

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 93

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

PAR

Bruchet Céline

Née le 18/09/1990 à Lagny-sur-Marne

Se libérer du poids de la précarité pour lutter contre l'obésité

Projet FETOMP : analyse quantitative de la population consultant en médecine générale en quartiers prioritaires de la politique de la ville de Strasbourg selon le degré de précarité

Président de thèse : Jean-Christophe Weber, Professeur

Directrice de thèse : Docteur Léa Charton



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

Edition MARS 2018
Année universitaire 2017-2018

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)

DOLLFUS Hélène

Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP0 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoisson - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirsch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047 (1) (8)	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédiopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirsch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0052	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0053	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GÉNY Bernard P0054	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0055	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOICHOT Bernard P0066	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
HOCHBERGER Jurgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP0 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP0 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	---	--------------------------

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Amand M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeirre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepeirre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie, Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cynille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeirre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphael M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GÜNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	60. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JÜNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0096	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP0 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP0 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP0 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP0 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP0 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
 - BERTHEL Marc (Gériatrie)
 - BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
 - HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
 - POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
 - BOUSQUET Pascal
 - PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
 - MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétiq.) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henn (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétiq.) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08

- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Dédicaces et remerciements

Monsieur le Professeur Jean-Christophe Weber,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé et de m'avoir fait profiter de votre expertise éthique et philosophique. Je vous exprime ma profonde gratitude.

Léa, ma Directrice de Thèse,

Merci à toi de m'avoir accompagnée et guidée tout au long de ce travail. Merci d'avoir répondu calmement à mes nombreux mails et à mes coups de pression. Bichette !

*Je remercie **Monsieur le Professeur Gilles Bertschy** d'avoir accepté d'analyser mon travail et d'y apporter un regard plus centré sur le psychisme, part essentielle de l'individu, en particulier dans l'obésité. Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse considération.*

*Je remercie **Madame la Docteure Juliette Chambe** de participer à l'évaluation de cette thèse. L'expertise d'un médecin généraliste sur ce travail est bien sûr indispensable, qui plus est de la part d'un médecin travaillant quotidiennement au contact d'une population précaire.*

*Un grand merci aux **Professeur.e.s Catherine Jung et Christian Bonah** d'avoir fait naître ce projet FETOMP, passionnant et audacieux. Sans vous, je n'aurai pas eu la chance de participer à ce projet qui a changé ma vision et mon rapport à la précarité et à l'obésité.*

*Je remercie **Madame Laurène Assailly** d'apporter son expertise sociologique et de contribuer à l'interdisciplinarité de ce travail. Je lui sais gré de ses conseils et de sa relecture de mon travail.*

Merci à tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à cette thèse, sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour. Vous m'avez ouvert votre porte et permis de rentrer dans l'intimité de votre pratique. Pour cela, je vous remercie.

Je remercie tous les patients qui ont accepté de participer à cette thèse et qui m'ont offert leur confiance en se livrant sans retenue. J'espère que ce travail leur sera bénéfique dans un avenir proche.

Je remercie la ville de Strasbourg et l'ARS Grand Est d'avoir soutenu le projet FETOMP.

*Je souhaite remercier tout particulièrement **Cécile, ma co-thésarde**. Ta présence et notre travail main dans la main a été un réel soutien pour moi et un moteur incomparable.*

Baptiste, Déborah, Marine, Abdel,

Nous avons passé de longs moments ensemble pour le recueil des données. Merci pour votre implication et votre disponibilité. Si vous n'aviez pas été là, je serais sûrement encore en train d'enregistrer des consultations.

***Priscille**, merci à toi de nous avoir aidé dans le recueil des données alors que tu savais que tu ne poursuivrais pas le projet avec nous.*

Je remercie enfin les autres internes du projet FETOMP qui ont participé à faire de ce projet un travail d'envergure.

Au Docteur Laurent Lagrange,

Merci de m'avoir accompagnée pendant 2 ans, de m'avoir aidée à grandir et devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Merci d'avoir supervisé brillamment la rédaction de mon mémoire de DES.

A Claire, ma co-interne strasbourgeoise (mais jurassienne de cœur). Nous avons surmonté des moments difficiles, tant aux urgences pédiatriques qu'un certain soir de décembre à Strasbourg... Heureusement, il me reste avant tout en mémoire les bons moments passés ensemble pendant nos années strasbourgeoises. Tu as été un tel soutien, toi seule peut réellement comprendre le sens de « thèse qui ne finit jamais »...

A Gaëlle et Tiffany,

Nous en avons traversé des années ensemble ! Remplies de stress, de révisions mais aussi de fous-rires et de moments inoubliables. Un grand merci pour votre soutien durant la réalisation de cette thèse rythmée d'incertitudes et de désespoirs.

Merci Gaëlle pour ton énergie, ton entrain, ta bonne humeur et pour nous avoir montré la voie, Docteure !

Merci Tiffany pour tes envois réguliers d'articles et de recommandations. Tu es plus efficace qu'une FMC et tu me permets d'être une docteure à la pointe !

A Deezer, pour avoir égayé mes longues heures de réflexion et d'écriture au son de la musique.

A ma famille, merci de votre soutien et pour tous ces bons moments passés... notamment à table !

A toi Ninette, ma grand-mère de cœur.

A Mamie,

Tu ne te souviens plus mais je suis sûre que tu serais très fière de moi aujourd'hui.

A Thomas et Dimitri, les meilleurs beaux-frères que je puisse avoir.

A Nathan, mon filleul et neveu,

Je ne t'oublie pas, nouveau venu dans la famille. Cette thèse est née avant toi et il faudra attendre quelques années encore avant que tu ne la lises.

A Ipsy, mon chien, pour ses câlins réconfortants dans les moments de doute.

A Lily, ma chatounette, pour avoir passé des heures couchée à côté de moi ou à se gratter le museau sur mon ordinateur pendant que j'écrivais cette thèse.

A mes parents,

Vous m'avez toujours soutenue et avez cru en moi pendant toutes ces années. Merci d'avoir sacrifié vos petites vacances annuelles pour me permettre d'étudier. Je vous dois tant et j'espère vous rendre fiers.

A mes sœurs, Lucile et Estelle

Vous qui êtes si importantes dans ma vie.

A toi Lu qui m'a toujours protégée et donnée tant d'amour.

A toi la P'tite avec qui j'ai tant partagé, nous avons mieux réussi que Marine et Clémentine finalement ! Nous sommes de vrais Serdaigles.

« Continue à nous émerveiller par tes succès scolaires...moi je suis trop vieille tu n'auras pas le temps de me soigner, c'est un peu tard »

*A ma grand-mère,
Qui ne m'aura jamais vu devenir médecin,*

Table des matières

Abbréviations	20
I. Préambule	22
II. Introduction	23
1. La vision du poids : histoire d'un changement de paradigme	25
2. L'obésité « problème de santé publique » : un choix politique fait au nom d'une « urgence sanitaire »	29
3. L'IMC : un indicateur parfait ?	32
4. L'enjeu de l'obésité en France : de la construction des campagnes de prévention à un constat d'échec socialement situé	35
5. Le projet FETOMP (Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire)	38
6. Mon travail en particulier au sein de FETOMP	40
III. Matériels et méthodes	42
1. Recueil des données	43
1) La grille ECOGEN	43
2) Le score EPICES	44
3) Saisie	45
4) Critères d'inclusion	45
2. Analyses statistiques	45
3. Procédures réglementaires et financement	46
IV. Résultats	47
1. Diagramme de flux	47
2. Caractéristiques des médecins	48
3. Comparaison population précaire et non précaire	48
1) Caractéristiques des patients	48
2) Caractéristiques du régime de sécurité sociale	50
3) Caractéristiques de la consultation	50
Caractéristiques des motifs de consultation	51
Caractéristiques des procédures	53
4) Caractéristiques de la langue	53
5) Caractéristiques du score EPICES	54
4. Comparaison des obèses au sein de la population précaire	55
1) Caractéristiques des patients	55
2) Caractéristiques du régime de sécurité sociale	56
Caractéristiques des motifs de la consultation	57
Caractéristiques des procédures	59

3) Caractéristiques de la langue	59
4) Caractéristiques du score EPICES	60
5. Caractéristiques du poids	60
V. Discussion	62
1. Forces et faiblesses de l'étude	62
1) Forces	62
2) Faiblesses	63
2. Discussion des résultats principaux	64
3. Discussion des résultats en fonction de la littérature et de FETOMP 2	65
1) Caractéristiques de la population	65
2) Des consultations qui divergent des données de la littérature	68
3) Inégalités de soins en fonction du poids	71
VI. Conclusion	73
VII. Annexes	77
Annexe 1 : Les différents quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg	77
Annexe 3 : Le score EPICES	79
Annexe 4 : Grille d'observation qualitative	80
Annexe 5 : Classification internationale des soins primaires CISP-2	81
Annexe 6 : Grille de recueil sur les médecins observés	83
Annexe 7 : Graphique : Répartitions des catégories de professions selon le niveau de précarité	84
Annexe 8 : Tableau : Caractéristiques détaillées des procédures de consultation en fonction du niveau de précarité	85
Annexe 9 : Tableau et graphique : Répartitions de l'origine des langues maternelles en fonction du niveau de précarité	86
Annexe 10 : Tableau : Caractéristiques détaillées des procédures de consultation en fonction du poids pour les patients précaires	87
Annexe 11 : Tableau : Répartitions de l'origine des langues maternelles en fonction du poids pour les patients précaires	88
Annexe 12 : Caractéristiques détaillées du score EPICES pour les patients précaires	89
Bibliographie	90

Abbréviations

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

AT/MP : Accident de Travail / Maladie Professionnelle

CISP-2 : Classification Internationale des Soins Primaires 2

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

Cs : Consultation

DHVS : Département d'Histoire des sciences de la Vie et de la Santé

DMG : Département de Médecine Générale

ECOGEN : Eléments de la COnsultation en médecine GENérale

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé

FETOMP : Formation à l'Education Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire

IC : Intervalle de Confiance

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Méd : Médecin

MT : Médecin Traitant

Nb : Nombre

NIH : National Institute of Health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

P+ : Population précaire

P+O+ : Population précaire obèse ou en surpoids

P+O- : Population précaire non obèse ou en surpoids

P- : Population non précaire

PNNS : Plans Nationaux Nutrition Santé

Pro : Professionnel

QPV : Quartier Prioritaire Politique de la Ville

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

TTT : Traitement

UE: Union Européenne

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners

I. Préambule

L'introduction a été rédigée de façon collégiale par tous les étudiants participants au projet FETOMP porté par le Département de Médecine Générale (DMG, Catherine Jung et Léa Charton) et le Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé (DHVS, Christian Bonah, Laurène Assailly). Cette introduction est donc commune à tous les travaux de thèse découlant du projet FETOMP et son utilisation dans ce cadre ne saurait constituer un acte de plagiat.

II. Introduction

Il est 11h, Mme Mehdi descend ses 5 étages sans ascenseur pour aller chercher ses filles à l'école. En rentrant, elle ira faire des courses, comme tous les jours. Trois enfants, ça consomme ! Ce jour-là elle n'a pas trop le moral. Elle a vu le gynécologue plus tôt dans la matinée parce qu'elle a envie d'un quatrième enfant, un garçon, mais pas de grossesse en perspective. Le gynécologue, qui l'a suivie pour ses trois premières grossesses, lui a dit ce matin qu'elle « *n'était pas désirable et que ça devait être difficile pour son mari d'avoir envie de la sauter* »¹ et puis il a asséné comme un coup de marteau « *si malgré ça vous étiez en cloque un jour, je ne pourrais pas vous suivre. Vu votre poids, il faudrait deux gynécos* »¹.

Il a raison, elle est trop grosse ! Mais ce n'est pas grave, la vie continue. Et voilà d'ailleurs sa fille, Karima 8 ans, qui sort de l'école : « *Maman, maman, Antoine a été méchant avec moi ! Il m'a dit : ta mère est tellement grosse que quand elle met des talons elle trouve du pétrole !* ». Elle console sa petite, ce n'est pas grave, il faut laisser les imbéciles parler... Mais dans sa tête c'est décidé, elle va perdre du poids !

Mme Mehdi se rend chez son généraliste, il est toujours un peu pressé, mais il est gentil. Quand elle lui explique qu'elle veut perdre du poids, il lui répond qu'il n'y a pas de secret : il faut se mettre au régime et commencer à faire de l'exercice physique.

