

Les troubles nutritionnels

EN NORMANDIE

SOMMAIRE

L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE p.2

LA CORPULENCE p.3

COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE
p.4

LA NUTRITION DANS LES CONSULTATIONS p.6

LES PERSPECTIVES p.6

MÉTHODE p.7

BIBLIOGRAPHIE p.7

SYNTHÈSE

elon l'Organisation mondiale de la santé, l'alimentation est une fonction vitale qui apporte les éléments nutritionnels indispensables à une bonne santé physique, psychologique, affective et sociale. Une alimentation inadaptée tout comme une insuffisance d'activité physique et une sédentarité forte sont parmi les principaux facteurs de risque pour une série de maladies chroniques. Des facteurs nutritionnels sont impliqués dans le risque ou la protection de l'obésité ou de certaines pathologies comme le diabète de type 2. En 2015, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire constituent les causes de décès les plus fréquentes en totalisant 53 % des 590 000 décès en France (55 % des 33 000 décès en Normandie)¹.

Outre les difficultés qui peuvent être rencontrées pour promouvoir et maintenir une alimentation équilibrée et favoriser une activité physique régulière, un rapport pathologique à la nourriture peut également se manifester et entraver le rôle protecteur de celle-ci. En effet, les troubles du comportement alimentaire (TCA), qu'ils se traduisent dans des pratiques de suralimentation ou de sous-alimentation, représentent un enjeu de santé publique important. Les complications somatiques qui leur sont associées sont nombreuses et peuvent s'avérer graves, voire mortelles.

L'ensemble des questions relatives à la nutrition occupe une place prépondérante dans les politiques de santé publique, soulignée par le Programme national nutrition santé (PNNS), le Plan obésité, le Plan cancer ou encore le Programme national pour l'alimentation.

Principaux interlocuteurs de la population concernant la santé, les médecins généralistes sont identifiés dans ces différentes politiques publiques comme une porte d'entrée privilégiée pour aborder et promouvoir des recommandations concernant la nutrition. Ils occupent également une place essentielle quant au dépistage et au diagnostic des troubles nutritionnels. En 2001, les médecins généralistes de Haute-Normandie ont été invités à participer à une étude, intitulée Normanut, dont l'objectif était d'évaluer la prévalence des troubles nutritionnels au sein de la population consultant en médecine générale². Quinze ans après la première édition, l'étude Normanut a de nouveau été mise en place avec la particularité cette fois-ci d'être réalisée sur le périmètre de la nouvelle région Normandie. Cette étude permet à l'Agence régionale de santé de Normandie de disposer, pour une population spécifique de patients, d'indicateurs relatifs à la nutrition, un des axes prioritaires du projet régional de santé. Ce document présente en effet les résultats sur l'état nutritionnel, les habitudes alimentaires, le suivi des repères nutritionnels et les TCA chez les patients consultant en médecine générale, en prenant en compte certains déterminants de santé.









L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Des consommations éloignées des repères sauf pour la consommation de viande, poisson et œuf

Les consommations alimentaires déclarées par les patients sont éloignées des repères considérés dans cette étude (voir encadré ciaprès), à l'exception de la consommation de viande, poisson et œuf (VPO). La consommation de fruits et légumes est celle qui s'éloigne la plus du repère avec près de 10 % des patients qui déclarent consommer aux moins cinq fruits et légumes par jour. Un peu plus de la moitié des patients (55 %) déclare consommer au plus deux fois des fruits et légumes au cours d'une journée habituelle.

L'éloignement des consommations alimentaires par rapport aux repères varie selon certaines caractéristiques des patients. En effet, les hommes s'éloignent plus fréquemment du repère de consommation « fruits et légumes » que les femmes. En revanche, ces dernières s'écartent davantage que les hommes du repère relatif aux féculents. Les patients âgés de 45-64 ans se différencient plus souvent du repère de consommation de féculents tout comme les patients consultant des médecins installés dans une unité urbaine moyenne (voir encadré p.7). Par ailleurs, la part des patients éloignés du repère de consommation de fruits et légumes est plus importante chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Aucune différence selon ces caractéristiques (sexe, âge, unité urbaine, consommation de tabac et d'alcool) n'est mise en évidence pour le repère de consommation des groupes VPO et produits laitiers.

Considérant uniquement les patients actifs^a, un lien entre la situation socio-professionnelle des patients et certaines de leurs consommations alimentaires est mis en évidence. En effet, les employés et ouvriers ainsi que les demandeurs d'emploi s'éloignent plus fréquemment du repère de consommation de fruits et légumes que les patients cadres, exerçant une profession intellectuelle supérieure (PIS) ou une profession intermédiaire. En revanche, ces derniers s'éloignent plus souvent du repère de consommation relatif aux produits laitiers.

Pas d'activité physique au sens du repère pour trois patients sur cinq

Un tiers des patients (32 %) déclare ne pratiquer aucune activité physique, 29 % mentionnent en pratiquer une occasionnellement et 39 % suivre le repère considéré dans cette étude.

