

Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations

Rachel Guérin¹, Évelyne Lasserre², Alain Moreau¹, Axel Guïoux³, Marie-France Le Goaziou¹,
Martine Laville⁴, Laurent Letrilliart^{1 & 4}

exercer 2008;84:135-41.

laurent.letrilliart@wanadoo.fr

1. Département de médecine générale – UFR Lyon 1
2. Service commun de sciences humaines et sociales – UFR Lyon 1
3. Centre de recherches et d'études anthropologiques – UFR Lyon 2
4. INSERM U-449 – Centre de recherche en nutrition humaine de Rhône-Alpes (CRNH-RA)

Introduction. La prévention de l'obésité est un enjeu de santé publique, notamment chez les sujets en surpoids. Les représentations des médecins généralistes et des adultes jeunes en surpoids influencent la prise en charge du surpoids en médecine générale. L'objectif de cette étude était de les décrire et de les comparer.

Méthode. Deux séries de cinq entretiens collectifs sous forme de focus groups ont été organisées en région Rhône-Alpes, respectivement auprès d'adultes jeunes en surpoids et de médecins généralistes.

Résultats. Quarante-deux sujets en surpoids âgés de 18 à 44 ans ont été inclus dans la première série. Quarante-six médecins généralistes ont participé à la seconde. À la différence des médecins, les sujets en surpoids distinguaient nettement le surpoids de l'obésité. Ils privilégiaient la notion de plaisir et leur qualité de vie immédiate. Ils attendaient du médecin un suivi technique et psychologique personnalisé au long cours, plutôt qu'un traitement médicamenteux. Les médecins se sentaient souvent impuissants. Ils associaient au surpoids un manque de volonté des patients et un facteur de risque pour la santé.

Conclusion. La problématique du surpoids chez l'adulte jeune comporte des enjeux non seulement sanitaires mais aussi psychoaffectifs. Les médecins généralistes devraient avoir conscience de l'importance de l'aborder avec une attitude empathique et un vocabulaire approprié, en évitant d'assimiler le surpoids et l'obésité.

Introduction. Prevention of obesity is a major public health challenge, especially in overweight people. Primary care of young overweight people depends on the views of general practitioners and those of overweight people. This study aimed at describing and comparing these views.

Method. Two series of five focus groups were organised in the Rhône-Alpes region (France).

Results. The two series included respectively 42 young overweight people (aged 18 to 44) and 46 general practitioners. Unlike general practitioners, the overweight patient clearly differentiated between overweight and obesity. They stressed the importance of pleasure and of immediate quality of life. They expected from their general practitioners a long term personalised technical and psychological follow-up, rather than a drug treatment. The physicians often felt powerless. They associated overweight with patient's lack of motivation and a health risk factor.

Conclusion. Overweight in young adults not only involves sanitary issues, but also psychological and affective issues. General practitioners should realise the importance of handling it with an empathic attitude and appropriate wording, and avoid assimilating overweight with obesity.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Introduction

En 2006, la prévalence de l'excès de poids a été estimée à 41,6 % de la population française de plus de 15 ans¹. La prévalence de l'obésité était de 12,4 % (en augmentation de 51 % depuis 1997) et celle du surpoids de 29,2 % (en augmentation de 3 % depuis 1997)¹. La morbidité liée à l'obésité a été clairement mise en évidence². C'est un facteur de risque pour certaines pathologies cardiovasculaires, métaboliques, néoplasiques,

arthrosiques, pour le syndrome d'apnée du sommeil et les lithiases vésiculaires³. La surmortalité potentielle liée au surpoids est controversée⁴. Le surpoids est une zone frontière mal explorée, dans laquelle l'attitude à adopter n'est pas parfaitement codifiée. Le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans sa prise en charge, notamment chez l'adulte jeune, avant la survenue éventuelle d'une obésité et de ses comorbidités. Selon des études réalisées au Danemark et au Royaume-Uni, les médecins semblent en difficulté, rappor-

Mots-clés

Surpoids
Représentations
Relation médecin-malade

tant un sentiment d'échec et de manque de moyens^{5,6}. De leur côté, les patients semblent incomplètement satisfaits de la réponse offerte en soins primaires⁷. Peut-être existe-t-il, entre médecins généralistes et patients en surpoids, des différences de représentations qui compliquent la relation médecin-patient en raison d'une mauvaise compréhension réciproque. Cette étude qualitative visait à décrire et à comparer les représentations qu'adultes jeunes en surpoids et médecins généralistes avaient du surpoids.