« *Mais docteur, 4 fois par jour je descends et monte 5 étages à pied et je vais jusqu'à l'école de mes enfants puis je fais les courses et après je suis debout toute la journée pour le ménage et la cuisine... en plus je mange des légumes. Et malgré tout ça je ne perds pas de poids, je ne sais pas quoi faire* ». Ce à quoi le médecin répond : « *Évidemment, vous êtes*

¹ Citations recueillies sur le site de l'association « Gras Politique » (<https://graspolitique.wordpress.com/liste-non-safe/>), qui recueille des témoignages de patients ayant eu à faire à des médecins « grossophobes ».

devenue comme ça en respirant de l'air et en suçant les brins d'herbe »².

Mme Mehdi rentre chez elle, elle était venue avec un problème, elle est repartie avec une injonction au régime et des recommandations qu'elle connaît déjà par cœur ².

Cette journée de Mme Mehdi est l'histoire d'une femme ordinaire face à de la violence ordinaire. Elle n'est pas à plaindre, elle est grosse. Elle l'a un peu mérité... quand on sait qu'il suffit de « bien » manger pour maigrir, 5 fruits et légumes par jour, tout ça c'est une question de volonté.

Caricaturale l'histoire de Mme Mehdi ? Bien sûr, les traits sont gros et l'accumulation des remarques grossophobes est choquante, mais les paroles discriminantes ou stigmatisantes sont fréquentes dans la vie des gros et en particulier au sein du système médical. Chez le neurochirurgien ils peuvent entendre *« Oui vous avez une hernie discale, mais ce n'est pas ça qui provoque vos douleurs, c'est plutôt votre poids ! Il n'y a pas besoin de vous opérer, il suffit que vous perdiez du poids et ça ira mieux. Je vais vous adresser chez mon collègue chirurgien digestif pour un bypass »*. Dans les comptes rendus de consultation de cardiologie, il est très fréquemment écrit : *« J'ai encouragé le patient à perdre du poids »*. Ainsi, les paroles ne sont pas toujours crues et insultantes, mais elles restent blessantes en raison de leur banalité et de leur accumulation.

Certains médecins qualifiés de « grossophobes » sont dénoncés nommément, avec leur spécialité et leur lieu d'exercice, sur des sites d'associations de défense « des gros » (Gras Politique par exemple). Certains de ces médecins répondent en laissant des commentaires pour se défendre : *« ce n'était pas dit méchamment, c'était pour faire réagir. », « on est quand même censé faire de la prévention »*. Effectivement, lors du socle commun des études médicales il est enseigné que le surpoids et l'obésité sont des maladies qu'il faut soigner et prévenir. En cours, on pouvait entendre sous forme de blague : *« la vie c'est comme une boîte de chocolat : elle dure moins longtemps chez les gros ! »*.

² Citations recueillies sur le site de l'association « Gras Politique » (<https://graspolitique.wordpress.com/liste-non-safe/>), qui recueille des témoignages de patients ayant eu à faire à des médecins « grossophobes ».

À travers ces témoignages de patients qui dénoncent la grossophobie et les réactions incrédules des médecins attaqués, on entrevoit déjà un problème de sémantique : il semble exister une incompréhension entre les médecins et leurs patients, il y a des divergences sur la définition même du surpoids comme « maladie ». Ainsi, la frontière entre prévention, agression et maltraitance est ténue.

1. La vision du poids : histoire d'un changement de paradigme

L'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) définit actuellement l'obésité d'une part comme « *un facteur de risque de développer des maladies telles que l'hypertension artérielle, les stéatohépatites non alcooliques, les dyslipidémies ; mais aussi des cancers (sein, utérus, foie)* » et d'autre part comme une « *maladie de l'adaptation aux récentes évolutions des modes de vie* » (1). La définition elle-même est donc ambivalente : maladie ou simple facteur de risque ? La définition médicale du terme est-elle en concordance avec celle du « grand public » ?

La vision « profane » du poids a évolué au cours de l'histoire, du Moyen-Âge à la Renaissance le corps gros était synonyme de bonne santé et de richesse ; puis, progressivement, il est devenu signe de paresse, de manque d'esprit, de péché moralement condamnable et socialement ridiculisé.

Ainsi, le tableau de Rubens (1620) « La chute des damnés » en est une représentation. Une partie des damnés payent leur glotonnerie et leur paresse : leurs corps dont les chairs sont démesurées, déformant têtes et cous, remplis de boursouflures, sont les symboles de la paresse de ces pécheurs et de leur insatiable gourmandise, des péchés qui les conduisent en enfer.



FIGURE 1 : TABLEAU DE RUBENS (1620) : "LA CHUTE DES DAMNÉS"

C'est en 1701 que le terme d'obésité apparaît pour la première fois dans une édition du dictionnaire de Furetière. Elle y est définie comme "un état d'une personne trop chargée de graisse ou de chair", ce terme n'implique donc pas la notion de maladie. Cependant, à partir du moment où un nouvel état corporel est créé, la communauté médicale s'y intéresse et soupçonne rapidement un lien entre obésité et problèmes de santé. Le Dr De La Panouze,

par exemple, a publié en 1836 un « *traité sur l'embonpoint ou obésité, moyens de le prévenir et de le combattre* », il parle dans cet ouvrage de l'obésité (ou la polysarcie) comme d'un « fléau » (2). Elle est alors définie comme une maladie qu'il convient de soigner pour éviter des complications : « *la mort subite, l'apoplexie, les maladies du cœur, les lipomes* » (2). Ce médecin vendait déjà au début du XIX^{ème} siècle, des « remèdes miracles » pour lutter contre le surpoids.

Le sociologue Claude Fischler décrit le basculement de la vision sociétale du corps gros vers la médicalisation par l'expression : « de l'embonpoint au mal-en-point » (3). Jean-Pierre Poulain situe le point de ce basculement au début du XX^{ème} siècle (1911) : « *Un des points les plus intéressants dans cette étape de la médicalisation de l'obésité est l'opposition entre la valorisation culturelle de l'embonpoint et les conceptions que la médecine commence à promouvoir* » (4).

La vision médicale du poids prend donc progressivement l'ascendant sur la vision culturelle, qui faisait de l'embonpoint quelque chose de valorisé, un signe de « bonne santé ». La véritable médicalisation du poids date – d'après de nombreux articles – du milieu du XX^{ème} siècle. Après la Deuxième Guerre Mondiale, dans les pays occidentaux, industrialisés et prospères, des études de cohorte de grande ampleur (type Framingham) sont lancées, certaines d'entre elles financées par des compagnies d'assurance américaines privées (5,6). Ces études permettent de déterminer, entre autres, les facteurs de risques cardio-vasculaires et c'est en 1983 que l'obésité est reconnue comme un facteur de risque indépendant (7). L'obèse est dès lors accusé de négligence personnelle qu'il conviendra de lui faire payer en augmentant ses cotisations d'assurance maladie.

Suite à ces études on s'aperçoit que grâce à l'évolution de la société (conditions de vie...) et de la recherche médicale (commercialisation des antibiotiques notamment), les pathologies chroniques prennent le pas sur les maladies aiguës infectieuses comme cause première de mortalité précoce, ce que la santé publique décrit comme une transition épidémiologique. En même temps, la disparition des guerres et des famines dans les pays

occidentaux industrialisés post 1945 et l'industrialisation agro-alimentaire établissent une abondance alimentaire sans précédent dans cette aire géopolitique. Paradoxalement, plus l'accès à la nourriture est facilité et plus la mode est à la minceur.

Aujourd'hui, le corps idéal, normal et normé, des pays développés est un corps mince, synonyme de son contrôle, de sa bonne gestion ; comme un aboutissement de la civilisation des mœurs, où la maîtrise de son corps témoigne de la maîtrise de soi et de ses affects (8). Nous vivons ainsi dans des sociétés où les individus sont devenus des autoentrepreneurs d'un soi sanitaire et d'un capital santé. L'obésité incarne alors le manque de contrôle de soi, le stigmate d'une insuffisance morale et d'une incapacité de gestion.

La vision médicale du poids, quant à elle, est devenue normée et chiffrée. Les termes d' « obésité » et de « surpoids », depuis passés dans le langage courant selon une définition souvent moins précise, appartiennent au lexique médical, ils se réfèrent à l'indice de masse corporelle (IMC) dont les seuils fixés, 25kg/m^2 et 30kg/m^2 , ont une fonction objectivante.

L'obésité était définie comme une maladie dans la classification internationale des maladies n°9 (CIM9) datant de 1977, elle est également présente dans les révisions de la CIM n°10 (1993) et 11 (2019) (9). Mais elle devient réellement « maladie » aux yeux du public lorsque l'OMS la qualifie en 1997 de "maladie chronique" et parle pour la première fois « d'épidémie mondiale » (10). Cette épidémie est considérée comme particulièrement inquiétante dans les pays développés dont les gouvernements définissent alors l'obésité comme un « problème majeur de santé publique ». Cette décision a entraîné en France la mise en place de politiques de santé publique centrées sur les individus en surpoids ou obèses (nous en discuterons dans la partie 4 de l'introduction sur la construction des campagnes de prévention) en vue de responsabiliser ces individus par rapport à leurs habitudes de vie considérées comme délétères et relevant de leur volonté individuelle. Une approche plus politique était envisageable, dans une vision collective du problème, le caractérisant ainsi de problème d'inégalité sociale.

Ce bref historique du regard sur l'obésité permet de resituer cet objet comme n'allant pas de soi en tant que catégorie médicale. En effet, l'on observe en retraçant l'histoire de « l'obésité maladie » que cette entité nosologique est le fruit d'une construction sociale négociée qui n'est pas nécessairement diffusée et acceptée dans tous les milieux sociaux ni dans tous les contextes culturels.

2. L'obésité « problème de santé publique » : un choix politique fait au nom d'une « urgence sanitaire »

Depuis 1975, le nombre de cas d'obésité a presque triplé. On estime en 2016 que 39% des adultes sont en surpoids (environ 1,9 milliard d'adultes) et 13 % sont obèses (soit 650 millions). Alertés de cette augmentation exponentielle du phénomène ainsi que des dangers sanitaires en résultant, l'OMS le définit comme relevant de la santé publique en 1997 et évoque le terme d' « épidémie mondiale » (10). La médicalisation du poids est ainsi actée institutionnellement et il revient, de facto, aux acteurs de santé la responsabilité de sa prise en charge.

Depuis le milieu du XX^{ème} siècle, de nombreuses études ont exploré et étayé les complications médicales liées à l'obésité. Ces études ont permis de découvrir que la situation d'obésité expose à des comorbidités entre autres : risque accru de pathologies cardio-vasculaires et endocriniennes (diabète non insulino-dépendant, HTA, AVC, infarctus du myocarde, athérosclérose, insuffisance cardiaque...), de cirrhoses non alcooliques, de nombreux cancers (11), de pathologies rhumatismales (gonarthrose, coxarthrose) (12) et de symptômes dépressifs secondaires à la stigmatisation (13).

Selon l'OMS, 2,8 millions de personnes au moins décèdent chaque année de pathologies pour lesquelles l'obésité est reconnue comme facteur de risque. En 2009, une

étude américaine portant sur 900 000 personnes retrouve que pour un IMC compris entre 40 et 45 kg/m², la survie médiane est réduite de 8 à 10 ans, des effets comparables à ceux du tabagisme (14). Une méta-analyse de 2016, regroupant 239 études et plus de 10 millions de participants sur 4 continents, montre que la mortalité est la plus basse pour un IMC entre 22,5 et 25kg/m², elle augmente dès le grade de surpoids et atteint un risque relatif de 1,94 pour une obésité de grade 3. Elle montre aussi des variations plus importantes chez les hommes et les personnes jeunes, mais pas de différence selon l'origine géographique (15). Soulignons que ces mêmes études ont également relevé des situations dans lesquelles le surpoids semble protecteur, comme l'ostéoporose post-ménopausique ou certaines pathologies cardiaques (16,17). En effet, chez les plus de 60 ans dans l'insuffisance cardiaque aiguë et chronique, la surcharge pondérale et l'obésité légère à modérée semblent associées à une amélioration substantielle de la survie comparativement au poids normal. Nommées « paradoxe de l'obésité », ces situations interpellent les chercheurs et les incitent à poursuivre leurs explorations pour en comprendre les mécanismes.