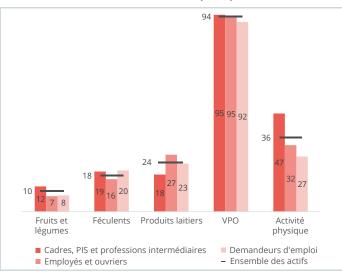
Toutes choses égales par ailleurs, les femmes s'éloignent davantage du repère d'activité physique que les hommes, de même que les patients de 45 ans et plus ou les patients fumeurs. Chez les actifs, les employés et ouvriers, les demandeurs d'emploi ainsi que les patients consultant un médecin installé dans une unité urbaine moyenne sont plus fréquemment éloignés du repère d'activité physique.

Pas de petit-déjeuner complet pour trois patients sur cinq

Un patient sur sept (14 %) déclare ne pas prendre de petit-déjeuner systématiquement chaque jour de la semaine. Parmi ceux qui le prennent systématiquement, 59 % indiquent que leur petit-déjeuner n'est pas complet^b. Les patients les plus jeunes déclarent davantage prendre un petit-déjeuner complet. Les patients actifs, les demandeurs d'emploi et les cadres, PIS et professions intermédiaires mentionnent plus souvent prendre un petit-déjeuner complet que les employés et ouvriers.

Plus d'un quart des patients (27 %) déclare sauter des repas. Parmi ces patients, deux sur cinq (41 %) le font régulièrement. Les plus jeunes ainsi que les patients fumeurs déclarent plus fréquemment sauter des repas. Chez les actifs, les employés, les ouvriers et les demandeurs d'emploi déclarent plus souvent sauter des repas.

PATIENTS RESPECTANT LES REPÈRES DE NUTRITION SELON LA SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE CHEZ LES ACTIFS (EN %)



Note de lecture : 100 % correspond à une situation où tous les patients interrogés suivent le repère défini dans l'encadré ci-dessous.

VPO : viande, poisson et œuf PIS : professions intellectuelles supérieures

Source : enquête Normanut 3, exploitation OR2S

FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE AU SENS DU REPÈRE CHEZ LES PATIENTS ACTIFS

	%	OR ajusté	IC à 95 %
Situation socio-profession	nnelle		
Cadres, PIS et profession intermédiaires	ons 47	1	
Employés et ouvriers	32	0,5***	0,4;0,7
Demandeurs d'emploi	27	0,4**	0,3;0,7
Unité urbaine			
Petite unité urbaine et zone rurale	39	0,8	0,6;1,2
Unité urbaine moyenn	e 31	0,6*	0,4;1,0
Grande unité urbaine	39	1	

* p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Analyse réalisée avec un ajustement sur l'année d'installation du médecin, le sexe, l'âge, la consommation de tabac et d'alcool du patient

PIS : professions intellectuelles supérieures

Source : enquête Normanut 3, exploitation OR2S

Repères de consommation alimentaire et d'activité physique

La consommation alimentaire est abordée par le nombre de fois qu'une famille d'aliments est consommée en moyenne par jour d'après la déclaration des patients. Elle est exprimée en fréquence de consommation.

Les **repères de consommation** considérés sont :

- aux moins 5 fruits et légumes par jour,
- des féculents 3 fois ou plus par jour,
- 3 produits laitiers par jour,
- 1 ou 2 aliments du groupe viande, poisson et œuf par jour.

Le **repère d'activité physique** considéré est la pratique d'au moins 30 minutes d'activité physique par jour.

^a Dans l'ensemble du document, les analyses concernant la situation socio-professionnelle des patients ne portent que sur les patients actifs, c'est-à-dire les patients de 18 à 64 ans, hors agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise, étudiants, scolaires et personnes invalides, sans profession (voir encadré p.7).

^b Un petit-déjeuner complet correspond à la prise d'un produit céréalier, d'un produit laitier et d'un fruit ou d'un jus de fruit.

LA CORPULENCE

Un surpoids observé pour plus de la moitié des patients

D'après les mesures anthropométriques prises par le médecin, 39 % des patients présentent une corpulence normale (voir encadré ci-dessous). L'insuffisance pondérale concerne 3 % des patients, un tiers des patients (34 %) présente un surpoids (hors obésité) et près d'un quart est obèse (24 %). Chez les personnes obèses, près des deux tiers présentent une obésité modérée (64 %), près d'un quart une obésité sévère (23 %) et 13 % une obésité massive.

Toutes choses égales par ailleurs, les hommes présentent plus fréquemment un surpoids que les femmes ainsi que les patients âgés de plus de 45 ans et que les patients non fumeurs. Chez les patients actifs, les employés, ouvriers et les patients demandeurs d'emploi sont également plus souvent en surpoids.

Concernant l'obésité, les patients fumeurs comme les patients âgés de 45-64 ans sont plus fréquemment obèses. En revanche, les patients consultant des médecins exerçants dans une grande unité urbaine présentent moins souvent une obésité. Chez les actifs, la part des patients obèses est plus importante pour les employés, ouvriers et les patients demandeurs d'emploi.