Méthode

Cette étude a utilisé la technique des entretiens collectifs⁸ (*focus groups*). Le recrutement a été effectué selon un échantillonnage raisonné⁹, en recherchant un ratio hommes-femmes équilibré et des secteurs géographiques socialement diversifiés des départements du Rhône (bassin lyonnais) et de la Haute-Savoie (bassin annemassien). Cinq entretiens collectifs ont été organisés avec des médecins généralistes entre janvier 2004 et février 2005. Ils ont été contactés par courrier et, en l'absence de réponse, par téléphone. Parallèlement, cinq entretiens collectifs ont été organisés avec des adultes jeunes en surpoids, recrutés par les médecins généralistes des secteurs géographiques étudiés et, pour le Rhône, par annonces dans la presse grand public. Le surpoids était défini par un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 25 et 29,9 kg/m² et

calculé à partir du poids et de la taille déclarés par les participants potentiels. Était considéré comme « adulte jeune » tout sujet entre 18 et 44 ans. L'ensemble des participants a été indemnisé.

Le guide d'entretien permettait d'aborder la détection, le vécu, les causes, la prise en charge et les éventuels risques du surpoids. Les séances ont fait l'objet d'un enregistrement audio. Deux observateurs étaient chargés de relever les aspects non verbaux des échanges. Les données ont été ensuite anonymisées et retranscrites. Une analyse socioanthropologique a été conduite selon la méthode de la table longue⁸. L'âge, le sexe, l'IMC des participants ont été recueillis. La profession, le lieu d'habitation et les maladies chroniques ont aussi été recueillis chez les sujets en surpoids, de même que le milieu d'exercice (rural ou urbain), la pratique éventuelle d'une activité particulière complémentaire (homéopathie, acupuncture, nutrition ou médecine du sport) et le secteur conventionnel des médecins généralistes.

Résultats

46 médecins généralistes (24 hommes et 22 femmes) et 42 sujets en surpoids (20 hommes et 22 femmes) ont participé à l'étude. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 1. La taille des effectifs a permis d'atteindre facilement la saturation des données, tout en garantissant un recrutement diversifié des participants.

	Médecins généralistes (n = 46)	Sujets en surpoids (n = 42)
IMC médian	22,4 kg/m ² (16,9 à 36,6)	27,4 kg/m ² (25,1 à 29,9)
Âge médian	48 ans (29 à 57)	31,5 ans (18 à 44)
Sexe		
Masculin	24 (52,2 %)	20 (47,6 %)
Féminin	22 (47,8 %)	22 (52,4 %)
Lieu d'habitation/d'exercice		
Urbain	42 (91,3 %)	27 (64,3 %)
Rural	4 (8,7 %)	15 (35,7 %)
Exercice particulier		
Aucun	22 (47,9 %)	—
Nutrition	10 (21,7 %)	—
Autres	14 (30,4 %)	—
Secteur conventionnel		
Secteur 1	34 (73,9 %)	—
Secteur 2	12 (26,1 %)	—
Pathologie chronique		
Oui	—	14 (33,3 %)
Non	—	28 (66,7 %)

Tableau 1. Caractéristiques des participants

Sujets en surpoids

Médecins généralistes

Comment votre excès de poids a-t-il été détecté ?**Le dites-vous à vos patients ?****Détectez-vous le surpoids de vos patients ?**

Homme (IMC = 27,7 – 32 ans) : « Je ne me sens pas gros, mais je suis bien obligé de constater que depuis quelque temps je ne rentre plus dans ce pantalon que, pourtant, avant je réussissais à porter. »

Femme (56 ans) : « Ce n'est pas forcément nécessaire de prendre en charge des patients qui se sentent bien et qui n'ont pas de cholestérol, pas de glycémie... qui ont mal nulle part ! »