Dans son rapport de 2012, la HAS place le médecin généraliste comme acteur principal de la prise en charge du surpoids, intervenant de premier recours (18). Elle recommande : de « *repérer régulièrement le surpoids et l'obésité lors des consultations. Le médecin devra alors peser ses patients à chaque consultation, et en inscrire la taille pour surveiller l'évolution de l'IMC. Il devra alors au cours de consultations dédiées et de suivi régulier, réaliser une éducation thérapeutique. Un patient en excès de poids nécessite une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical que le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas. Il faudra chercher à corriger un excès d'apports énergétiques et aider le patient à trouver un équilibre alimentaire à travers des modifications durables de ses habitudes alimentaires. Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, le médecin peut proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée. L'activité physique quotidienne doit être présentée comme*

indispensable au même titre que le sommeil ou l'hygiène corporelle. La prise en charge par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours. Les modifications de comportement obtenues pour l'activité physique, et l'alimentation doivent être maintenues sur le long terme ».

Les politiques de santé publique placent ainsi les médecins généralistes en première ligne d'action, mais finalement, le médecin n'a que peu de moyens pour agir sur des déterminants qui dépassent largement le champ médical. Même en s'en tenant au champ médical, on peut s'interroger sur la pertinence de la formation des étudiants en médecine sur le thème de l'obésité. En effet, il existe un chapitre « Obésité de l'enfant et de l'adulte » en quatrième année qui, après avoir développé les obésités secondaires rares (<2%), précise que la majorité des obésités sont « essentielles » et que leur prise en charge repose sur une alimentation hypocalorique, une activité physique régulière et modérée, une psychothérapie de soutien et une prise en charge chirurgicale si nécessaire. Lorsque l'on se place du point de vue sociologique, qui décrit l'obésité comme la résultante complexe d'un grand nombre de facteurs intriqués – sociaux, économiques, psychologiques, culturels, voire culturels, politiques, etc. – cette formation semble seulement effleurer le problème sans armer suffisamment les médecins pour le combattre. De plus, les médecins qui se spécialisent en nutrition deviennent experts des apports caloriques dans l'alimentation, ce qui contribue souvent à réduire l'obèse à une vision de simple mangeur sans s'intéresser plus aux autres dimensions citées.

Toute cette formation médicale est basée sur une approche réductionniste qui fait de l'obèse la résultante agrégative d'un ensemble réduit d'éléments qui le composent : c'est caricaturalement un mangeur compulsif, sédentaire dépressif. Cette approche omet la complexité et l'intrication des différents facteurs de l'obésité ainsi que les facteurs ne répondant pas à une responsabilité intrinsèque du sujet (environnement, culture...). Réduire l'obésité à un problème de santé publique dont le traitement est individuel exclut la part de responsabilité des inégalités sociales dans la genèse du problème.

Sans nier le rôle des médecins, une remise en question des stratégies de prise en charge du poids nous semble donc nécessaire. En particulier dans les milieux précaires où l'on constate le plus de dissonances entre visions profane et médicale du poids. Cette dissonance porte en particulier sur la définition de « l'obésité-maladie ». Les enjeux de cette définition du surpoids sont particulièrement visibles quand on retrace l'histoire de l'indicateur dédié à sa mesure : l'IMC.

3. L'IMC : un indicateur parfait ?

Les études scientifiques sur lesquelles repose la justification d'une médicalisation de l'obésité ont été réalisées à partir de mesures normées de l'adiposité. La formule de l'IMC a été imaginée en 1832 par Adolphe Quételet qui cherchait à décrire la relation entre le poids et la taille d'une population adulte, en dehors de toute préoccupation concernant l'obésité et sa prise en charge (19). Cette formule est restée confidentielle jusqu'au XX^{ème} siècle où les études épidémiologiques de grandes échelles portant sur les conséquences du surpoids et de l'obésité ont débuté. C'est en 1972 qu'une étude portant sur l'évaluation des différents moyens de mesure de l'adiposité a fait de la formule de Quételet le « *gold standard* » et l'a nommé IMC : « indice de masse corporelle » (20). L'usage de l'IMC s'est alors progressivement étendu de l'épidémiologie et des essais cliniques à la pratique médicale courante, comme un outil rapide d'évaluation de la masse adipeuse individuelle des patients.

En 1985, les *National Institutes of Health* (NIH, l'équivalent aux États-Unis de l'INSERM en France) ont déterminé les seuils d'IMC définissant le surpoids et l'obésité dans le but de fixer un indicateur qui permettrait aux médecins de dépister et ainsi de prévenir l'obésité, par le simple pouvoir objectivant d'un seuil chiffré officiel (21).

C'est à partir de 1998 que l'OMS impose l'usage de l'IMC pour « uniformiser » les recherches épidémiologiques à travers le monde. Un rapport de l'OMS explique cependant que : « *la méthode utilisée pour fixer les seuils de l'indice de Quételet est en grande partie arbitraire* » (22). Ils sont en effet basés sur l'observation d'une courbe (ci-après) mettant en relation la mortalité et l'indice de Quételet.

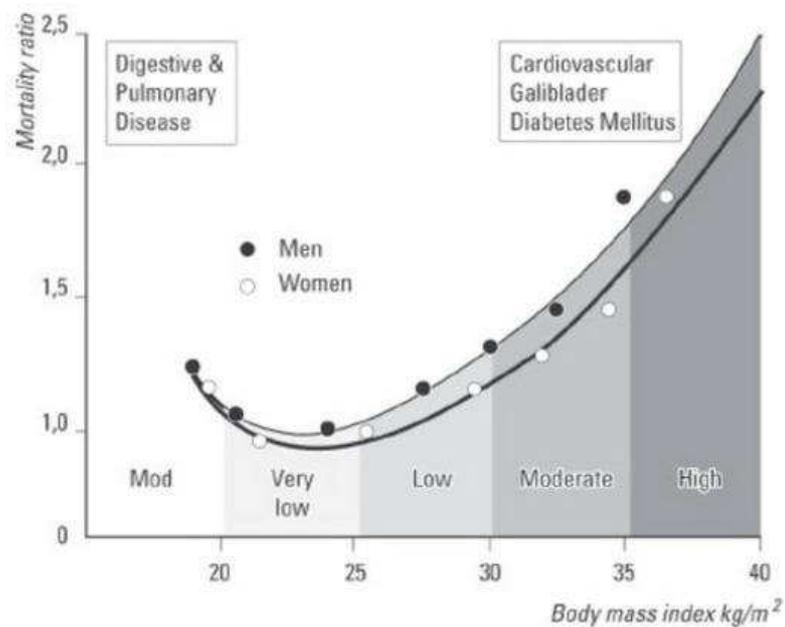


FIGURE 2 : RAPPORT ENTRE L'IMC ET LE RATIO DE MORTALITÉ (RAPPORT OMS)

Dans ce même rapport, l'OMS précise que « *le seuil de 30 a été retenu, car il correspond au point d'inflexion de la courbe* », mais explique aussi que « *dans ce domaine, les études sont en général entachées d'un certain nombre d'insuffisances méthodologiques (...) la plupart ayant été réalisées sur des sujets habitant l'Europe occidentale ou les États-Unis d'Amérique* » (22).

Jean-Pierre Poulain explique dans un rapport INSERM sur l'obésité de l'enfant, dans le chapitre « *L'IMC, un bon outil de communication pour les chercheurs, mais...* », que : « *la trop grande diversité des méthodes de mesure de l'obésité [...] constituait le principal obstacle à la réalisation de méta-analyses. Il était donc urgent de promouvoir une méthode unique permettant de faire des comparaisons. Cependant, si le choix récemment réalisé sous l'égide de l'OMS (...) de l'IMC descripteur international de l'obésité, est incontestablement un progrès pour la communication entre les chercheurs, il présente des inconvénients que l'on ne saurait sous-estimer. À l'échelle de la planète, tous les hommes n'ont pas le même type physique. Et, bien qu'en exposé liminaire les spécialistes de l'obésité précisent souvent que l'IMC n'est valide que pour (selon leur expression) les « Caucasiens », les tendances à la généralisation reprennent vite le dessus et nombreuses sont les études qui l'utilisent avec son échelle d'interprétation pour des populations d'un autre type physique. (...). Il convient donc de bien mesurer les limites de validité de telles données et les conséquences d'un tel choix » (23).*

On comprend alors que, si l'IMC a une valeur certaine pour les études épidémiologiques, sa diffusion auprès du grand public est, selon JP Poulain, controversée, puisque l'intérêt de son utilisation au niveau individuel ne semble pas clairement démontré. Cette utilisation pourrait même se révéler plus délétère que bénéfique puisque cet outil est facile d'accès, mais par le pouvoir objectivant qui lui est attribué, il est susceptible de faire basculer l'autoreprésentation du sujet de personne en bonne santé à obèse et malade sans que sa condition biologique ne varie, par une simple opération mathématique de division. L'absence d'apprentissage d'un regard critique sur cet indicateur conduit à une construction normative de classes de corpulence, de « normo-pondéral » à « obésité morbide », qui devient une identité sociale, donnant la bénédiction à toute forme de stigmatisations et de discriminations des corps déviants de la norme. Ainsi, dans son livre « *Sociologie de l'obésité* » JP Poulain explique qu'« *en se vulgarisant et en se diffusant dans le corps social, les classes d'indice de masse corporelle tendent à se transformer en normes sociales de*

corpulences « acceptables », « désirables » ou « déviantes », soutenant ainsi le processus de stigmatisation » (4).

4. L'enjeu de l'obésité en France : de la construction des campagnes de prévention à un constat d'échec socialement situé

L'obésité est une « épidémie mondiale » depuis 1997 selon l'OMS (10), mais qu'en est-il de la situation en France ?

À partir de la fin des années 70, dans l'ensemble des pays développés, obésité et surpoids vont progressivement devenir un problème (de santé) publique. Au contraire, la France semble dans un premier temps particulièrement protégée de cette problématique, à tel point qu'on parlait d'un « paradoxe français », puisqu'on observe une plus faible propension au surpoids dans l'ensemble de la population malgré un investissement culturel fort dans l'art de la cuisine et des repas gastronomiques. Cependant, le phénomène de l'obésité et du surpoids gagne le pays dans les années 1990 et devient même progressivement un des principaux enjeux de santé publique pour les autorités sanitaires. Actuellement, près de la moitié de la population française est concernée par un excès de poids (recensement Obépi de 2012) (24,25).

La sociologue C. Boubal retrace le processus de la construction de l'obésité comme problème de santé publique en France et dans l'Union européenne (26). La France prend en 2000 la présidence tournante du Conseil de l'Union européenne et doit donc mettre en avant des thèmes phares d'action publique. Dans un contexte où l'OMS commence à alerter sur la question du surpoids et où la crise alimentaire de la « vache folle » a frappé les esprits, l'alimentation semble porteuse et susceptible d'actions vues comme « positives » pour l'UE. La médicalisation internationale de l'obésité fournit un argument pour faire sortir cette

question de la sphère privée et la porter au niveau des représentations collectives : c'est désormais un enjeu de santé publique, sur lequel le politique se doit d'intervenir.

L'auteure s'interroge ensuite sur la pertinence de campagnes nationales de préventions qui cherchent à mobiliser la responsabilité individuelle des mangeurs, alors que les déterminants du surpoids révélés par les études sont très majoritairement structurels. Deux ministères sont en charge de la question de l'obésité et de sa prévention à travers les différents Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS) qui s'enchaînent depuis 2001 : le ministère de la Santé et celui de l'Agriculture. Pour les responsables politiques, les campagnes de prévention doivent être consensuelles, prévenir sans froisser les acteurs industriels ; elles sont donc soumises à un système de contraintes peu conciliables. Cette action politique est qualifiée par C. Boubal de « *L'art de ne pas gouverner les conduites* ». L'objectif fixé pour l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), en charge de développer ces campagnes de prévention, est de « *transformer une norme de prévention en un mode d'épanouissement personnel* » (26) plutôt que de pointer du doigt des produits agro-alimentaires identifiés comme obésogènes. Cela a abouti entre autres au slogan « *mangez 5 fruits et légumes par jour* » qui a l'avantage d'être un message à la fois positif et qui favorise la consommation, dans l'intérêt de l'industrie agro-alimentaire.