Une obésité abdominale pour deux tiers des patients

La part des patients présentant une obésité abdominale (voir encadré ci-dessous) est plus importante que celle de l'obésité globale (67 % contre 24 %). Les patients en surpoids présentent plus fréquemment une obésité abdominale (88 % des patients). Il est cependant important de souligner que deux patients sur cinq (38 %) présentent une obésité abdominale alors que leur corpulence calculée à partir de l'IMC, est normale.

Toutes choses égales par ailleurs, l'obésité abdominale concerne davantage les femmes. Les patients âgés de 45 ans et plus présentent plus fréquemment une obésité abdominale ainsi que les patients non-fumeurs. Chez les patients actifs, aucune différence significative n'est mise en évidence selon la situation socio-professionnelle.

Mesure de la corpulence

L'indice de masse corporelle (IMC) permet de définir la corpulence. Le calcul de l'IMC est le rapport du poids (kg) sur la taille au carré (m²):

 $IMC = poids (kg) / taille^2(m^2)$

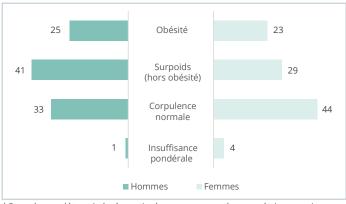
Pour les patients âgés de plus de 18 ans, les catégories sont :

- insuffisance pondérale : IMC inférieur à 18,5 kg/m²;
- corpulence normale: IMC compris en 18,5 et 25,0 kg/m²;
- surpoids : IMC supérieur ou égal à 25,0 kg/m² ;
- obésité : IMC supérieur ou égal à 30,0 kg/m² :
 - obésité modérée : IMC compris entre 30,0 et 35,0 kg/m²;
 - obésité sévère : IMC compris entre 35,0 et 40,0 kg/m²;
 - obésité massive : IMC supérieure ou égale de 40,0 kg/m².

Pour les patients de moins de 18 ans, les différentes catégories de corpulence sont définies à partir du poids, de la taille et du sexe selon les références françaises⁴, complétées par les références de l'*International Obesity Task Force*⁵.

Chez les adultes, l'**obésité abdominale** est définie par un tour de taille supérieur ou égal à 94 cm pour les hommes et 80 cm pour les femmes. L'obésité abdominale est associée, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité^{6.}

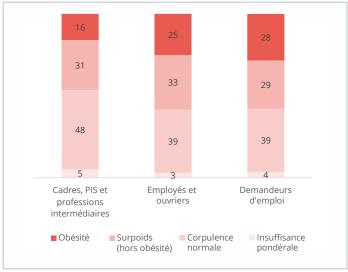
CORPULENCE* SELON LE SEXE (EN %)



*Corpulence déterminée à partir des mesures anthropométriques prises par les médecins

Source: enquête Normanut 3, exploitation OR2S

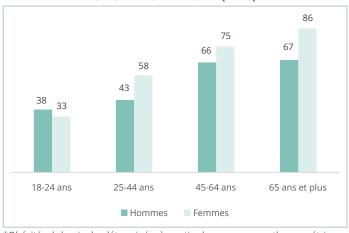
CORPULENCE* SELON LA SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE CHEZ LES PATIENTS ACTIFS (EN %)



*Corpulence déterminée à partir des mesures anthropométriques prises par les médecins

PIS : professions intellectuelles supérieures Source : enquête Normanut 3, exploitation OR2S

OBÉSITÉ ABDOMINALE* SELON L'ÂGE ET LE SEXE (EN %)



*Obésité abdominale déterminée à partir des mesures anthropométriques prises par les médecins

Source: enquête Normanut 3, exploitation OR2S

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) abordés dans cette étude sont l'anorexie mentale mixte ou restrictive (privation alimentaire stricte et volontaire avec ou non des crises de boulimie), la boulimie (crises d'absorption compulsives de grandes quantités de nourriture, suivies de comportements compensatoires inappropriés), l'hyperphagie (épisodes récurrents de crises de boulimie sans comportement compensatoire) et le grignotage pathologique.

La compulsion alimentaire a également été abordée^c et est définie par une impulsion soudaine à absorber un aliment donné en dehors des heures habituelles des repas, en réponse à une envie plutôt qu'à une nécessité métabolique.

Un TCA connu par le médecin pour 10 % des patients

Parmi les TCA que les médecins connaissent chez leurs patients, le grignotage est celui qui est le plus souvent déclaré (pour 5 % des patients), suivi de l'hyperphagie pour 2 % des patients. Les autres formes de TCA (boulimie, anorexie restrictive et anorexie mixte) ont été déclarées par le médecin pour moins de 3 % des patients. Un TCA est plus souvent connu chez les femmes (13 %) que chez les hommes (7 %). Plus précisément, l'hyperphagie et le grignotage pathologique sont plus fréquemment identifiés chez les femmes ; la boulimie, l'anorexie mixte et restrictive concernent exclusivement les femmes.

Un comportement proche de la compulsion alimentaire pour un quart des patients

Un quart des patients (27 %) déclare manger sans avoir de sensation de faim mais pour se réconforter, au moins une fois par semaine. Ce comportement se retrouve plus fréquemment chez les femmes (32 % contre 20 % chez les hommes) et chez les patients âgés de 25 à 44 ans (40 % contre 36 % chez les 12-24 ans, 30 % chez les 45-64 ans et 14 % chez les 65 ans et plus).