Femme (IMC = 31,2 – 37 ans) : « J'ai vu une fois un médecin qui m'a dit : "Mais enfin ! Est-ce que vous vous êtes regardée ? Vous avez vu l'allure que vous avez ?" Enfin bon, je suis partie en pleurant. »

Homme (43 ans) : « C'est difficile [...] ça peut être péjoratif pour eux, mal ressenti. Et là, du coup, il y a un travail d'abord qui n'est pas évident. Il faut connaître la personne. Et puis ne pas aller la vexer, ou ne pas... effectivement... la brutaliser. »

Encadré 1. Détection et annonce du surpoids

Sujets en surpoids

Médecins généralistes

Comment vivez-vous votre surpoids ?**Comment vos patients perçoivent-ils, selon vous, leur surpoids ?**

Femme (IMC = 26 – 30 ans) : « Je suis allée dans un magasin de marques, le 42 ne m'allait pas, j'ai dit : "Non, non, je prends pas." 44, ça m'affole ! [...] Je voulais rester au 42, je suis au 44 et je me dis : "Pourvu que..." Parce que... après... pour s'habiller... Quand vous rentrez pour vous dire : "Y'a rien pour moi." [...] Je ne veux pas tomber là-dedans. Parce qu'après, on va du 44 au 46, du 46 au 48... »

Homme (52 ans) : « Ça crée une souffrance parce que l'image actuelle, c'est : il faut avoir moins de 18 ans et être absolument splendide. Ça, c'est l'image-type qu'on donne. Il n'y a pas beaucoup des gens qui sont... Star ac' ! »

Homme (IMC = 25 – 32 ans) : « Le regard des autres, moi je prends toujours ça un peu à la dérision. Donc je fais un peu le clown. Mais au bout d'un moment, ça va cinq minutes. [...] C'est la première chose qu'ils voient. Ils ne vont pas me dire : "Tu as bonne mine", ils vont me dire : "Tu as perdu du poids", "Tu as maigri". »

Homme (48 ans) : « Il y a à la fois les gens qui effectivement sont des anxieux, se retrouvent seuls le soir, etc., donc se consolent avec le réfrigérateur. Et puis, je dirais, il y a tout un tas de gens qui sont plutôt des hédonistes, plutôt en bonne forme psychologique, qui ont un boulot, qui sont en couple, avec des gamins, et qui disent : "Le soir, c'est le seul moment de la journée où on peut se raconter nos conneries à table, où on peut bouffer tranquille, boire un canon sans prendre la bagnole derrière." [...] C'est la petite gaieté du soir, avec leurs gamins, ils discutent, etc. Donc... il y a d'un côté ceux qui sont déprimés et puis ceux qui sont en forme, quoi. »

Encadré 2. Vécu du surpoids

La détection du surpoids

Les sujets en surpoids avaient souvent détecté eux-mêmes leur surpoids par le biais des vêtements, des photographies, des réactions de leur entourage, ou du miroir. Quand le surpoids avait été abordé par un médecin généraliste, l'approche avait souvent été vécue comme maladroite, parfois blessante, notamment lorsqu'un rapprochement avait été fait avec l'obésité. Du côté des médecins généralistes, le diagnostic positif de surpoids était essentiellement posé sur la pesée et le calcul de l'IMC. Certains tenaient compte du périmètre abdominal. Le dépistage était surtout pratiqué chez les sujets repérés à l'inspection. En l'absence d'autre facteur de risque, l'annonce du surpoids n'était pas systématique car jugée délicate et, selon certains, inutile (*encadré 1*).

Le vécu du surpoids

Les sujets en surpoids distinguaient clairement le surpoids de l'obésité, se définissant par opposition

aux obèses. Pour eux, le surpoids était surtout un problème personnel de regard sur soi. Il nécessitait un important travail d'acceptation de soi, notamment pour les femmes. Parfois, il existait un sentiment d'altération du regard des autres, avec une impression de stigmatisation familiale et sociale. Pour certains sujets en surpoids, essentiellement des hommes, le surpoids était vécu positivement et valorisait l'image de soi.

