le suivi pondéral fait partie des fonctions des généralistes. Pourtant, 62% ne parlent pas de leur poids à leur médecin. 39% attendent de lui la sollicitation spontanée de la question du poids. Les principaux freins invoqués au suivi pondéral par le généraliste sont la difficulté d'un suivi régulier et des consultations trop courtes.

Les régimes étant dangereux pour la santé (ANSES 2010), il s'avère primordial, pour la société, de lutter contre le culte de la minceur qui engendre une « préoccupation excessive à l'égard du poids »; et pour le corps médical, de promouvoir le poids-santé chez les sujets normo-pondérés et d'informer sur les risques liés à ces pratiques.

MOTS-CLES

PRATIQUES DE CONTROLE DU POIDS

MEDECINE GENERALE

REGIME AMAIGRISSANT

ROLE DU MEDECIN

GESTION PONDERALE

ETUDE QUANTITATIVE

AUTO-QUESTIONNAIRE

PATIENTS