Un Scoff-F positif pour un patient sur huit

Un patient sur huit (13 %) obtient un test de Scoff-F positif (voir encadré ci-dessous). Une différence selon le sexe est mise en évidence pour deux des questions qui composent le test. Les femmes ont plus souvent répondu par l'affirmative à la question relative aux vomissements lorsque la personne ne se sent pas bien « l'estomac plein » et à celle relative au fait de se considérer comme trop gros(se) alors que l'entourage considère la personne comme trop mince. Pour près de deux tiers des patients ayant un test de Scoff-F positif (65 %), aucun TCA n'est connu du médecin généraliste.

Toutes choses égales par ailleurs, les hommes présentent moins fréquemment un test positif que les femmes. Un effet de l'âge sur le résultat du test de Scoff-F est également mis en évidence. Les patients âgés de 45 ans et plus présentent moins souvent un test positif que les patients plus jeunes. Par ailleurs, les patients consultant des médecins exerçant dans une petite unité urbaine

Test de Scoff-F

Le test de Scoff permet de repérer les sujets à risque ou atteints de TCA. Ce test, développé au Royaume-Uni, a été validé dans sa version française, appelé Scoff-F, en population étudiante et en médecine générale⁷.

Il s'agit d'un outil simple et rapide, composé de cinq questions dichotomiques (de type « oui/non »).

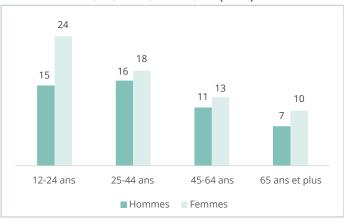
Deux réponses positives ou plus révèlent un possible TCA et donc la nécessité de consulter un professionnel de santé pour un diagnostic complet.

RÉPONSES POSITIVES AUX COMPOSANTES DU TEST DE SCOFF-F SELON LE SEXE (EN %)

Une différence significative entre les hommes et les femmes (p<0,05) est observée pour les composantes indiquées en gras.

Source : enquête Normanut 3, exploitation OR2S

TEST DE SCOFF-F POSITIF SELON L'ÂGE ET LE SEXE (EN %)



Source: enquête Normanut 3, exploitation OR2S

FACTEURS ASSOCIÉS À UN TEST DE SCOFF-F POSITIF

Sexe	%	OR ajusté	IC à 95 %
Femmes	15	1	
Hommes	11	0,6 **	0,4;0,9
Classe d'âge			
12-24 ans	20	1,6	0,9 ; 2,6
25-44 ans	17	1	
45-64 ans	12	0,6*	0,4;0,9
65 ans et plus	9	0,4***	0,3;0,7
Unité urbaine			
Petite unité urbaine et zone rurale	10	0,5***	0,3 ; 0,7
Unité urbaine moyenne	12	0,6*	0,4;0,9
Grande unité urbaine	18	1	
Surpoids			
Pas de surpoids	9	1	
Surpoids	16	2,3***	1,6;3,3

* p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Analyse réalisée avec un ajustement sur l'année d'installation du médecin, la consommation de tabac et d'alcool du patient

Source : enquête Normanut 3, exploitation OR2S

et zone rurale ou une unité urbaine moyenne présentent moins fréquemment un test de Scoff-F positif que les patients consultant des médecins installés dans une grande unité urbaine. En revanche, les patients présentant un surpoids obtiennent plus souvent un test de Scoff-F positif. Chez les patients actifs, aucune différence significative n'est mise en évidence selon la situation socio-professionnelle.

Une mauvaise perception de sa corpulence pour plus de deux patients sur cinq

Selon leur propre perception (indépendamment des mesures anthropométriques prises par le médecin), 4 % des patients se déclarent en insuffisance pondérale, 47 % de corpulence normale, 44 % en surpoids (hors obésité) et 5 % obèses.

Plus de deux patients sur cinq (44 %) ne déclarent pas être d'une corpulence correspondant à celle calculée à partir des mesures prises par le médecin (voir p.3). La répartition des patients est ainsi différente selon qu'il s'agisse de la corpulence perçue ou de la corpulence mesurée. Ce constat souligne ainsi l'importance de l'objectivité des mesures anthropométriques au regard du biais de perception des patients concernant leur propre corpulence.

Une sous-estimation plus marquée de la corpulence pour les patients en surpoids

Les patients obèses sont ceux qui estiment le moins bien leur corpulence. En effet, 80 % de ces patients la sous-estiment : 71 % se perçoivent en surpoids (hors obésité) et 9 % s'estiment de corpulence normale. Parmi les patients obèses qui sous-estiment leur corpulence, 70 % présentent une obésité modérée.

Deux patients en surpoids (hors obésité) sur cinq (41 %) sousestiment leur corpulence et se perçoivent comme étant de corpulence normale. Les patients en surpoids (hors obésité) sont 58 % à estimer correctement leur corpulence et 1 % s'estiment être obèses.