Pour les médecins généralistes, il existait un continuum entre le surpoids et l'obésité, qui relevaient d'une problématique unique. Ils mettaient essentiellement l'accent sur l'importance du regard de la société et sur l'altération de la vie relationnelle, affective notamment. Ils distinguaient une majorité de patients qui vivaient mal leur surpoids, souvent dans un contexte de difficultés personnelles ou sociales, d'une minorité qui semblait bien s'en accommoder (*encadré 2*).

Sujets en surpoids

Comment s'explique, selon vous, votre surpoids ?

Femme (IMC = 28 – 30 ans) : « Quand mon bébé dort et que je suis au bout du rouleau... Quand j'ai deux secondes de tranquillité... Et c'est marrant parce que, j'ai envie d'un truc sucré, j'ai déjà le goût dans la bouche, il faut que j'aille le chercher, sinon je sais que j'ai pas... un bout de chocolat, tant que j'ai pas mangé mon bout de chocolat, ça va me trotter, je vais faire un truc. Tant que je vais pas chercher mon bout de chocolat... Après c'est bon, ça va... »

Homme (IMC = 26,8 – 29 ans) : « Entre la théorie et la pratique c'est... ! Sur le moment, on est toujours d'accord et après... Quand y'a un bon gratin dauphinois avec une bonne viande, avec un bon gâteau et un bon fromage... J'aime bien moi ! C'est sûr ! J'assume ! »

Médecins généralistes

Comment s'explique, selon vous, le surpoids de vos patients ?

Homme (52 ans) : « Ça se voit beaucoup chez les... Moi, j'ai beaucoup de Gitans, des gens qui ne font rien. Et d'ailleurs les enfants, ils sont gros chez les Gitans. Ils sont gros parce qu'ils bouffent n'importe quoi, n'importe quand, n'importe comment et ils n'ont aucune activité physique. Alors là, c'est vraiment... Chez les Maghrébines aussi : elles restent à la maison, elles ne font rien, à part le ménage, elles n'ont aucune activité sportive. »

Femme (49 ans) : « Ils ne bougent pas et ils mangent mal. »

Femme (54 ans) : « Et puis ils regardent la télé. Alors la télé, on est heureux que si on bouffe. »

Homme (48 ans) : « Mais je trouve que l'histoire des gens, c'est quand même pour beaucoup une génétique qui ne leur fait pas de cadeau en fait, et qu'à partir du moment où y'a cette génétique-là, le combat va être redoutable. »

Encadré 3. Interprétation du surpoids

Les interprétations du surpoids

Pour les sujets en surpoids, le comportement alimentaire était la principale explication, avec des prises alimentaires extra-prandiales, une mauvaise répartition des repas au cours du nyctémère et une hyperphagie prandiale. Le rôle des facteurs favorisants a été particulièrement développé, notamment l'organisation sociale de l'offre alimentaire. Le stress a été très fréquemment invoqué avec, pour principales sources, le travail et la famille, particulièrement les changements sociofamiliaux (mariage, déménagement, changement de travail, etc.). Les antécédents de surpoids dans l'enfance, l'âge et les antécédents familiaux étaient aussi cités devant certaines pathologies (diabète, dysthyroïdies), et des régimes diététiques inadaptés. Enfin, certains sujets envisageaient des dysfonctionnements internes d'origine psychoaffective, métabolique, hormonale, iatrogène ou encore allergique. Le rôle de l'alcool a été aussi cité. Le tabagisme et l'activité physique étaient alternativement décrits comme facteurs d'amaigrissement par certains et comme facteurs indirects de prise de poids par d'autres.

Les médecins généralistes mettaient d'abord en cause le comportement alimentaire et secondairement la sédentarité. Certains médecins dénonçaient une insuffisance de savoir-faire culinaire mais aussi un manque de volonté, avec un vocabulaire parfois connoté très négativement. Les troubles du comportement alimentaire et les « dépressions masquées » étaient plus particulièrement évoqués par les femmes. La notion de stress était considérée soit comme une cause authentique du surpoids, soit comme une excuse pour justifier les écarts alimentaires. Certains médecins, notamment des hommes, tentaient de

trouver des explications d'ordre familial, ethnique, socioculturel et parfois génétique. L'arrêt du tabac, la grossesse, certains médicaments, des régimes abusifs, les changements sociofamiliaux ont aussi été évoqués par les médecins comme facteurs favorisant le surpoids (encadré 3).