Les sociologues F. Régnier et A. Masullo montrent en outre que ces messages de prévention ne sont pas reçus de la même façon en fonction des classes sociales : les classes supérieures vont s'approprier les normes et les diffuser alors que les « précaires » y sont indifférents (27). Or, on relève un constat épidémiologique majeur : l'obésité est socialement située. Toutes les enquêtes montrent que le taux d'obésité est inversement proportionnel à la place dans la hiérarchie socio-économique, et ce de manière encore plus marquée chez les femmes (4,28–33). Sur ce sujet, les inégalités sociales de santé s'observent tout particulièrement dans certains quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). La distribution des différentes corpulences dans l'espace social, loin d'être aléatoire ou uniquement héréditaire, est liée aux conditions de vie : ceux qui occupent les positions

sociales les plus précaires ont toutes les chances d'avoir un corps plus éloigné du « corps légitime » (27,34). L'écart entre le corps qui « est » et le corps qui « devrait être » augmente à mesure que l'on s'enfonce dans la précarité, en particulier dans les quartiers défavorisés où elle est la norme. L'adhésion à la thèse du surpoids comme problème de santé publique est d'autant plus facile pour l'opinion publique qu'elle conforte les représentations corporelles dominantes, issues des classes bourgeoises et favorisées. Cette valorisation d'un éthos de classe de la minceur peut s'interpréter comme l'instauration, ou le renforcement, d'une violence symbolique corporelle à l'égard des populations pauvres : leur place dans l'espace public est d'autant moins légitime que leur apparence est devenue le témoignage d'une supposée « faute morale », discréditante et discréditée.

Au-delà du fait sanitaire, le problème public de l'obésité ou de la sédentarité est intriqué dans une définition sociale et morale du « bon poids » ou de la bonne apparence physique qui dépasse l'enjeu de la santé. Déroger au poids « normal » dans l'espace public est sujet à discrédit, c'est un stigmat³ qui justifie un « *empiètement de l'espace personnel* » des personnes grosses de la part d'anonymes normo-pondérés qui ne font pas partie du corps médical, et ne sont donc aucunement dépositaires d'un « devoir de prévention », s'autorisant à les réprimander ou à les « conseiller » sans sollicitation (35). Autant de micro-agressions stigmatisantes qu'on n'observe pas, ou très peu, pour d'autres conduites à risque telle que le tabagisme. Se pose alors la question de la spécificité du surpoids et de l'obésité, de son articulation en tant qu'enjeu sanitaire, moral et de représentation sociale.

³ Erving Goffman, *Stigmaté. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Les Éditions de Minuit, [1963].

5. Le projet FETOMP (Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire)

Le poids, le rapport au corps, l'obésité sont des sujets abondamment traités en sociologie. En revanche, en médecine, les études restent centrées sur les conséquences bio-médicales de l'obésité ; les médecins se sentent investis d'un rôle de prévention « à tout prix » : responsabiliser le patient pour qu'il soit « acteur de sa propre santé »(36). Ainsi, il nous semblait indispensable de réaliser des travaux en médecine avec l'appui et l'expertise des sciences sociales.

Notre projet de recherche-action propose d'interroger les déterminants sociaux et territoriaux de l'obésité et le rapport au poids des patients adultes vivant en milieu précaire dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), à travers des observations de consultation de médecine générale en QPV, mais aussi d'entretiens et de focus group.

Les QPV sont des zones considérées comme les plus en difficulté selon la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21/02/2014 (37). En France, 4.8 millions de personnes y vivent. Ils sont caractérisés par le faible revenu médian de leurs habitants et cristallisent de nombreuses fragilités : la pauvreté monétaire, mais aussi les difficultés d'insertion sur le marché du travail, le faible niveau de formation et de qualification, l'échec et le retard scolaire. Les familles nombreuses, monoparentales, et les étrangers y sont surreprésentés. La proportion de logements sociaux y est plus importante que sur le reste du territoire. Les populations en leur sein sont cependant très hétérogènes ; les critères de précarité coexistent, mais ne sont pas partagés par tous ni de la même façon (38).

L'Eurométropole de Strasbourg compte 18 QPV représentant plus de 77 000 habitants répartis sur cinq communes, soit plus de 16% de la population de l'agglomération. Au sein de la ville de Strasbourg elle-même, on en dénombre treize : Neuhof-Meinau, Elsau,

Murhof, Molkenbronn, Laiterie, Koenigshoffen Est, Hohberg, HautePierre, Cronenbourg, Cité de l'III, Spach, Port du Rhin et Ampère (39).

En 2016, le Département de médecine générale (DMG, Catherine Jung et Léa Charton) et le Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé (DHVS, Christian Bonah, Laurène Assailly) ont répondu à un appel d'offres de l'ARS et de l'Eurométropole de Strasbourg par un projet de recherche « Recherche action sur l'obésité dans les QPV : évaluer les actions publiques et agir ensemble. Éducation thérapeutique et prévention par l'activité physique » dont l'objectif consistait à concevoir une série de travaux individuels, mais concertés qui devaient engager des étudiants en médecine à un travail d'enquête original et de terrain dans les QPV de Strasbourg pour produire des travaux de thèse cohérents et complémentaires. Le projet retenu a été nommé FETOMP (Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire), a été imaginé en trois phases :

- FETOMP 1 s'intéresse aux consultations de médecine générale en QPV et a donné lieu à 5 thèses de médecine générale : qui consulte ? Pourquoi ? Quelle est la place du poids dans ces consultations ?
- FETOMP 2 s'éloigne du contexte strictement médical pour réfléchir à la place du poids, de l'alimentation et de l'activité physique au sein de la vie quotidienne et de l'environnement matériel des habitants des QPV. Cette partie du projet a donné lieu à 5 travaux de thèse de médecine générale.
- FETOMP 3 est la partie finale du projet qui s'attachera à mettre en action les enseignements retirés des 2 premières phases : enseignements complémentaires à destination des étudiants en médecine, établissement de liens avec des « habitants relais » des QPV pour échanger sur la question du poids et faire émerger des pistes d'actions issues du terrain.

Ce projet propose de ne pas limiter les facteurs de la production sociale du (sur)poids à la dimension évidente des habitudes alimentaires ou de l'activité physique et sportive ;

mais de traiter ces deux dimensions comme des éléments d'un système global de pratiques et de croyances qui s'auto-alimentent et définissent le style de vie d'un groupe.

Au-delà des seules conditions socio-économiques d'existence, les goûts sociaux et culturels contribuent à façonner le corps physique et le rapport à l'activité physique. Nous privilégions ainsi une approche relationnelle du (sur)poids, mais également du rapport au corps qui se manifeste dans le soin, l'entretien du corps, l'alimentation, l'activité physique, la transmission familiale des « habitudes » alimentaires. Basé sur des enquêtes empiriques de terrain il s'agit d'élaborer une analyse qualitative de la manière dont les patients en situation précaire vivent leur poids. Puis, à partir des résultats de cet inventaire de terrain d'élaborer de nouvelles stratégies éducatives « d'agir ensemble » pour une éventuelle prise en charge de leur poids avec les professionnels en santé et de former le cas échéant certains patients précaires des QPV pour devenir des patients-partenaires de l'éducation et du soin.

6. Mon travail en particulier au sein de FETOMP

L'introduction commune ci-dessus a été rédigée en 2020 à la lumière de ce qui a été découvert et analysé dans FETOMP 1 et surtout FETOMP 2 : la violence sociale sur le terrain. La composante médicale n'est souvent qu'anecdotique dans les parcours pondéraux des patients précaires, mais susceptible d'ajouter une couche de violence et/ou de culpabilisation par son approche inefficace et surplombante.

C'est le cheminement intellectuel parcouru au fur et à mesure des différents travaux qui explique le décalage de ton entre cette introduction - après confrontation à la réalité sociale et matérielle parfois brutale du terrain - et le présent travail.

Mon travail personnel s'inscrit dans le projet FETOMP 1. Il cherche spécifiquement à caractériser quantitativement la population consultant en médecine générale en QPV et en

particulier la population précaire afin de connaître leur prise en charge et leurs caractéristiques socio-culturelles.

Deux revues systématiques de la littérature ont étudié l'influence du statut socio-économique (40) et de l'origine ethnique (41) sur la communication entre médecin et patient. Celles-ci révèlent que les patients défavorisés bénéficieraient de moins d'information et de moins de soutien émotionnel. Avec ces patients, les médecins seraient plus directs, chercheraient moins à construire un partenariat et les inciteraient moins à s'exprimer. Pendant la consultation, la distance entre les protagonistes, qu'elle soit sociale, économique, culturelle, raciale ou linguistique augmenterait le risque de malentendus à propos des symptômes, du profil évolutif, du contexte et des attentes du patient (42).

De plus, le travail de revue de la littérature de M. Burger, première thèse FETOMP soutenue, montre que les médecins généralistes sont conscients de leur rôle à jouer dans la lutte contre l'obésité mais se heurtent selon eux à leurs conditions d'exercice (manque de temps et de consultation dédiée) qui ne leur permettent pas une prise en charge globale optimale des patients obèses. La question du poids est donc souvent éludée au bénéfice d'autres motifs plus symptomatiques (43).

Mieux connaître la population consultant en QPV permettrait peut-être de réduire l'incompréhension entre le patient et le médecin et de donner des clefs, à l'un comme à l'autre, pour élaborer de nouvelles stratégies de prise en charge de l'obésité. C'est à partir de cette idée que ce travail de thèse a été élaboré.

Un deuxième travail quantitatif a été réalisé dans le cadre de FETOMP, il cherche à caractériser la population obèse ou en surpoids consultant dans ces mêmes cabinets de médecine générale.

III. Matériels et méthodes

PRÉAMBULE : la méthodologie de mon étude est la même que celle de Cécile Porquet. La rédaction du chapitre « matériel et méthodes » est donc également commune pour nos deux thèses.

Le projet FETOMP a été conçu en quatre phases :

- Une première phase de recherche bibliographique. Cette phase a donné lieu à deux thèses « revue de la littérature » sur les thèmes « vision du poids par les médecins » (30) et « vision du poids par les patients » d'un point de vue plus sociologique (32).

- Une phase d'observation de consultations de médecine générale en milieu précaire. Ces observations ont permis l'établissement d'un score de précarité pour chaque patient (EPICES) et un quadruple recueil de données : grille normée de données quantitatives, prise de note qualitative, enregistrement audio de la consultation et rappel téléphonique des patients ayant un excès de poids pour effectuer un entretien sur la question du poids. L'objectif était de comprendre qui consultait en milieu précaire ? Pourquoi ? Le poids était-il un sujet abordé ? Par qui ? Comment ?

- Une phase d'immersion dans la vie du quartier : réalisation d'entretiens qualitatifs d'habitants des QPV, organisation de focus group, étude en monographie d'une habitante, etc. L'objectif était d'approcher la réalité du quartier : le poids est-il un problème du quotidien ?

- La dernière phase du projet n'a pas encore débuté. Elle consistera à recruter et former des « habitants relais » qui pourront être « patients partenaires », voire « patients formateurs » pour les autres habitants mais aussi pour les professionnels de santé.

Mon travail s'est concentré sur la deuxième phase du projet et en particulier sur l'analyse quantitative des observations de consultation.

Mon travail est une étude épidémiologique observationnelle, prospective, descriptive, multicentrique, réalisée auprès de 13 médecins généralistes exerçant au sein de 5 cabinets

libéraux situés dans 4 des 13 QPV de la ville de Strasbourg. La phase du projet FETOMP portant sur l'observation de consultations a été réalisée entre octobre 2016 et mai 2018, avec le concours de 8 internes de médecine générale. Elle a été supervisée par deux membres du Département de Médecine Générale de Strasbourg et un professeur universitaire du Département de Sciences Humaines et Sociales de la faculté de médecine de Strasbourg (laboratoire DHVS). L'étude a également nécessité la participation d'un transcripteur, de traducteurs et d'un statisticien.

1. Recueil des données

Le recueil des données était basé sur l'utilisation de plusieurs outils complémentaires :

- Une grille de recueil quantitative basée sur la grille utilisée dans l'étude ECOGEN. (Certains items ont été ajustés à notre étude.)
- Une grille de recueil qualitative (cf annexe 4)
- Le score EPICES
- L'enregistrement vocal des consultations
- L'enregistrement des rappels téléphoniques de patients sélectionnés (obèses et précaires)

1) La grille ECOGEN

Le questionnaire ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale) est une grille d'observation en médecine générale (44) (cf annexe 2). Différents items sont à remplir à l'aide de la Classification Internationale des Soins Primaires CISP-2 : la CISP a été développée par l'organisation internationale de la médecine générale (WONCA) pour permettre aux professionnels de santé le recueil et l'analyse épidémiologique des données de consultations en médecine générale (motifs de consultations exprimés par le patient,

procédures réalisées ou programmées par le médecin pendant la consultation, résultats de consultations présentés par le professionnel de santé, prescriptions), ainsi que des données épidémiologiques (cf annexe 5). Avant le début de l'étude, les internes investigateurs, dont je fais partie, ont bénéficié d'une formation au recueil des données et à l'utilisation de la CISP dispensée par les membres du Département de Médecine Générale.