Plus de la moitié des patients en insuffisance pondérale (54 %) surestime leur corpulence en déclarant être de corpulence normale et 46 % de ces patients s'estiment être maigres.

Les patients qui estiment le plus souvent correctement leur corpulence sont les patients de corpulence normale avec 76 % de ces patients. Cependant, près d'un patient de corpulence normale sur cinq (18 %) se considère en surpoids (hors obésité) et 6 % s'estiment maigres.

Toutes choses égales par ailleurs, les hommes ainsi que les patients qui suivent le repère relatif à l'activité physique ont plus fréquemment une mauvaise perception de leur corpulence. Par ailleurs, les patients en surpoids (hors obésité) ou obèses ont également plus souvent une mauvaise perception de leur corpulence que les patients de corpulence normale. Chez les patients actifs, les employés et les ouvriers ont plus fréquemment une mauvaise perception de leur corpulence.

Une interaction entre le test de Scoff-F et les corpulences mesurée et perçue

Si un test de Scoff-F positif va plus souvent de pair avec une mauvaise perception de la corpulence chez les patients en insuffisance pondérale ou de corpulence normale, il n'en va pas de même chez les patients en surpoids. En effet, chez les patients en insuffisance pondérale ou de corpulence normale, la proportion d'erreur de perception est plus importante lorsque le test de Scoff-F est positif. À l'inverse, chez les patients en surpoids, la proportion d'erreur de perception est plus faible lorsque le test de Scoff-F est positif.

PERCEPTION DE LA CORPULENCE SELON LA CORPULENCE MESURÉE (EN %)

		Corpulence perçue			
		Maigre	Normale	En surpoids (hors obésité)	Obèse
rée	Insuffisance pondérale	46	54	0	0
mesurée	Corpulence normale	6	76	18	0
Corpulence	Surpoids (hors obésité)	0	41	58	1
Corp	Obésité	0	9	71	20

Note de lecture : 9 % des patients obèses d'après une corpulence mesurée se perçoivent de corpulence normale.

Source : enquête Normanut 3, exploitation OR2S

FACTEURS ASSOCIÉS À UNE MAUVAISE PERCEPTION DE SA CORPULENCE

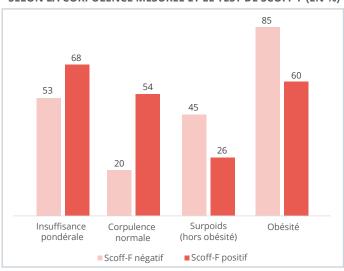
Sexe	%	OR ajusté	IC à 95 %	
Femmes	40	1		
Hommes	50	1,5 **	1,1 ; 1,9	
Corpulence mesurée				
Corpulence normale	24	1		
Surpoids (hors obésité)	42	2,5 ***	0,9;3,3	
Obésité	80	14,9 ***	10,4 ; 21,3	
Repère relatif à l'activité physique				
Repère non suivi	45	1		
Repère suivi	42	1,3 *	1,0 ; 1,7	

* p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Analyse réalisée hors patients en insuffisance pondérale et avec un ajustement sur l'année d'installation du médecin dans le département, l'unité urbaine d'implantation du cabinet du médecin, l'âge du patient, la consommation de tabac et d'alcool du patient.

Source : enquête Normanut 3, exploitation OR2S

MAUVAISE PERCEPTION DE LA CORPULENCE SELON LA CORPULENCE MESURÉE ET LE TEST DE SCOFF-F (EN %)



Note de lecture : chez les patients obèses, une mauvaise perception de la corpulence est retrouvée pour 85 % des patients lorsqu'ils ont obtenu un test de Scoff-F négatif contre 60 % lorsqu'ils ont obtenu un test de Scoff-F positif.

LA NUTRITION DANS LES CONSULTATIONS

Si la nutrition a été évoquée dans 4 % des motifs de consultations, près de la moitié des diagnostics posés par le médecin généraliste (diagnostics principaux et diagnostics nutritionnels associés) est identifiée comme étant en lien avec la nutrition. La place de la nutrition dans les consultations est également à mettre en paral-lèle avec la fréquence de déclaration de pathologies chroniques des patients et notamment de l'hypertension artérielle (33 %), des dyslipidémies (21 %), du diabète de type 2 (10 %) ou encore des cancers (3 %).

Pour plus de deux consultations sur cinq (44 %), le médecin généraliste estime que l'état de santé de son patient nécessite une action en relation avec la nutrition. Ainsi, un tiers des patients aurait besoin d'informations concernant la nutrition et 7 % d'une prise en charge. Ces besoins sont plus fréquemment identifiés chez les employés, ouvriers et demandeurs d'emploi.

Toutes choses égales par ailleurs, ces besoins sont plus souvent caractérisés pour des patients en surpoids ou présentant un test de Scoff-F positif ainsi que pour les patients déclarant sauter des repas.