La prise en charge du surpoids

Les sujets en surpoids rapportaient avoir bénéficié de prises en charge essentiellement éducatives. Cependant, les conseils reçus leur semblaient peu adaptés à leur mode de vie. Certains dénonçaient un manque d'empathie et des attitudes parfois culpabilisantes. Ils étaient souvent rebutés par certains termes employés par les médecins tels que « régime », « légumes à l'eau », « sport » ou « obésité ». Ils rejetaient massivement les solutions « miracles », notamment médicamenteuses. Ils attendaient des médecins généralistes une approche personnalisée, à la fois technique et psychologique, où plaisir et convivialité du repas puissent être conservés. Ils étaient aussi demandeurs d'un soutien au long cours pour établir des changements durables de leur mode de vie.

Les médecins généralistes s'estimaient souvent en difficulté, voire impuissants face au surpoids de leurs patients. Ils ressentaient un manque de motivation de leur part et invoquaient, de leur côté, un manque de temps. Ils pensaient que les sujets en surpoids attendaient des solutions rapides, n'exigeant pas d'effort. Les prises en charge envisagées étaient surtout éducatives. Le niveau d'implication personnelle était variable, certains y consacrant une part spécifique de leur travail, d'autres adressant systématiquement leurs patients à des correspondants (nutritionnistes, diététi-

Sujets en surpoids

Quelle prise en charge éventuelle avez-vous eue pour votre surpoids ?

Homme (IMC = 25,7 – 20 ans) : « Mais si on fait un régime, désolé du terme, mais pour moi c'est de la masturbation mentale. C'est-à-dire, si on n'a pas le droit de manger du fromage, on va passer à Carrefour, Champion, ED et se dire : "Y'a du fromage, mais non, je ne peux pas, je ne peux pas..." Non ! Voilà ! C'est non. On se fait du mal au moral donc on se déstabilise et aussi on déstabilise en même temps son organisme. »

Homme (IMC = 28 – 30 ans) : « Il veut me faire manger des trucs à l'eau [...]. Il pourrait être prêtre, il serait parfait dans un monastère quoi ! [...] Ça s'est arrêté là, parce que je n'y vais pas chez le médecin. Donc c'est vite vu, je crois que c'était il y a cinq ans. »

Médecins généralistes

Comment prenez-vous en charge le surpoids de vos patients ? Quelle prise en charge pensez-vous que vos patients attendent de votre part ?

Femme (50 ans) : « S'il ne se sent pas malade, il va répondre à rien. »

Femme (50 ans) : « C'est quand même très difficile de faire maigrir les gens [...], c'est l'échec permanent et c'est très, très décevant [...]. J'ai l'impression de toute manière que c'est cuit d'avance. »

Homme (48 ans) : « Une solution de facilité [...] j'ai plutôt l'impression que le patient veut que je lui prescrive un médicament et que ce médicament le fasse maigrir sans trop d'effort. »

Femme (38 ans) : « Il y a quand même les gens qui voudraient un remède miracle, un régime qui marche. »

Encadré 4. Prise en charge du surpoids

ciens, psychologues, etc.). L'objectif de la prise en charge était soit de réduire, soit de stabiliser le poids. Certains médecins indiquaient qu'avec l'augmentation de leur propre IMC, ils devenaient tolérants à des IMC plus élevés pour leurs patients (*encadré 4*).

