



Quelles sont les attitudes et habitudes de traitement adoptées par les médecins généralistes envers les patients souffrant d'obésité ?

Référence

Schwenke M, Luppia M, Pabst A, et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Fam Pract* 2020;21:169. DOI: 10.1186/s12875-020-01239-1

Analyse de

Louise Joly, médecin généraliste, ULiège

La prévalence de l'obésité, définie par un BMI ≥ 30 , atteint en Belgique 21% (1). Nous avons antérieurement souligné l'importance d'une prise en charge de l'obésité en première ligne. La perte pondérale fait en effet, entre autres, partie intégrante du traitement de l'ischémie coronarienne, de la fonction érectile, du syndrome des apnées du sommeil, de l'hypertension artérielle, du diabète de type II, de la gonarthrose (2-15).

Parce qu'il est le premier point de contact, le médecin généraliste est un maillon capital dans le suivi des patients avec obésité (16). La qualité de la relation médecin-patient est la pierre angulaire de ce suivi longitudinal (16). Pourtant, la stigmatisation des personnes obèses par le personnel soignant est de plus en plus fréquemment dénoncée (17). Cette nouvelle étude descriptive vise à explorer le phénomène chez les médecins généralistes en déterminant leurs attitudes et leurs habitudes de traitement envers les patients souffrant d'obésité.

Cette étude transversale, menée en Allemagne, a été réalisée grâce à des données issues de l'étude INTERACT, une RCT qui visait à évaluer une procédure courte de prise en charge de l'obésité en consultation de médecine générale basée sur 5 conseils (ouvrir le dialogue, rechercher les comorbidités, établir les options thérapeutiques possibles, déterminer les objectifs de perte de poids et suivre le patient durant le processus thérapeutique).

Des médecins généralistes ont été recrutés via un réseau professionnel attaché à un institut de santé publique et invités à compléter un questionnaire auto-administré. Les questions portaient sur l'identification des attitudes stigmatisantes par une échelle objective (« fat phobia scale », FPS), la détermination du profil sociodémographique du répondant, l'activité clinique, l'attribution des causes de l'obésité, les connaissances en matière d'obésité et les habitudes de référence à d'autres prestataires de soins (diététique, chirurgie, etc.). Les connaissances subjectives sur l'obésité ont été évaluées sur une échelle de Likert en 5 points allant d'aucune connaissance à une excellente connaissance. De plus, les médecins généralistes ont évalué les soins médicaux des patients obèses de mauvais (score 0) à excellent (score 100). Les auteurs ont ensuite tenté de mettre en évidence des associations entre ces variables.

Sur les 262 médecins généralistes contactés, 47 ont participé à l'enquête, issus de pratiques différentes (âge moyen de 48,5 ans et 59,6% de femmes). Le BMI variait de 18,14 kg/m² à 31,80 kg/m². Près des deux tiers des médecins généralistes avaient un poids normal (BMI de 18,6 à 24,9 kg/m²) et près d'un quart avaient un surpoids (BMI de 25,0 à 29,9 kg/m²), 1 était en sous-poids et 3 étaient obèses (BMI ≥ 30 kg/m²). 3/4 des médecins interrogés estiment avoir une bonne connaissance de l'obésité. Ils disent recevoir mensuellement 1/3 de patients en surpoids dans leurs pratiques (BMI ≥ 25) et référer par an en moyenne 28 patients obèses vers d'autres prestataires de soins (diététique et centres de traitement de l'obésité). 87% des médecins de l'échantillon ont estimé évaluer le risque d'obésité, les comorbidités, prodiguer des conseils sur l'activité physique et sur le changement de comportement alimentaire.

Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer la qualité des soins médicaux des patients obèses en Allemagne, les médecins généralistes de l'étude l'ont estimée à 47 sur 100. Ils ont également été interrogés sur les causes de l'obésité : les scores les plus élevés (médiane de 5 ; extrêmement significatif) ont été attribués à « apport calorique élevé », « manque d'exercice physique » et « surabondance de nourriture » ; les causes considérées comme importantes (médiane de 4) étaient « l'environnement social », « la faiblesse de la volonté », « le stress fréquent » et un « manque de connaissances » sur la nutrition et l'exercice ; la cause « éducation insuffisante » a été évaluée dans toutes les catégories de réponse (médiane de 3). Cependant, les causes physiologiques comme les facteurs hormonaux ou génétiques et d'autres troubles somatiques ont été jugées moins importantes (médiane de 2).

Les résultats recueillis à l'aide de la FPS révèlent des préjugés envers les personnes obèses (score total moyen : 3,7), par ordre d'importance sur le fait qu'ils aiment la nourriture (4,51 +/- 0,72), qu'ils mangent trop (4,28 +/- 0,97) et qu'ils manquent de volonté (3,94 +/- 0,53). Aucun item exploré par la FPS n'est associé à des attitudes positives

(score < 2,5). Les caractéristiques du médecin associées aux attitudes stigmatisantes sont le jeune âge, le sexe masculin et le fait de référer peu aux autres prestataires.