BESOINS DU PATIENT IDENTIFIÉS PAR LE MÉDECIN SELON LA SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE CHEZ LES PATIENTS ACTIFS (EN %)



PIS : professions intellectuelles supérieures Source : enquête Normanut 3, exploitation OR2S

LES PERSPECTIVES

Bien que cette étude concerne un échantillon particulier de la population générale (sur-représentation des femmes, des personnes âgées de 65 ans et plus, des demandeurs d'emploi, d'employés, cadres, PIS et des patients présentant des pathologies chroniques), les résultats produits permettent de formuler un certain nombre d'éléments de réflexion autour du surpoids, de la pratique d'activité physique, des consommations alimentaires et des pathologies nutritionnelles.

Des indicateurs robustes...

Cette étude fournit des indicateurs de santé relatifs aux patients objectivés par le médecin généraliste lui-même. De plus, les données anthropométriques, issues de mesures prises par le médecin lors de la consultation, permettent de s'affranchir des biais de déclaration du patient.

...croisés avec des informations d'ordre social

Grâce au recueil d'informations sur le statut professionnel et la profession du patient, les analyses ont pu intégrer la situation socio-professionnelle du patient et mettre ainsi en évidence un lien avec certains indicateurs tels que les consommations alimentaires, l'activité physique, le surpoids et l'obésité.

Des disparités territoriales ont également été mises en évidence : des situations plus favorables pour le suivi des repères ou l'obésité chez les patients consultant des médecins installés dans les grandes unités urbaines alors que le test de Scoff-F s'avère être plus souvent négatif pour les patients consultants des médecins d'unités urbaines moyennes, petites et des zones rurales.

Le test de Scoff-F, un outil facile à mettre en œuvre

La spécificité de cette étude réside également dans l'utilisation du test de Scoff-F. La confrontation entre la proportion de TCA connus par le médecin et les résultats du test de Scoff-F témoigne de la difficulté à repérer ces troubles en médecine générale sans disposer de critères précis. Avec seulement 25 patients (sur 1 547 interrogés) pour lesquels le test de Scoff-F n'a pas été complètement renseigné, cette étude montre que les médecins généralistes ont pu facilement s'approprier ce test et qu'il s'avère être un outil intéressant pour le dépistage d'éventuels TCA, compte tenu de sa fiabilité et de sa facilité de mise en œuvre.

Des pistes pour favoriser la place de la nutrition en médecine générale

Cette étude souligne l'importance de la nutrition lors des consultations en médecine générale. La question de la mise en place d'une consultation annuelle dédiée à la nutrition pourrait ainsi se poser8. Outre le poids et la taille que mesure déjà régulièrement le médecin généraliste, ce dernier pourrait compléter cette consultation par la mesure du tour de taille, le calcul de l'IMC et l'évaluation d'autres paramètres comme l'activité physique, les consommations d'alcool et de tabac. Un test de Scoff-F associé à la guestion sur les compulsions alimentaires pourrait également être proposé lors de cette consultation dédiée, ainsi qu'un rappel des repères PNNS. Cette consultation permettrait d'adapter la prise en charge du patient, allant de conseils hygiéno-diététiques à la prise en charge spécialisée. Dans ses propositions pour la politique nationale nutrition santé en cours d'élaboration, le HCSP souligne d'ailleurs la nécessité de travailler en réseau avec des équipes pluridisciplinaires de proximité autour du médecin généraliste et en lien avec les structures sociales et associatives pour de meilleurs dépistage, diagnostic et prise en charge des patients souffrant de pathologies nutritionnelles9.

De façon plus générale, il serait important de proposer aux médecins généralistes une offre de service et un outillage dans le champ de la prévention et de l'offre de soins en nutrition qui permettraient notamment un diagnostic précoce des troubles nutritionnels, à l'image du site internet « Sport Santé Normandie » (voir encadré ci-dessous).

Sport Santé Normandie

Le Plan Régional Sport-Santé Bien-être de Normandie copiloté par l'ARS et la DRDJSCS a permis de mobiliser et faire travailler conjointement l'ensemble des acteurs régionaux, des collectivités, du mouvement sportif et des professionnel des champs de la santé et du social.

Dans ce contexte a été élaboré un site annuaire référençant de façon déclarative l'offre d'activité physique adaptée (Apa) en Normandie. Ce site permet, entre autre, de trouver une structure proposant de l'Apa aux publics particuliers et d'inscrire les structures qui en proposent.

Pour plus d'informations : https://www.sportsantenormandie.fr

MÉTHODE

L'étude Normanut est une étude transversale, visant à apprécier les tendances de la prévalence des troubles nutritionnels de la population venant consulter en médecine générale. Réalisée en 2001 et 2008 en Haute-Normandie^{2,10}, cette étude a été menée une troisième fois dans l'Eure et la Seine-Maritime en 2016 puis dans le Calvados, la Manche et l'Orne en 2017 afin de disposer de données pour l'ensemble de la nouvelle région Normandie.

Dans un premier temps, un échantillon de 82 médecins généralistes a été constitué en tenant compte de leur ancienneté d'installation dans le département et de la taille de l'unité urbaine dans laquelle est installé leur cabinet (voir encadré ci-dessous). Chaque médecin devait recruter un patient sur deux vus en consultation, âgés de 12 ans ou plus, quel que soit son motif de consultation, jusqu'à l'inclusion de 20 patients. Les femmes enceintes et les patients vus en visite à domicile ne pouvaient pas être recrutés. Au total, 1 547 patients ont été inclus dans l'échantillon.