2) Le score EPICES

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) est un score individuel de précarité prenant en compte différentes dimensions : la situation sociale, le logement, la situation de ménage, les difficultés financières, les loisirs et l'entourage (cf annexe 3). Il a été utilisé dans notre étude pour définir la précarité à partir de la valeur seuil de 30, seuil retenu pour le Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'Examens de santé (CETAF) et l'Assurance Maladie (4).

Nous avons défini arbitrairement qu'un minimum de 28 consultations d'adultes par médecin participant devait être atteint, soit un objectif de 364 consultations au total. Le recueil s'effectuait par demi-journées de consultations, de préférence sur des plages de consultations libres, mais parfois également sur rendez-vous, selon le mode d'exercice du médecin concerné.

Toutes les consultations ont fait l'objet d'un même protocole. Le recueil se déroulait en deux étapes, par deux internes en médecine générale. Le score EPICES était rempli lors d'un entretien individuel entre le patient et un interne, qui se déroulait avant ou après la consultation médicale. Le deuxième enquêteur était chargé d'observer le déroulement de la consultation médicale. Il démarrait l'enregistrement audio et remplissait en parallèle la grille ECOGEN et une grille libre à visée qualitative (impressions, notes personnelles, interactions entre le patient et le médecin, les expressions de visage, le langage corporel...). Ce recueil a

permis d'obtenir une banque de données de consultations en cabinets de médecine générale situés au sein des quartiers prioritaires de Strasbourg.

3) Saisie

Chaque interne investigateur saisissait en différé les données recueillies sur une plateforme en ligne sécurisée (Seafire) dédiée et commune. Ces données étaient anonymisées à la source par un code alphanumérique. Les données orales ont été intégralement retranscrites et anonymisées par un tiers.

4) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour l'analyse étaient : tous les patients de plus de 18 ans se succédant pendant les horaires de consultation et ayant exprimé leur accord pour participer. Le patient était considéré comme étant en situation précaire d'après un score EPICES ≥ 30 . Le surpoids/obésité était apprécié soit par un IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² ou selon le jugement de l'interne investigateur en l'absence de données numériques.

Les critères d'inclusion des médecins généralistes observés étaient : être thésé et installé en libéral dans une zone QPV de Strasbourg, et avoir exprimé son accord pour participer à l'étude.

2. Analyses statistiques

Les variables qualitatives (effectifs et proportions de chaque modalité dans l'échantillon) ont été analysées selon le test du Chi 2 ou le test exact de Fischer en fonction de la taille de l'échantillon.

Pour chaque variable, le rapport de cotes et son intervalle de confiance à 95% ont été estimés avec la méthode adaptée (maximum de vraisemblance ou par ajustement sur les

petits échantillons). Seules des analyses univariées ont pu être réalisées par ce logiciel dans notre étude.

Nous avons tenté de contacter le service de biostatistiques de la faculté de Strasbourg pour approfondir nos données et réaliser des analyses multivariées, ainsi qu'une comparaison entre QPV et population « globale » alsacienne, mais nous n'avons pas obtenu de réponse de leur part.

La comparaison de variables qualitatives entre groupes a été réalisée soit par test de Student (variable gaussienne), soit par test non paramétrique dans le cas contraire (test de Mann-Whitney-Wilcoxon). Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Shiny Stats du Groupe de Méthodes en Recherche Clinique de Strasbourg.

3. Procédures réglementaires et financement

Notre étude a débuté avant l'adoption de la loi Jardé – loi relative aux recherches impliquant la personne humaine – et n'est donc pas soumise à ses décrets d'application.

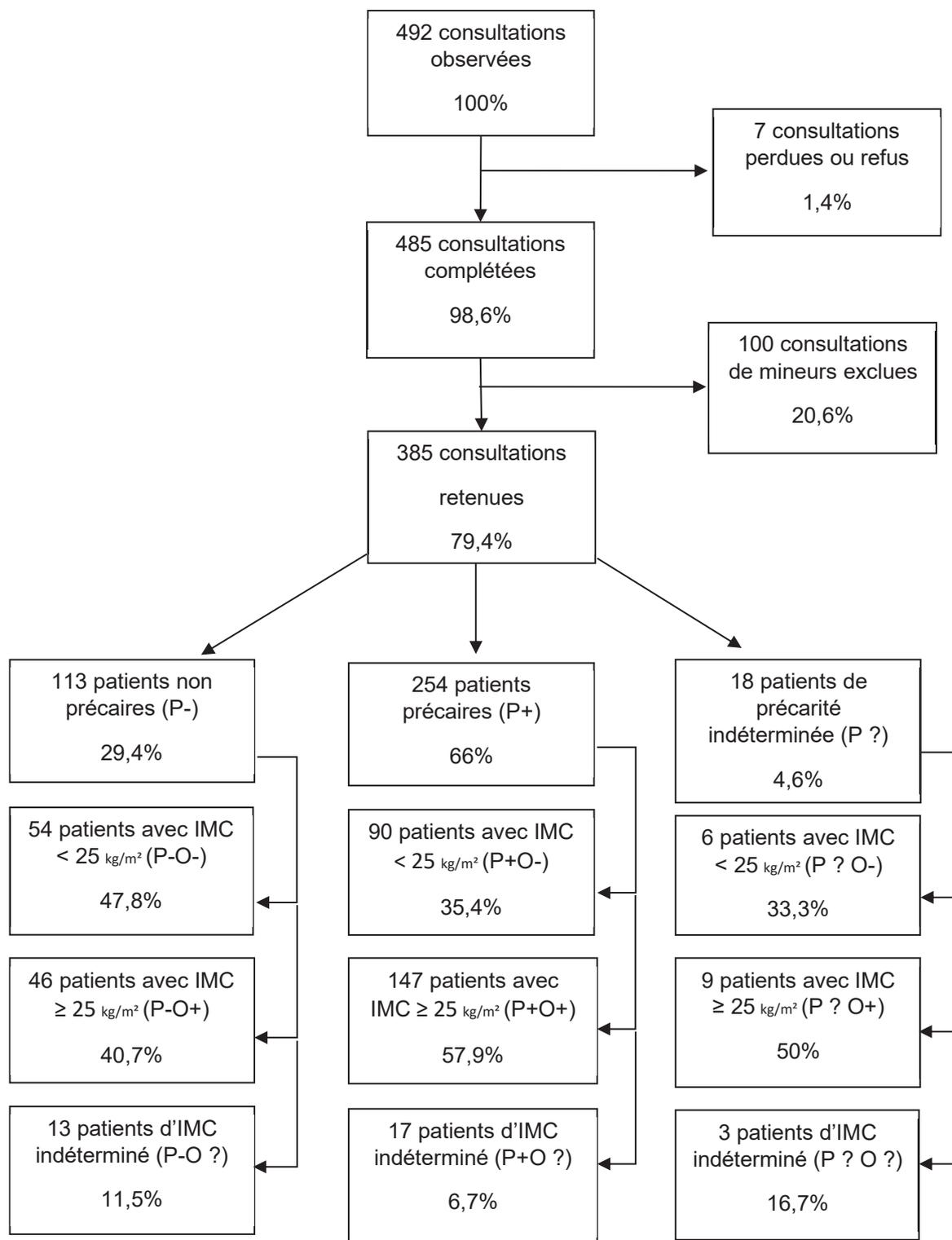
La méthodologie de l'étude utilisant le recueil de données grâce à la grille ECOGEN avait été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de Strasbourg pour l'étude originelle ECOGEN. Des demandes complémentaires pour des études utilisant la même méthodologie ont été effectuées par le DMG de Strasbourg et approuvées.

Toutes les données recueillies ont été anonymisées à la source par un code alphanumérique. Les enregistrements audios ont été stockés sur une plateforme sécurisée (Seafile) le temps de leur retranscription puis ont été détruits et les retranscriptions anonymisées selon le même code alphanumérique.

L'étude répondait à un appel à projet de la ville de Strasbourg et de l'ARS. Elle a reçu un financement de 40 000 euros pour 4 années d'étude (2016 - 2020).

IV. Résultats

1. Diagramme de flux



2. Caractéristiques des médecins

13 médecins ont participé à l'étude, 2 hommes et 11 femmes. En moyenne, ils étaient âgés de 47 ans (sem = 3,2) et exerçaient depuis 16 ans (sem = 2,9), respectivement 27 ans (sem = 3) pour les hommes et 14 ans (sem = 0,1) pour les femmes. La durée de consultation était significativement plus longue lorsque le médecin était une femme, soit 20,4 minutes (sem = 0,55) contre 16,9 minutes (sem = 0,01) ($p = 0,007$) (tableau 1).

	Total	Hommes	Femmes	p
Sexe n(%)	13 (100)	2 (15,38)	11 (84,62)	
Age moy (sem)	46,7 (3,21)	57,5 (3,50)	44,5 (3,42)	0,137
Durée d'exercice moy(sem)	16 (2,90)	27 (3,00)	13,8 (2,98)	0,089
Durée de consult moy (sem)	19,9 (0,50)	16,9 (1,12)	20,4 (0,55)	0,007**
Nb de patients inclus par MT moy(sem)	28,2 (0,97)	28,0 (2,00)	28,3 (1,08)	0,922
Vacances en nb de semaines moy (sem)	7,1 (0,50)	6,0 (0,00)	7,3 (0,58)	0,051

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins observés en fonction du sexe

3. Comparaison population précaire et non précaire

1) Caractéristiques des patients

385 patients ont été inclus dans l'étude dont 367 pour lesquels le statut de précarité est connu, respectivement 254 avec un score EPICES supérieur ou égal à 30, dits « précaires » (P+) et 113 dont le score EPICES était inférieur à 30, dits « non précaires » (P-). La moyenne d'âge était de 44 +/- 0,8 ans avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes, les patients non précaires étant plus âgés ($p = 0,03$). L'échantillon comportait 38% d'hommes et 62% de femmes, répartis également dans les

deux groupes. En moyenne, les patients pesaient 75,4 +/-0,9 kg avec un IMC à 27,8 +/- 0,3 kg/m². Le score EPICES moyen était de 46 +/- 1,3 avec de fait une grande disparité entre les deux groupes, 58 +/- 1,2 pour la population précaire et 18 +/- 0,8 pour la population non précaire

($p < 0,001$). En majorité, les patients n'exerçaient pas d'emploi au moment de l'étude, 40,6% d'entre eux, dont la majorité se situant dans le groupe précaire, 50% vs 21% ($p < 0,001$ OR = 3,76 IC (2,05 - 7,16)) (cf graphique en annexe 7).

	Total	P+	P-	p
Caractéristiques des patients				
Age : moy (sem)	43,98(0,83)	41,69(1,58)	45,01(0,97)	0,03*
Nb de patients total n(%)	367(100)	254(69,21)	113(30,79)	0,62
Homme n(%)	140(38,15)	99(38,98)	41(36,28)	
Femme n(%)	227(61,85)	155(61,02)	72(63,72)	
Profession n(%)	273(100)	183(67,03)	90(32,97)	<0,001***
a	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	
b	8(2,93)	4(2,19)	4(4,44)	0,45
c	99(36,26)	56(30,60)	43(47,78)	0,01*
d	5(1,83)	3(1,64)	2(2,22)	0,67
e	7(2,56)	1(0,55)	6(6,67)	0,01*
f	5(1,83)	3(1,64)	2(2,22)	0,67
g	38(13,92)	24(13,11)	14(15,56)	0,58
h	111(40,66)	92(50,27)	19(21,11)	<0,001***
Non précisé	94(25,71)	71(27,95)	23(20,35)	
Etudiant n(%)	12(3,47)	5(2,09)	7(6,54)	0,05
Poids : moy (sem)	75,4(0,87)	76,3(1,32)	73,4(1,5)	0,27
Taille : moy (sem)	164,2(0,50)	163,6(0,82)	165,8(1,40)	0,38
IMC : moy (sem)	27,80(0,32)	28,73(0,57)	25,70(0,58)	0,002**
EPICES : moy (sem)	45,8(1,30)	58,4(1,18)	17,6(0,80)	<0,001***

Tableau 2 : Caractéristiques des patients en fonction du niveau de précarité

2) Caractéristiques du régime de sécurité sociale

24% des patients bénéficiaient d'une couverture maladie universelle (CMU), soit 31% des patients précaires et 8% des non précaires ($p < 0,001$ OR = 5,2 IC (2,47 - 12,29)). 18% étaient en affection longue durée (ALD).