Discussion

Pour les sujets concernés, les risques liés au surpoids ne constituaient pas un motif suffisant pour modifier leur mode de vie, alors que certains médecins pensaient que des changements d'hygiène de vie étaient indiqués. Chez les médecins, la détection du surpoids n'était pas systématique, et reposait essentiellement sur la pesée et le calcul de l'IMC. Ces critères objectifs étaient parfois perçus par les sujets en surpoids comme trop stéréotypés, faisant écho à une société normative dont la référence reste la minceur, voire la maigreur. Sur la prise en charge du surpoids, médecins et sujets en surpoids s'accordaient sur la nécessité de développer une approche personnalisée, alliant compétences techniques (conseils nutritionnels) et relationnelles (accompagnement psychologique). Si certains médecins pensaient que leurs patients attendaient des solutions médicamenteuses, « sans effort », les sujets en surpoids les rejetaient massivement et en dénonçaient l'inefficacité.

Validité de l'étude

Malgré des échantillons de grande taille pour une étude qualitative, l'extrapolation des résultats à l'ensemble des sujets en surpoids et à l'ensemble des médecins généralistes doit être prudente. Comme il est d'usage en recherche qualitative, l'échantillonnage ne reposait pas sur une randomisation⁹.

Néanmoins, 64 % des sujets en surpoids habitaient en milieu urbain, ce qui est proche de la proportion de 60,2 % recensée en France¹⁰. En outre, 33 % d'entre eux déclaraient avoir une pathologie chronique, estimation comparable aux proportions de 38 et 33 % rapportées par les femmes et hommes français âgés de 30 à 44 ans¹¹. Il n'est pas impossible que l'indemnisation des sujets en surpoids ait sélectionné des personnes de milieu socio-économique plus faible, bien que le phénomène inverse ait été plus souvent rapporté¹². Par ailleurs, n'ayant pas mesuré la taille et le poids des sujets interrogés, il est possible que des sujets obèses aient été inclus ; le recrutement des sujets en surpoids sur la base du poids et de la taille déclarés est cependant considéré comme valide¹³. Enfin, l'IMC utilisé a des limites et n'est pas le seul indicateur envisageable pour la classification des corpulences et l'évaluation du risque cardiovasculaire^{14,15}.

La proportion des médecins généralistes exerçant en milieu rural 9 % était relativement proche de celle observée à l'échelon national (13,4 %). Parmi eux, 48 % ont déclaré exercer une activité particulière, notamment dans le domaine nutritionnel (22 %), ce qui est élevé comparativement aux données nationales (23 % des généralistes ayant une activité particulière)¹⁶. Néanmoins, les médecins de l'échantillon pratiquaient tous la médecine générale.

Surpoids et obésité : des problématiques distinctes

Une nette divergence est apparue sur le positionnement du surpoids par rapport à l'obésité. Les sujets en surpoids distinguaient clairement le surpoids de l'obésité et opposaient leur vécu et leurs éventuels risques pour la santé à ceux des personnes obèses. À l'inverse, les médecins généralistes assimilaient

volontiers surpoids et obésité, les surcharges pondérales semblant constituer à leurs yeux une problématique unique. Cette confusion est aussi présente en France dans le champ de la pédiatrie, où le surpoids a pu être assimilé avec l'obésité au sein d'une catégorie intitulée « obésité de degré 1 »¹⁷. Cet amalgame explique, d'une part, l'insatisfaction rapportée par les sujets en surpoids qui sont assimilés à une population à laquelle ils ne se sentent pas appartenir et, d'autre part, les difficultés de prise en charge éprouvées par les médecins. Il est utile, au contraire, de distinguer les risques spécifiquement liés au surpoids de ceux liés à l'obésité, d'autant que des résultats récents indiquent qu'à l'inverse de l'obésité (et de la maigreur) le surpoids ne générerait aucun excès de mortalité¹⁸.

L'impact des représentations et des termes employés

Le rejet massif d'éventuelles solutions médicamenteuses par les sujets en surpoids contredit l'idée selon laquelle ces patients seraient en quête d'une solution strictement externe à leur problème, d'autant qu'ils en reconnaissent l'origine comportementale¹⁹. En revanche, certains médecins ont effectivement une vision strictement interne du problème, qui serait contrôlable par le patient. Cela les conduit implicitement à considérer les patients comme responsables de leur surpoids par manque de volonté. Cette approche peut être vécue comme stigmatisante par les sujets en surpoids, faire obstacle à un travail d'acceptation de soi, et entraver la relation médecin-patient. Sans que ce point n'ait fait l'objet d'une analyse systématisée, il semble que les médecins puissent être plus compréhensifs lorsque leur propre poids augmente.