Le recueil de données a été réalisé au moyen d'un questionnaire administré par le médecin aux patients, soit sur papier, soit directement en ligne à partir d'une application dédiée avec accès personnel et sécurisé. La période d'observation était de quatre jours au cours d'une semaine définie. Les données ainsi collectées ont été redressées afin que l'échantillon soit représentatif selon l'unité urbaine et l'ancienneté d'installation du médecin. Les tests de comparaison ont été réalisés à partir du test du Chi2 pour les variables qualitatives. La méthode de régression logistique a été utilisée pour permettre d'étudier la relation entre une variable d'intérêt et une variable explicative, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées au modèle. L'odds ratio (OR) représente la force de l'association. Si, pour une modalité donnée, l'OR est supérieur à 1, cela signifie que le phénomène étudié est plus fréquent parmi les individus ayant cette modalité que parmi les individus appartenant au groupe de la modalité prise en référence. À l'inverse, si pour une modalité donnée, l'OR est inférieur à 1, cela signifie que le phénomène étudié est moins fréquent parmi les individus ayant cette modalité que parmi les individus appartenant au groupe de la modalité prise en référence. L'OR est connu avec une marge d'erreur. Son intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) correspond à deux bornes qui entourent l'OR estimé et entre lesquelles l'OR réel a 95 % de chance de se situer.

Pour approcher les inégalités sociales de santé, la situation socio-professionnelle (voir encadré ci-dessous) a été intégrée dans les analyses ne portant que sur les patients actifs (patients âgés de 18 à 64 ans), soit sur 743 patients. Les personnes retraitées n'ont pas été prises en compte car l'information sur la dernière profession exercée a été peu renseignée. Les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise n'ont pas été intégrés à ces analyses en raison d'effectifs trop faibles. De même, les patients appartenant à la catégorie « Autres » (personnes scolarisées, étudiants, personnes invalides et personnes sans profession) n'ont pas été pris en compte du fait d'une trop grande hétérogénéité de leur situation sociale.

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS (EN %*)

(n= 1 547)	
Sexe	
Femmes	58
Hommes	42
Classe d'âge	
12-24 ans	10
25-44 ans	22
45-64 ans	38
65 ans et plus	30
Situation socio-professionnelle	
Cadres, PIS et professions intermédiaires	15
Employés et ouvriers	26
Agirculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4
Demandeurs d'emploi	8
Personnes retraitées	40
Autres (scolaires, étudiants, personnes invalides et personnes sans profession)	7
Statut tabagique	
Non fumeur	56
Ancien fumeur	24
Fumeur	20
Profil de consommation d'alcool*	
Pas de consommation d'alcool	22
Faible risque	47
Usage à risque	30
Potentielle dépendance	1
Unité urbaine	
Petite unité urbaine et zone rurale	38
Unité urbaine moyenne	28
Grande unité urbaine	34
Ancienneté d'installation	
Moins de 13 ans	52
13-22 ans	24
23 ans et plus	24
Boursantages redressés en prepart en compte l'	ancionnotó

^{*}Pourcentages redressés en prenant en compte l'ancienneté d'installation et de la taille de l'unité urbaine **Profils définis à partir du test de l'Audit-C¹¹

Unité urbaine et ancienneté d'installation

Est appelée unité urbaine, une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Trois groupes ont été définis :

- petite unité urbaine et zone rurale (inférieure à 10 000 habitants) ;
- unité urbaine moyenne (entre 10 000 et 99 999 habitants);
- grande unité urbaine (supérieure ou égale à 100 000 habitants).

L'ancienneté d'installation du médecin correspond au début d'exercice de son activité dans le département. Elle a été définie en trois groupes :

- installation récente : moins de 13 ans d'ancienneté ;
- installation intermédiaire : entre 13 ans et 22 ans d'ancienneté;
- installation ancienne : 23 ans d'ancienneté et plus.

Situation socio-professionnelle

Le statut professionnel et la profession des patients ont été déclinés en six catégories :

- cadres, professions intellectuelles supérieures (PIS) et professions intermédiaires;
- employés et ouvriers ;
- agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (AACC);
- demandeurs d'emploi;
- personnes retraitées ;
- autres: personnes scolarisées, étudiants, personnes invalides, personnes sans profession.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Certificats de décès, France entière (hors Mayotte), Inserm-CépiDc (données en ligne: http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm consulté en mars 2018).
 2. Pitard A, Courseaux A, Petit A, Déchelotte P, Villet H. Enquête de prévalence des troubles nutritionnels chez les patients consultant en médecine générale en Haute-Normandie Enquête Normanut. ORS Haute-Normandie. 2002; 71 p.
- 3. Programme national nutrition santé 2011-2015. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. 2011 ; 66 p.
- 4. Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempé M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Eur J Clin Nutr. 1991 Jan;45(1):13-21.
- 5. Cole TJ et coll. BMJ. 2000; 320: 1240-3.
- 6. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. HAS. 2011 ; 133 p.
- 7. Garcia F-D, Grigioni S, Allais E et al. Detection of eating disorders in patient: validity and reliability of the French version of the Scoff-F questionnaire. Clinical Nutrition. 2011; 30:178-81.