	Total	P+	P-	p
Régime sécu				
Invalidité n(%)	8(2,19)	8(3,17)	0(0)	0,06
CMU n(%)	88(23,98)	79(31,10)	9(7,96)	<0,001***
AT/MP n(%)	10(2,73)	9(3,54)	1(0,89)	0,29
ALD n(%)	65(17,71)	50(19,69)	15(13,27)	0,14

Tableau 3 : Caractéristiques du régime de sécurité sociale en fonction du niveau de précarité

3) Caractéristiques de la consultation

Il n'y avait pas de différence au niveau de la durée de consultation selon le statut de précarité avec en moyenne 19,9 minutes (sem = 0,5). La population précaire présentait en revanche un nombre de motifs de consultation plus important, 2,87 (sem = 0,1) vs 2,78 (sem = 0,2) ($p = 0,034$). Aucune différence sur le nombre de procédures ou de résultats n'a été constatée.

En revanche, des traitements, déjà prescrits auparavant, étaient prescrits à nouveau en plus grand nombre chez les patients précaires, 1,6 +/- 0,1 vs 1 +/- 0,1 ($p = 0,013$).

	Total	P+	P-	p
Caractéristiques de la consultation				
Durée de cs : moy (sem)	19,89(0,5)	18,73(0,84)	20,41(0,61)	0,157
Nb motifs : moy (sem)	2,84(0,10)	2,87(0,12)	2,78(0,17)	0,034*
Nb procédures : moy (sem)	4,20(0,10)	4,14(0,12)	4,35(0,19)	0,529
Nb résultats : moy (sem)	1,93(0,08)	1,95(0,10)	1,89(0,13)	0,998
Nb TTT prescrits total: moy (sem)	2,20(0,11)	2,33(0,14)	1,89(0,16)	0,141
Nb TTT prescrits nouveaux : moy (sem)	0,74(0,06)	0,69(0,07)	0,86(0,12)	0,255
Nb TTT prescrits anciens : moy (sem)	1,39(0,10)	1,57(0,14)	0,98(0,15)	0,013*

Tableau 4 : Caractéristiques de la consultation en fonction du niveau de précarité

Caractéristiques des motifs de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent pour l'échantillon total concernait le domaine ostéo-articulaire avec 32% des motifs. Puis venaient les motifs d'ordre général, 27% vs 19% ($p = 0,08$), respiratoire, 23% en moyenne, et digestif, 21%. Les motifs psychologiques représentaient 18% des motifs de consultation pour la totalité de l'échantillon. Quant aux motifs d'ordre social, ils constituaient 6% des motifs de consultation dans les deux groupes. 21% des patients venaient en consultation afin d'évoquer des examens, que ce soit pour discuter des résultats d'examens médicaux ou paramédicaux déjà effectués ou pour en demander la réalisation. Ils étaient plus fréquents dans le groupe des patients précaires, 24%, contre seulement 15% dans le groupe non précaire ($p = 0,05$). Les motifs administratifs représentaient 15% des motifs de consultation dans les deux groupes. Ceci nous montre que la question du poids est très rarement un motif de consultation, seulement 7 patients (2,8%) l'ont évoqué et tous sauf un étaient précaires. Il apparaissait comme motif premier pour deux d'entre eux qui étaient obèses. Pour les autres, il venait en troisième ou quatrième position. Une seule personne n'était pas en surpoids. Toutes les personnes en surpoids ou obèses

ayant évoqué ce motif de consultation se plaignaient de perte de poids, sauf une qui exprimait des difficultés à gérer les variations de son poids.

	Total	P+	P-	p
Type de motif (classification ICPC-2)				
Ostéo-articulaire n(%)	118(32,15)	76(29,92)	42(37,17)	0,17
General n(%)	90(24,52)	69(27,17)	21(18,58)	0,08
Respiratoire n(%)	84(22,89)	61(24,02)	23(20,35)	0,44
Digestif n(%)	75(20,44)	53(20,87)	22(19,47)	0,76
Psychologique n(%)	67(18,26)	48(18,90)	19(16,81)	0,63
Neurologique n(%)	51(13,90)	30(11,81)	21(18,58)	0,08
Peau n(%)	50(13,62)	30(11,81)	20(17,70)	0,13
Cardio-vasculaire n(%)	45(12,26)	36(14,17)	9(7,96)	0,09
Nutrition, métabolisme n(%)	38(10,35)	27(10,63)	11(9,73)	0,79
Social n(%)	21(5,72)	14(5,51)	7(6,19)	0,79
Système génital féminin n(%)	17(4,63)	14(5,51)	3(2,65)	0,23
Oreille n(%)	15(4,09)	9(3,54)	6(5,31)	0,41
Système urinaire n(%)	15(4,09)	12(4,72)	3(2,65)	0,57
Œil n(%)	13(3,54)	7(2,76)	6(5,31)	0,23
Grossesse, accouchement n(%)	12(3,27)	9(3,54)	3(2,65)	0,76
Sang/immunologie n(%)	9(2,45)	6(2,36)	3(2,65)	1,00
Système génital masculin n(%)	2(0,54)	1(0,39)	1(0,88)	0,52
Type de motif (classification différente)				
Examens n(%)	78(21,25)	61(24,02)	17(15,04)	0,05
Administratif n(%)	56(15,26)	39(15,35)	17(15,04)	0,94
Renouvellement n(%)	61(16,62)	47(18,50)	14(12,39)	0,15
Médicaments n(%)	38(10,35)	25(9,84)	13(11,50)	0,63
Suivi n(%)	34(9,26)	24(9,45)	10(8,85)	0,85
Spécialiste n(%)	16(4,36)	10(3,94)	6(5,31)	0,58
Vaccin n(%)	7(1,91)	7(2,76)	0(0,00)	0,11
Information n(%)	1(0,27)	1(0,39)	0(0,00)	1,00
RHD n(%)	1(0,27)	1(0,39)	0(0,00)	1,00
Résultats n(%)	1(0,27)	1(0,39)	0(0,00)	1,00
Autre n(%)	3(0,82)	1(0,39)	2(1,77)	0,23

Tableau 5 : Caractéristiques des motifs de consultation en fonction du niveau de précarité

Caractéristiques des procédures

La grande majorité des procédures effectuées concernait le domaine diagnostique, 89% en moyenne, et le domaine thérapeutique à hauteur de 90%. Les procédures administratives représentaient 23% du total. 16% représentaient des procédures préventives et 7% n'appartenaient à aucune de ces catégories.

En détaillant ces procédures, on constate que les médecins adressaient davantage les patients précaires à un médecin spécialiste, 36% vs 21% (OR = 2,10 IC (1,23 - 3,70) $p < 0,001$). Ils délivraient également plus d'informations aux patients précaires, 32% vs 20% (OR = 1,80 IC (1,04 - 3,20) $p = 0,03$).

(cf tableau en annexe 8).

	Total	P+	P-	p
Type de procédure (classification ICPC-2)				
Thérapeutiques n(%)	330(89,92)	226(88,98)	104(92,04)	0,37
Diagnostiques n(%)	325(88,56)	226(88,98)	99(87,61)	0,70
Administratives n(%)	86(23,43)	60(23,62)	26(23,01)	0,90
Préventives n(%)	57(15,53)	36(14,17)	21(18,58)	0,28
Autre n(%)	25(6,81)	20(7,87)	5(4,42)	0,23

Tableau 6 : Caractéristiques des procédures de consultation en fonction du niveau de précarité

4) Caractéristiques de la langue

41% des patients avaient pour langue maternelle le français avec une différence marquée entre les deux groupes : 30% chez les précaires contre 63% chez les non précaires ($p < 0,001$ OR = 0,25 IC (0,14 - 0,45)). En conséquence, 85% des patients non précaires parlaient français couramment contre 61% des patients précaires ($p < 0,001$ OR = 0,28 IC (0,15 - 0,51)). Ces derniers avaient davantage recours à un interprète familial lors de la consultation, 11% vs 3% ($p = 0,02$ OR = 3,38 IC (1,14 - 13,60)). Pour le recours à un

interprète professionnel, aucune différence significative n'a été mise en évidence, mais elle ne concerne qu'un nombre marginal des consultations observées.

Une plus grande proportion de patients précaires avait comme langue maternelle des langues de pays de l'Europe de l'Est, 27% vs 2% ($p < 0,001$ OR = 14,43 IC (3,61 - 125,9)). La proportion de patients avec pour origine la langue arabe ou turque était similaire dans les deux groupes, respectivement 21% et 11%.

(cf tableau et graphique en annexe 9)

5) Caractéristiques du score EPICES

Des différences importantes ont été constatées pour chaque réponse du score EPICES entre les deux groupes. 57% des patients précaires rencontraient un travailleur social contre 7% des patients non précaires ($p < 0,001$ OR = 16,68 IC 7,71 - 41,44)). 86% des patients non précaires bénéficiaient d'une mutuelle contre seulement 41% des patients précaires ($p < 0,001$ OR = 0,11 IC (0,06 - 0,20)). Très peu de patients précaires étaient propriétaires de leur logement, 3% vs 27% ($p < 0,001$ OR = 0,08 IC (0,03 - 0,19)). De plus, 70% d'entre eux présentaient régulièrement des difficultés financières contre 9% pour les patients non précaires ($p < 0,001$ OR = 22,41 IC (10,93 - 50,82)). 68% des patients non précaires pratiquaient une activité sportive contre seulement 31% des patients précaires ($p < 0,001$ OR = 0,21 IC (0,13 - 0,35)).

	Total	P+	P-	p
Score EPICES				
Q1 = oui n(%)	149(41,62)	141(56,85)	8(7,27)	<0,001***
Q2 = oui n(%)	196(54,90)	101(40,89)	95(86,36)	<0,001***
Q3 = oui n(%)	200(56,18)	114(46,15)	86(78,90)	<0,001***
Q4 = oui n(%)	37(10,34)	7(2,82)	30(27,27)	<0,001***
Q5 = oui n(%)	182(50,84)	172(69,35)	10(9,09)	<0,001***
Q6 = oui n(%)	152(42,46)	77(31,05)	75(68,18)	<0,001***
Q7 = oui n(%)	128(35,75)	61(24,60)	67(60,91)	<0,001***
Q8 = oui n(%)	169(47,21)	78(31,45)	91(82,73)	<0,001***
Q9 = oui n(%)	294(82,12)	191(77,02)	103(93,64)	<0,001***
Q10 = oui n(%)	261(72,91)	156(62,90)	105(95,45)	<0,001***
Q11 = oui n(%)	257(71,79)	150(60,48)	107(97,27)	<0,001***

Tableau 7 : Caractéristiques du score EPICES en fonction du niveau de précarité

4. Comparaison des obèses au sein de la population précaire

1) Caractéristiques des patients

57% des personnes précaires présentaient un indice de masse corporelle (IMC) > 25 kg/m². Les personnes en surpoids ou obèses en situation de précarité étaient plus jeunes, 40 +/- 1,6 ans vs 48 +/- 1,2 ans chez les non précaires (p < 0,001). Ils avaient en moyenne un IMC à 31,7 kg/m² (sem = 0,5) (p < 0,001). La médiane étant à 30 kg/m², ils étaient certainement davantage obèses qu'en surpoids. Il n'y avait pas de différence au niveau de la profession entre les deux groupes.

	Total	P+O+	P+O-	p
Caractéristiques des patients				
Age : moy (sem)	45,0(1,00)	48,3(1,22)	39,7(1,57)	<0,001***
Sexe n(%)	237(100)	147(62,03)	90(37,97)	0,16
Homme n(%)	92(38,82)	52(35,37)	40(44,44)	
Femme n(%)	145(61,18)	95(64,63)	50(55,56)	
Profession n(%)	237(100)	147(57,87)	90(35,43)	0,34
a	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	
b	4(1,69)	3(2,04)	1(1,11)	1,00
c	52(21,94)	31(21,09)	21(23,33)	0,77
d	3(1,27)	1(0,68)	2(2,22)	0,56
e	1(0,42)	1(0,68)	0(0,00)	1,00
f	2(0,84)	2(1,36)	0(0,00)	0,52
g	23(9,70)	18(12,24)	5(5,56)	0,07
h	88(37,13)	50(34,01)	38(42,22)	0,22
non précisé	64(27,00)	41(27,89)	23(25,56)	
Etudiant n(%)	5(2,21)	1(0,70)	4(4,82)	0,06
Poids : moy (sem)	76,3(1,17)	83,8(1,54)	62,6(1,43)	0,01*
Taille : moy (sem)	163,6(0,61)	162,2(1,03)	166,8(1,17)	0,004**
IMC : moy (sem)	28,7(0,43)	31,7(0,47)	21,4(0,37)	<0,001***
EPICES : moy (sem)	60,7(2,62)	62,4(4,02)	57,9(2,02)	0,609

Tableau 8 : Caractéristiques des patients de la population précaire en fonction du poids

2) Caractéristiques du régime de sécurité sociale

Aucune différence n'a été constatée quant à la proportion de patients bénéficiant de la CMU ou d'une ALD entre les P+O+ et les P+O-.