Les repères médicaux tels que l'IMC doivent être présentés au patient avec précaution, en tenant compte de son histoire et de son vécu. Que le patient ait conscience de son surpoids ou non, l'annonce (ou la confirmation) de celui-ci par le médecin est une étape clé dans l'établissement du dialogue médical autour du surpoids. Cet exercice est délicat, les médecins l'évitant parfois de crainte de perdre la confiance du patient, et les sujets en surpoids dénonçant volontiers la maladresse des médecins. Choisir en consultation un moment opportun pour aborder la question du surpoids semble donc nécessaire. Lors de l'examen clinique, éviter les termes de « obésité », de « surcharge pondérale », de « gros », et préférer des formules telles que « excès de poids » permettent de respecter la sensibilité des patients. Lors de l'établissement du plan de soins, les médecins devraient éviter les termes de « régime » et de « sport », et préférer des expressions telles que « adaptation des habitudes alimentaires » et « activité physique ».

Prise en charge du surpoids : stabiliser avant tout

Si les sujets en surpoids avaient davantage comme objectif de stabiliser leur poids, les médecins recommandaient souvent une perte de poids. Ce résultat est corroboré par une étude épidémiologique française dans laquelle 98 % des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir comme objectif de faire maigrir leurs patients en surpoids²⁰. Paradoxalement, une situation inverse a été décrite concernant l'obésité, où les patients semblaient avoir des objectifs d'amaigrissement bien supérieurs à ceux des médecins²¹. Pour le surpoids, les recommandations françaises et internationales actuelles ne préconisent pas de réduction pondérale lorsqu'il n'y a pas de comorbidités associées, situation la plus fréquente chez l'adulte jeune^{22,23}. Par ailleurs, les données épidémiologiques sont encore insuffisantes pour connaître la fréquence et les déterminants de l'évolution du surpoids vers l'obésité^{24,25}.

Sur le terrain, les médecins sont souvent en difficulté, et les sujets en surpoids insatisfaits^{5,7}. Une meilleure formation des médecins à la prise en charge globale des problèmes de poids est susceptible d'améliorer l'aide apportée aux sujets en surpoids et, au-delà, la satisfaction des patients et des médecins^{20,26}. Des outils pratiques, dont les médecins sont demandeurs^{27,28}, comme les livrets édités par le Plan national nutrition et santé, pourraient aussi les aider dans cette démarche^{29,30}.

Conclusion

Médecins généralistes et sujets en surpoids s'accordent globalement sur le vécu et les causes du surpoids. Toutefois, la non-reconnaissance du stress et la stigmatisation du surpoids, susceptibles de culpabiliser le patient, sont des éventuels facteurs d'échec de l'intervention médicale. Les médecins devraient s'interroger sur la représentation qu'ils ont du surpoids et de l'obésité et essayer de mieux comprendre le vécu des patients, afin d'améliorer la communication et l'aide qu'ils peuvent leur apporter. Dans le cadre de la prise en charge des patients en surpoids, il paraît nécessaire de rechercher des compromis qui réconcilient les notions de plaisir et de convivialité avec les notions d'hygiène de vie et de bienfaits pour la santé. Une alimentation saine et une activité physique adaptée au patient réduisent la mortalité et peuvent être une source de satisfaction et d'épanouissement^{31,32}.