 8. Aubry L. Normanut 3: enquête de prévalence et caractéristiques des troubles nutritionnels chez des patients consultant en médecine générale en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2016.
- 9. HCSP. Pour une Politique Nationale Nutrition Santé (PNNS) 2017-2021. Paris : Haut Conseil de la santé publique. 2017 ; 168 p.
- 10. Flamand M, Toutain C, Déchelotte P, Villet H. Enquête de prévalence des troubles nutritionnels dans la population haut-normande consultant en médecine générale Enquête Normanut 2. ORS Haute-Normandie. 2010 ; 89 p.
- 11. Rubinsky A-D, Kivlahan D-R, Volk R-J, Maynard C, Bradley K-A. Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. Drug Alcohol Depend. 2010; 108 (1-2): 29-36.



SYNTHÈSE

Les principaux résultats de cette étude sur les troubles nutritionnels en Normandie parmi la population consultant un médecin généraliste se caractérisent par les éléments suivants :

Plus de la moitié des patients sont en surpoids (selon l'IMC):

- 41 % des hommes et 29 % des femmes sont en surpoids (hors obésité);
- 24 % des patients sont obèses sans différence entre les hommes et les femmes.

Deux tiers des patients présentent une obésité abdominale (selon la mesure du tour de taille) :

- 60 % des hommes et 71 % des femmes présentent une obésité abdominale ;
- 38 % des patients présentent une obésité abdominale alors que leur corpulence est normale.

Un patient sur huit obtient un test de Scoff-F positif :

- 15 % des femmes et 11 % des hommes obtiennent un test de Scoff-F positif;
- un trouble du comportement alimentaire (TCA) est déjà connu du médecin généraliste pour 10 % des patients ;
- pour 65 % des patients ayant un test de Scoff-F positif, aucun TCA n'était connu par le médecin généraliste ;
- 32 % des femmes et 21 % des hommes présentent un comportement de compulsion alimentaire.

Plus de deux patients sur cinq ne perçoivent pas correctement leur corpulence :

- 50 % des hommes et 40 % des femmes ont une mauvaise perception de leur corpulence ;
- 80 % des patients en situation d'obésité sous-estiment leur corpulence ;
- 41 % des patients en surpoids (hors obésité) se déclarent de corpulence normale.

Ces résultats varient selon certaines caractéristiques des patients. Le surpoids concerne davantage les hommes ainsi que les patients les plus âgés et ceux qui fument. Un test de Scoff-F positif est plus souvent retrouvé chez les femmes et chez les patients les plus jeunes. Une mauvaise perception de sa corpulence est plus fréquemment retrouvée chez les hommes ainsi que chez les patients pratiquant une activité physique au moins 30 minutes par jour et chez les patients en surpoids.

Les consommations alimentaires et la pratique d'activité physique déclarées par les patients sont assez éloignées des repères considérés. C'est plus particulièrement le cas, chez les ouvriers, employés et demandeurs d'emploi ainsi que chez les patients consultant un médecin installé dans une unité urbaine moyenne, mettant ainsi en évidence des disparités sociales et territoriales concernant les consommations alimentaires et la pratique d'activité physique.

Cette étude conforte la nécessité de renforcer la communication sur les recommandations relatives aux consommations alimentaires et leur actualisation prévue dans le futur PNNS, de continuer à agir auprès des populations les plus défavorisées dans le cadre d'actions de promotion et éducation à la santé en lien avec la nutrition et de renforcer la place du médecin généraliste pour promouvoir la santé grâce à un rapport sain avec la nutrition. L'ensemble de ce travail s'inscrit dans l'amélioration des connaissances sur la nutrition, nécessaires dans la définition et l'accompagnement des politiques publiques en vue de prioriser les actions de promotion d'une nutrition favorable à la santé.

REMERCIEMENTS

Remerciements à l'ensemble des médecins généralistes pour le recueil des données, à leurs patients pour avoir accepté de répondre au questionnaire, au Dr Lucie Aubry et à Marie-Anne Le Gall pour leur implication dans le recrutement des médecins généralistes, au Pr Marie-Astrid Piquet du CHU de Caen, au Pr Pierre Déchelotte et au Dr Joël Ladner du CHU de Rouen.



Ce document a été imprimé à 200 exemplaires en mai 2018 par l'OR2S. Il a été réalisé en partenariat avec le CHU de Rouen et le CHU de Caen avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé de Normandie.

Il a été rédigé par Olivia Guérin et François Michelot. Directrice de la publication : Dr Élisabeth Lewandowski



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL Pôle régional des Savoirs - 115 boulevard de l'Europe - 76100 Rouen - Téléphone : 07 71 13 79 32 Courriel : infon@or2s.fr - Site Internet : www.or2s.fr