	Total	P+O+	P+O-	p
Régime sécu :				
Inv	8(3,40)	4(2,74)	4(4,49)	0,48
CMU	74(31,22)	43(29,25)	31(34,44)	0,40
AT/MP	9(3,80)	6(4,08)	3(3,33)	1,00
ALD	46(19,41)	31(21,09)	15(16,67)	0,40

Tableau 9 : Caractéristiques du régime de sécurité sociale de la population précaire en fonction du poids

147 patients précaires avaient un IMC > 25 kg/m² et 90 un IMC inférieur à ce seuil. Il n'y avait pas de différence constatée au niveau de la durée de consultation, en moyenne 20,5 min (sem = 0,6). Les patients, qu'ils aient un IMC > 25kg/m² ou non, venaient avec 2,9

motifs (sem = 0,1), 4,2 procédures (sem = 0,12) étaient effectuées et en moyenne 2,4 traitements (sem = 0,1) étaient prescrits.

	Total	P+O+	P+O-	p
Total patient n(%)	254(100)	147(57,2)	90(35,4)	
Caractéristiques de la consult :				
Durée de cs : moy (sem)	20,5(0,64)	21,3(0,84)	19,3(0,96)	0,233
Nb motifs : moy (sem)	2,90(0,13)	2,94(0,16)	2,84(0,20)	0,760
Nb procédures : moy (sem)	4,23(0,12)	4,26(0,15)	4,17(0,20)	0,793
Nb résultat : moy (sem)	1,99(0,10)	2,14(0,13)	1,74(0,15)	0,072
Nb TTT prescrits total : moy (sem)	2,38(0,14)	2,59(0,19)	2,04(0,19)	0,142
Nb TTT prescrits nouveaux : moy (sem)	0,72(0,07)	0,73(0,10)	0,71(0,13)	0,923
Nb TTT prescrits anciens : moy (sem)	1,58(0,14)	1,80(0,22)	1,25(0,17)	0,420

Tableau 10 : Caractéristiques de la consultation de la population précaire en fonction du poids

Caractéristiques des motifs de la consultation

Aucune différence entre les deux groupes n'a été constatée sur les thèmes de motifs de consultation.

	Total	P+O+	P+O-	p
Type de motif (classification ICPC-2)				
Ostéo-articulaire n(%)	73(30,80)	46(31,29)	27(30,00)	0,83
General n(%)	61(25,74)	39(26,53)	22(24,44)	0,72
Respiratoire n(%)	56(23,63)	36(24,49)	20(22,22)	0,69
Digestif n(%)	47(19,83)	27(18,37)	20(22,22)	0,47
Psychologique n(%)	40(16,88)	24(16,33)	16(17,78)	0,77
Neurologique n(%)	32(13,50)	19(12,93)	13(14,44)	0,74
Cardio-vasculaire n(%)	31(13,08)	23(15,65)	8(8,89)	0,13
Peau n(%)	28(11,81)	22(14,97)	6(6,67)	0,05
Nutrition, métabolisme n(%)	24(10,13)	16(10,88)	8(8,89)	0,62
Social n(%)	17(7,17)	9(6,12)	8(8,89)	0,42
Système génital féminin n(%)	13(5,49)	6(4,08)	7(7,78)	0,25
Oreille n(%)	12(5,06)	6,80(10,00)	2(2,22)	0,14
Système urinaire n(%)	11(4,64)	7(4,76)	4(4,44)	1,00
Œil n(%)	8(3,38)	5(3,40)	3(3,33)	1,00
Sang/immunologie n(%)	7(2,95)	4(2,72)	3(3,33)	1,00
Grossesse, accouchement n(%)	7(2,95)	7(4,76)	0(0,00)	0,05
Système génital masculin n(%)	1(0,42)	0(0,00)	1(1,11)	0,38
Type de motif (classification différente)				
Examens n(%)	47(19,83)	33(22,45)	14(15,56)	0,20
Renouvellement n(%)	35(14,77)	24(16,33)	11(12,22)	0,39
Administratif n(%)	33(13,92)	21(14,29)	12(13,33)	0,84
Médicaments n(%)	24(10,13)	16(10,88)	8(8,89)	0,62
Suivi n(%)	22(9,28)	11(7,48)	11(12,22)	0,22
Spécialiste n(%)	12(5,06)	10(6,80)	2(2,22)	0,14
Vaccin n(%)	5(2,11)	4(2,72)	1(1,11)	0,65
Résultats n(%)	1(0,42)	0(0,00)	1(1,11)	0,38
Information n(%)	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	
RHD n(%)	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	
Autre n(%)	2(0,84)	2(1,36)	0(0,00)	0,53

Tableau 11 : Caractéristiques des motifs de consultation de la population précaire en fonction du poids

Caractéristiques des procédures

Aucune différence entre les deux groupes n'a été constatée sur les procédures mises en œuvre.

	Total	P+O+	P+O-	p
Type de procédure (classification ICPC-2)				
Thérapeutiques n(%)	212(89,45)	132(89,80)	80(88,89)	0,83
Diagnostiques n(%)	209(88,19)	132(89,80)	77(85,56)	0,33
Administratives n(%)	55(23,21)	30(20,41)	25(27,78)	0,19
Préventives n(%)	35(14,77)	21(14,29)	14(15,56)	0,79
Autre n(%)	19(8,02)	10(6,80)	9(10,00)	0,38

Tableau 12 : Caractéristiques des procédures de consultation en fonction du poids

(cf tableau en annexe 10)

3) Caractéristiques de la langue

30% des patients P+O+ et 31 % des patients P+O- avaient pour langue maternelle le français. Il n'y avait pas de différence non plus concernant les autres langues maternelles. De même, la proportion de patients parlant français couramment était similaire dans les deux groupes, 58% vs 68%. Ils avaient recours avec même fréquence à un interprète, qu'il soit familial, 12% vs 9%, ou professionnel, 4% vs 1%.

(cf tableau en annexe 11)

4) Caractéristiques du score EPICES

Aucune différence n'a été constatée au niveau des différentes questions du score EPICES en fonction du statut pondéral des patients.

	Total	P+O+	P+O-	p
Score EPICES				
Q1 = oui n(%)	134(58,01)	88(60,69)	46(53,49)	0,28
Q2 = oui n(%)	97(42,17)	63(43,45)	34(40,00)	0,61
Q3 = oui n(%)	104(45,22)	63(43,45)	41(48,24)	0,48
Q4 = oui n(%)	6(2,60)	6(4,14)	0(0,00)	0,09
Q5 = oui n(%)	163(70,56)	103(71,03)	60(69,77)	0,84
Q6 = oui n(%)	70(30,30)	43(29,66)	27(31,40)	0,78
Q7 = oui n(%)	55(23,81)	34(23,45)	21(24,42)	0,87
Q8 = oui n(%)	71(30,74)	47(32,41)	24(27,91)	0,47
Q9 = oui n(%)	179(77,49)	113(77,93)	66(76,74)	0,83
Q10 = oui n(%)	148(64,07)	94(64,83)	54(62,79)	0,76
Q11 = oui n(%)	141(61,04)	87(60,00)	54(62,79)	0,67

Tableau 13 : Caractéristiques du score EPICES de la population précaire en fonction du poids

(cf tableau en annexe 12)

5. Caractéristiques du poids

Davantage de patients non précaires avaient un IMC considéré comme normal, 44% vs 27% ($p = 0,01$ OR = 0,46 IC (0,23 - 0,90)). Les 9 patients atteints d'obésité de classe III, type morbide, appartenaient tous au groupe de patients précaires. De même, 19% des patients précaires étaient en obésité de classe I, contre 10% des patients non précaires. En revanche les patients en surpoids étaient en proportions similaires dans les deux groupes, entre 35 et 38%.

	Total	P+	P-	p
IMC : moy (sem)	27,80(0,32)	28,73(0,57)	25,70(0,58)	0,002**
Dénutrition n(%)	4(2,03)	2(1,47)	2(3,28)	0,59
Normal n(%)	63(31,98)	36(26,47)	27(44,26)	0,01*
Surpoids n(%)	71(36,04)	48(35,29)	23(37,70)	0,74
Obésité classe I n(%)	32(16,24)	26(19,12)	6(9,84)	0,10
Obésité classe II n(%)	18(9,14)	15(11,03)	3(4,92)	0,17
Obésité classe III n(%)	9(4,57)	9(6,62)	0(0,00)	0,06

Dénutrition : IMC < 18,5 kg/m²

Normal : IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m²

Surpoids : IMC entre 25 et 29,9 kg/m²

Obésité classe I : IMC entre 30 et 34,9 kg/m²

Obésité classe II : IMC entre 35 et 39,9 kg/m²

Obésité classe III : IMC > 40 kg/m²

Tableau 14 : Caractéristiques détaillées du poids

V. Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

1) Forces

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un contrat de ville passé avec l'Eurométropole de Strasbourg. Il s'agit d'un projet de grande envergure réunissant différentes disciplines : la médecine, la sociologie et les sciences et techniques des activités sportives.

Le travail en groupe que nous avons mené a permis un partage des connaissances et un échange d'idées. Cela a été d'un grand bénéfice pour l'avancée de notre étude. Il nous a permis de mutualiser les données et construire la plus grande base de données sur les QPV en France à ce jour, lui confortant une forte puissance. Nous avons été les témoins de près de 500 consultations, dont environ 400 consultations d'adultes, que nous avons enregistrées, annotées et analysées. Bien que nous ne soyons pas intervenus dans l'ensemble des QPV de Strasbourg, nous avons tout de même mené une étude multicentrique en nous rendant dans 4 quartiers différents de la ville, dont les niveaux de précarité et les caractéristiques démographiques variaient, et 13 médecins généralistes ont participé. La récolte des données s'est étendue sur 12 mois, nous permettant d'assister aux quatre saisons de l'année qui possèdent chacune ses pathologies particulières. Ainsi, notre échantillon peut être considéré comme représentatif des habitants et de la pratique de la médecine générale dans les quartiers défavorisés de la capitale alsacienne.

La présence de l'enquêteur durant la consultation a pu créer un biais du fait de sa seule présence sur le comportement du patient ou du médecin. Toutefois, l'observation des consultations a été conduite en double aveugle, à la fois des médecins et des patients, afin de limiter cette différence de comportement : les patients et les médecins ne sachant pas ce que nous voulions étudier, ils ne pouvaient pas modifier leurs réponses en fonction.

Nous avons étudié les consultations tout venant, par demi-journée, afin d'obtenir le reflet réel du quotidien des cabinets médicaux en QPV et d'éviter un biais de sélection des patients.

2) Faiblesses

Les inégalités sociales de santé ont pu impacter les résultats de notre étude et notamment l'inégalité d'accès aux soins. Les personnes en situation de précarité recourent davantage à l'hôpital qu'à la médecine de ville en cas de nécessité de soins (45). Elles renoncent également davantage aux soins (46). Ainsi, certaines personnes parmi les plus précaires n'ont sûrement pas été appréhendées avec notre étude se limitant aux cabinets de médecine générale, engendrant un biais de sélection.

Le travail en groupe a parfois constitué également une faiblesse dans notre étude du fait du manque de reproductibilité inter-observateur et donc un biais de mesure. Malgré la journée de formation à la grille ECOGEN et à la cotation CISP-2 dont nous avons tous bénéficié initialement, les grilles pouvaient parfois être remplies de façon assez différente, la subjectivité de l'enquêteur transparaissant. Le remplissage des grilles pouvait varier également en fonction de la durée de consultation, un échange de quelques minutes étant plus difficile à retranscrire en temps réel qu'une consultation d'une demi-heure.

Le fait de remplir les grilles pendant la consultation entraînait une difficulté de recueil des données car les enquêteurs n'avaient pas accès forcément à toutes les données, en particulier sociales et ethniques comme la langue parlée ou le régime de sécurité sociale. Or, l'enquêteur devait rester passif pour ne pas perturber les échanges entre le médecin et le patient.

Concernant le score EPICES, nous avons rencontré des difficultés de recueil des données à cause de la barrière de la langue. Nous n'étions pas toujours certains de la compréhension des patients vis-à-vis des questions posées, voire certains patients n'ont pas pu être interrogés faute de pouvoir parler une langue commune.