Références

- ObÉpi Roche 2006. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Une enquête INSERM/TNS HEALTH-CARE SOFRES/ROCHE. (http://www.roche.fr/gear/contents/servlet/staticfilesServlet?type=data&communityId=re719001&id=static/attachedfile/re7300002/re72700003/AttachedFile_04700.pdf, consulté le 28/04/2008).
- Rapport sur la santé dans le monde, 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002. (<http://www.who.int/whr/2002/fr/>, consulté le 25/08/2007).
- Anonymous. Overweight, obesity and health risk. National task force on the prevention and treatment of obesity. Arch Intern Med 2000;160:898-904.
- Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA 2005;293:1861-7.
- Cade J, O'Connell S. Management of weight problems and obesity: knowledge, attitudes and current practice of general practitioners. Br J Gen Pract 1991;41:147-50.
- Hølund U, Thomassen A, Boysen G et al. Importance of diet and sex in prevention of coronary artery disease, cancer, osteoporosis, and overweight or underweight: a study of attitudes and practices of Danish primary care physicians. Am J Clin Nutr 1997;65(suppl):2004S-2006S.
- Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians? J Fam Pract 2001;50:513-8.
- Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche. S'approprier la méthode du focus group. La Revue du praticien médecine générale 2004;645:382-4.
- Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. BMJ 1995;311:109-12.
- Poncet JF. L'exception territoriale : un atout pour la France. Rapport d'information n° 241. Sénat 2003.
- Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. Études et résultats (DRESS) 2005;436.
- Sixsmith J, Boneham M, Goldring JE. Accessing the community: gaining insider perspectives from the outside. Qual Health Res 2003;13:578-89.
- Kuskowska-Wolk A, Karlsson P, Stolt M, Rössner S. The predictive validity of body mass index based on self-reported weight and height. Int J Obes 1989;13:441-53.
- Guïoux A, Lasserre E. Normes médicales et représentations sociales : l'indice de masse corporelle fait-il le poids ? In : Lionel Obadia, Gérard Carret. Représenter, classer, nommer. Regards croisés sur la médecine. Fernelmont, Éditions Modulaires Européennes/InterCommunications 2007:225-44.
- Kragelund C, Omland T. A farewell to body-mass index ? Lancet 2005;366:1589-91.
- Darriné S, Niel X. Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000. Études et résultats (DRESS) 2001;99.
- ANAES. Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent 2003. (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Obesite_recos.pdf, consulté le 20/05/2008).
- Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA 2007;298:2028-37.
- Ogden J, Bandara I, Cohen H et al. General practitioners' and patients' models of obesity: whose problem is it ? Patient Educ Couns 2001;44:227-33.
- Bocquier A, Verger P, Basdevant A et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. Obes Res 2005;13:787-95.
- Foster GD, Wadden TA, Makris AP et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. Obes Res 2003;11:1168-77.
- Basdevant A, Laville M, Ziegler O. Guide pratique pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France. Diabetes Metab 1998;24(suppl2):10-42.
- Anonymous. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. Expert panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight in adults. Am J Clin Nutr 1998;68:899-917.
- Fogelholm M, Kujala U, Kaprio J, Sarna S. Predictors of weight change in middle-aged and old men. Obes Res 2000;8:367-73.
- Ball K, Crawford D, Ireland P, Hodge A. Patterns and demographic predictors of 5-year weight change in a multi-ethnic cohort of men and women in Australia. Public Health Nutr 2003;6:269-81.
- Buttriss JL. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. Am J Clin Nutr 1997;65(suppl):1985S-95S.
- Observatoire Régional de la Santé (ORS) Rhône-Alpes. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. URCAM, 2004. (http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Nutrition_2004.pdf, consulté le 28/04/2008).
- Lenfant C. Physicians need practical tools to treat the complex problems of overweight and obesity. Am Fam Physician 2001;63:2139-45.
- INPES. La santé vient en mangeant. Le guide alimentaire pour tous. 4^e éd. INPES éditions 2002. Guide « grand public » : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/581.pdf> (consulté le 22/05/2008). Guide « professionnels de santé » : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/567.pdf> (consulté le 22/05/2008).
- INPES. La santé vient en bougeant. Le guide nutrition pour tous. INPES éditions 2004. (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/715.pdf>, consulté le 22/05/2008).
- Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS Med 2008;5:e12.
- Tountas Y, Manios Y, Dimitrakaki C, Tzavara C. Relationship between basic protective health behaviours and health related quality of life in Greek urban hospital employees. Int J Public Health 2007;52:341-7.

Ce projet a bénéficié du soutien de l'INSERM, de la CNAMTS, et de la Haute Autorité de Santé.