Les auteurs concluent que les médecins généralistes devraient disposer de meilleures compétences dans la prise en charge de l'obésité pour réduire les attitudes stigmatisantes.

Cette étude, malgré la petite taille de son échantillon, est plutôt bien conduite. Elle minimise par sa méthodologie basée sur une échelle validée (FPS) (18) le risque de biais de désirabilité sociale, qui aurait pu émerger si une méthode par interview avait été choisie. Il s'agit d'une étude descriptive, elle ne peut que révéler des corrélations. Elle corrobore cependant les données d'autres études (16) et les observations issues d'entretiens avec les patients et soignants (19). Un point intéressant à soulever est que la proportion de patients de > 18 ans en surpoids observée dans la patientèle par les répondants (1/3) est inférieure à celle décrite dans la population générale (53% des femmes et 67% des hommes en Allemagne, 49% de la population belge) (1).

Cette étude rappelle aux médecins qu'il est difficile d'adopter une attitude de non-jugement envers les patients et qu'il est possible qu'une attitude stigmatisante soit associée à des soins de moindre qualité. Ces observations invitent donc à réaliser une étude de bonne qualité méthodologique destinée à objectiver l'efficacité d'une attitude de non-jugement sur le partenariat avec le patient obèse et sur les objectifs de diminution de risque pour la santé.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Les guides de pratique se centrent sur les aspects factuels de la prise en charge de l'obésité. Ainsi, la Société Scientifique de Médecine Générale recommande de dispenser activement des conseils sur l'activité physique et l'alimentation aux patients avec obésité ou en cas de surpoids avec comorbidité (20). Elle rappelle le caractère individuel de la prise en charge.

Conclusion

Cette étude descriptive, de bonne qualité méthodologique malgré un petit échantillon, révèle des attitudes stigmatisantes adoptées par les médecins généralistes envers les patients souffrant d'obésité.

Références

1. Van der Heyden J, Nguyen D, Renard F, et al. Enquête de santé par examen belge Sciensano, 2018. Report No.: D/2019/14.440/90. Disponible sur: www.enquetesante.be
2. De Backer G. L'obésité réduit l'espérance de vie. *MinervaF* 2004;3(1):7-9.
3. Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, et al. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy : a life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003;138:24-32. DOI: 10.7326/0003-4819-138-1-200301070-00008
4. Avonts D. Le changement de mode de vie améliore la fonction érectile chez les hommes obèses. *MinervaF* 2005;4(5):74-6.
5. Esposito K, Giugliano F, Di Palo C et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men. A randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:2978-84. DOI: 10.1001/jama.291.24.2978
6. Van Royen P. Perte de poids et gonarthrose : réduction de la douleur et amélioration fonctionnelle. *MinervaF* 2008;7(4):60-1.
7. Christensen R, Bartels EM, Astrup A, Bliddal H. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2007;66:433-9. DOI: 10.1136/ard.2006.065904
8. Michiels B. Le surpoids, un facteur de risque indépendant d'ischémie coronarienne. *MinervaF* 2008;7(6):82-3.
9. Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, et al; for the BMI-CHD Collaboration Investigators. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Arch Intern Med* 2007;167:1720-8. DOI: 10.1001/archinte.167.16.1720
10. Chevalier P. Un programme intensif de contrôle du poids pour obtenir une rémission prolongée d'un diabète de type 2. *MinervaF* 2019;18(5):57-61.
11. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet* 2018;391:541-51. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)33102-1
12. De Cort P. Effet de la perte de poids sur la pression artérielle. *MinervaF* 2003;2(4):65-6.
13. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook N, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II. *Ann Intern Med* 2001;134:1-11. DOI: 10.7326/0003-4819-134-1-200101020-00007
14. Laekeman G. Efficacité d'une perte de poids chez des patients obèses, diabétiques de type 2 et avec Syndrome des Apnées Obstructives du Sommeil. *Minerva bref* 27/05/2010.

15. Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH, et al; Sleep AHEAD Research Group of Look AHEAD Research. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes. *Arch Intern Med* 2009;169:1619-26. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.266
16. Schwenke M, Luppia M, Pabst A, et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Fam Pract* 2020;21:169. DOI: 10.1186/s12875-020-01239-1
17. Carof S. Grossophobie: sociologie d'une discrimination invisible. Editions de la Maison des sciences de l'homme; 2021. (Interventions). DOI: 10.4000/lectures.50839
18. Bacon J, Scheltema K, Robinson B. Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes* 2001;25:252-7. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801537
19. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros »: Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. *Anthropologie & Sante*, 2017;14 (cité le 29/07/2021). DOI: 10.4000/anthropologiesante.2396
20. Surcharge pondérale et obésité chez l'adulte. Guide de pratique clinique belge. Ebpracticenet/SSMG 1/01/2006.