Au niveau statistique, seules des analyses univariées ont pu être réalisées avec le logiciel utilisé. Le département de biostatistiques de la faculté de Strasbourg n'a pas répondu à nos sollicitations afin de réaliser des analyses multivariées et une comparaison avec la population « globale » alsacienne. Nos résultats peuvent donc faire l'objet d'un biais de confusion. Ils pourraient être approfondis, par exemple par un travail de mémoire de master 2 SEP (Santé, Environnement et Politique), ou un mémoire de médecine générale.

2. Discussion des résultats principaux

La durée de consultation était plus longue lorsque le médecin était une femme.

Les patients précaires bénéficiaient davantage du régime de Protection Universelle Maladie, ils étaient plus souvent sans emploi et originaire de l'Europe de l'Est. Ils avaient un IMC significativement plus élevé et venaient avec plus de motifs de consultation. Il faut souligner que la question du poids est rarement un motif de consultation, que les patients souffrent de surpoids ou non. Lors de la consultation, davantage d'informations étaient données aux patients précaires et ils étaient plus souvent référés à un médecin spécialiste. Les traitements, déjà prescrits auparavant, étaient davantage renouvelés.

L'étude parallèle menée par une autre interne, Cécile Porquet, comparant les patients de notre échantillon au niveau de leur poids, complétait les résultats de cette étude. Les patients en surpoids se présentaient en consultation avec plus de motifs, notamment cardiaques et endocrinologiques, leurs traitements anciens étaient davantage renouvelés et le nombre de résultats de consultation était plus élevé.

Concernant les patients en surpoids mais aussi précaires, les résultats renforçaient ceux de notre étude. Ces patients étaient davantage sans emploi, originaires de l'Europe de l'Est et bénéficiaires de la CMU.

3. Discussion des résultats en fonction de la littérature et de FETOMP 2

1) Caractéristiques de la population

Les patients étudiés résidaient dans 4 quartiers prioritaires de la ville différents : Cité de l'III, Laiterie, Hautepierre et Neuhof. Ces quartiers réunis constituent un panel représentatif des différents profils existants de QPV (cf annexe 1) (47). Le quartier Laiterie, classé type 1, est habité principalement par de jeunes actifs et étudiants vivant seuls et installés récemment. Celui de la Cité de l'III représente le type 3 avec des résidents âgés, installés dans le quartier depuis longtemps. Le quartier de Hautepierre, type 4, quant à lui est caractérisé par une forte précarité sociale avec une population aux bas-revenus constituée essentiellement de chômeurs, de familles nombreuses et d'étrangers. Enfin, le type 5 incarné par le quartier du Neuhof concentre une population monoparentale, très dépendante des prestations sociales et à très forte précarité sociale.

40,6% des patients étudiés étaient sans emploi. Le taux demeure moins élevé que ce qui a été rapporté par l'Observatoire régional de santé d'Alsace avec un taux d'emploi, pour les 15-64 ans, respectivement à 39% pour le Neuhof, 48% pour Cité de l'III et 45% pour Hautepierre, soit plus de 50% sans emploi (48–50). Le taux moindre observé dans notre étude est probablement le fait de l'inclusion du quartier Laiterie qui concentre une population d'actifs supérieure aux autres QPV (49% vs 44% en moyenne dans les QPV) (51). Il peut aussi être lié au recueil parfois incomplet avec des données manquantes en particulier sur les données socio-démographiques des patients.

31% des patients précaires bénéficiaient de la CMU alors que le taux de bénéficiaires dans le Bas-Rhin est de 7% si l'on cumule le taux de bénéficiaires de la CMU et la CMU-c (Couverture Maladie Universelle complémentaire) (52). Ce chiffre, déjà conséquent, est probablement sous-estimé compte tenu qu'il a été observé que nombre de personnes

pouvant bénéficier de la CMU ne font pas les démarches, soit par méconnaissance de leurs droits, soit parce que la nécessité du recours aux soins n'apparaît pas dans un avenir proche (53). De plus, nous avons pu sous-estimer le nombre de patients bénéficiaires de la CMU compte tenu que le recueil du régime de sécurité social était effectué par l'enquêteur pendant la consultation. Celui-ci ne pouvait pas toujours avoir accès à cette information selon le logiciel du médecin et le dossier du patient sans risquer d'interrompre la consultation.

Seuls 30% des patients précaires avaient comme langue maternelle le français et 39% ne parlaient pas français couramment. Cette proportion n'est pas négligeable quand on sait que la barrière de la langue entraîne une moindre communication du patient avec son médecin et donc un risque d'inégalité dans l'accès et la qualité des soins (41). Le patient ne peut pas exposer ses problèmes, dialoguer avec le médecin qui dispose donc moins d'informations pour le soigner. Le médecin ne comprend pas les attentes du patient, ils ne peuvent pas construire ensemble une stratégie de prise en charge (40).

Les patients étudiés étaient principalement originaires de l'Europe de l'Est, du Maghreb et de Turquie. Ceci correspond aux chiffres rapportés par l'INSEE sur l'immigration en Alsace. Les personnes originaires du Maghreb représentent 22,7% des immigrés en 2004. Les migrants d'Europe de l'Est, en particulier d'origine bosnienne, russe ou serbe, sont plus nombreux qu'il y a 20 ans et surreprésentés par rapport à la moyenne nationale. Une autre particularité alsacienne est l'immigration turque, plus marquée qu'au niveau national, constituant 16% de l'immigration totale (54).

Alors que près de 40% des patients ne parlaient pas couramment le français, notre étude comptabilisait seulement 3% de consultations avec l'intervention d'un interprète professionnel et 9% avec un interprète appartenant au cercle familial. Ces chiffres traduisent la difficulté d'accès à l'interprétariat professionnel en médecine de ville. Une étude réalisée à Strasbourg en 2014 identifie les freins principaux aux recours à un interprète par les

médecins généralistes que sont la méconnaissance des structures proposant ces services et la difficulté de mise en place (55). Le rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins pointe cette même difficulté pour les patients en grande précarité accueillis au sein des structures de Médecin du Monde (56). Dans 52% des cas de consultations effectuées en présence d'un interprète, il s'agissait d'un accompagnant. Un interprète professionnel était sollicité dans seulement 6% des cas.

Or le recours à un interprète professionnel est garanti et encouragé par les politiques publiques européennes et nationales. Le Conseil de l'Europe recommande que « des interprètes professionnels devraient être mis à disposition et utilisés régulièrement pour assister les patients membres de minorités ethniques, si nécessaire » (57). De même, la Charte de la personne hospitalisée du Ministère de la Santé et des Solidarités annonce que « le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché » (58).

Le recours à un interprète est d'autant plus important qu'il a été montré qu'il est associé à un impact positif sur la qualité des soins en limitant les malentendus ou incompréhensions liés à la barrière linguistique et parfois aux représentations culturelles du soin et de la maladie (59,60). De plus, l'amélioration de la qualité des soins est d'autant plus importante avec un interprète professionnel qu'avec une personne de l'entourage du patient (61).

Pour promouvoir cette qualité de soins, la Haute Autorité de Santé a rédigé un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique (62). En Alsace particulièrement l'association Migration Santé Alsace, depuis 2007, en partenariat avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace, met à disposition des médecins exerçant en ville des interprètes professionnels (63). Ceux-ci sont rémunérés par l'association et interviennent à la demande du médecin et avec l'accord du patient. Ce dispositif permet donc aux médecins libéraux d'Alsace d'avoir accès facilement à un interprète. Son impact a d'ailleurs été évalué dans une thèse réalisée en 2014 auprès de

9 médecins généralistes de Strasbourg, qui montrait que la relation médecin-patient était facilitée par la présence d'un interprète professionnel (64). Mais selon leur rapport de 2018, l'activité en cabinet de ville n'a représenté que 4.5% de l'activité de l'association (65). Les interventions se font tout de même principalement auprès des médecins généralistes (60%), et surtout dans l'Eurométropole (80%).

Dans d'autres régions, comme en Pays de la Loire, un système d'interprétariat téléphonique a été mis en place depuis 2018 grâce à un partenariat entre l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire et l'association ISM (Inter Service Migrants) qui interprète. Il permet aux médecins libéraux de toute la région d'avoir accès à un interprète en moins de trois minutes avec des traductions dans plus de 100 langues différentes (66).

2) Des consultations qui divergent des données de la littérature

Dans la littérature on trouve de nombreuses études rapportant que face à des patients en situation de précarité, les médecins généralistes communiquent moins, leur délivrent moins d'explications sur leur état de santé (40,41,67,68). Or dans notre étude, les médecins donnaient davantage d'informations aux patients précaires. 36% des consultations de patients précaires sont concernées contre seulement 20% pour les autres.

Il en va de même avec le recours aux médecins spécialistes. Dans notre étude, les patients précaires étaient plus souvent adressés à un médecin spécialiste ou avaient davantage consulté un médecin spécialiste que les patients non précaires alors qu'on trouve le phénomène inverse dans la littérature (45). Par exemple, l'étude ECOGEN comptabilise 12% de consultations aboutissant sur un recours au médecin spécialiste. Cette étude porte sur une population non précaire. Le taux est trois fois supérieur dans notre étude concernant les patients précaires (69). Une autre étude rapporte que les médecins travaillant au quotidien au contact d'une population précaire rencontrent plus de difficultés à orienter un

patient vers un médecin spécialiste à cause notamment de la difficulté pour ces patients de prendre un rendez-vous, compte tenu de la barrière de la langue souvent présente, mais aussi des difficultés pour payer les honoraires (67).

Ces différences de résultats avec la littérature peuvent s'expliquer par le fait que les médecins pallient ces difficultés en proposant de prendre rendez-vous à la place du patient, en l'adressant chez un spécialiste exerçant en secteur 1 ou en proposant le recours à un interprète professionnel.

Les patients précaires demandaient davantage d'examens complémentaires que les patients non précaires alors qu'une fois de plus l'inverse a été montré dans la littérature (45). Plus on monte dans les catégories socio-professionnelles, plus l'accès aux soins est spécialisé, les patients ont davantage recours à des analyses biologiques notamment. Cette différence peut être pondérée par le fait que les patients précaires exerçant des métiers plus physiques, ont une qualité de vie et un état de santé plus dégradés que les patients aisés et ont donc davantage besoin de soins et d'examens complémentaires (42,70,71). De plus, le recours au spécialiste est plus important pour les patients aisés mais cela concerne surtout l'accès aux soins secondaires, de prévention, comme le recours au gynécologue en prévention du cancer du sein et du col de l'utérus (45). Or la consultation chez le gynécologue ne fait pas partie du parcours coordonné de soins et donc les patients peuvent s'y rendre sans passer par le médecin traitant (72), ce qui ne sera pas comptabilisé dans notre étude.

Le renouvellement d'ordonnance constitue le deuxième motif de consultation pour notre échantillon total avec un taux de 16,6%, derrière la demande ou la discussion d'examens complémentaires, alors qu'il est classé en première position dans l'étude ECOGEN (68). Les patients précaires se voient prescrire davantage de médicaments que les patients aisés (41). Cependant, il existe également un renoncement aux soins de la part des patients précaires, notamment au niveau de la consommation de médicaments, du fait

de la peur du reste à charge (42). Le patient précaire peut ainsi freiner la demande de médicaments à cause des difficultés économiques qu'il rencontre. C'est probablement pour cette raison que dans notre étude les patients précaires ont davantage de médicaments anciens renouvelés que nouveaux, car ce sont des médicaments qu'ils connaissent et dont ils peuvent appréhender le taux de remboursement.

De plus, ceci peut s'expliquer par le fait que, comme nous l'avons évoqué plus haut, les patients précaires ont une santé moins bonne et sont donc davantage touchés par les maladies chroniques (42,70).

Notre étude n'a pas mis en évidence de différence de prise en charge selon l'IMC entre les patients précaires. Ce constat n'est pas partagé par l'étude ECOGEN qui s'est intéressée notamment aux différences de prises en charge des patients en fonction de leur poids. Cette étude rapporte que la consultation des patients obèses est plus longue de 3 minutes, qu'il y a davantage de conseils et d'exams cliniques dispensés et que la prescription d'exams complémentaires est moins fréquente pour les patients en surpoids (73). Cette différence peut venir du fait que notre étude prenait en compte uniquement les patients précaires selon leur IMC alors que l'étude ECOGEN s'intéressait aux patients indifféremment de leur statut social.

Les patients précaires sont déjà victimes d'inégalités sociales et de santé (70). Il semble que les inégalités liées au poids se confondent avec elles plutôt que d'en ajouter de nouvelles dans le cadre de la consultation chez un médecin généraliste. D'autre part, notre étude n'a pas pointé de discrimination importante dans la prise en charge des patients précaires par les médecins que nous avons observés, peut-être du fait que la patientèle majoritaire de ces médecins est précaire justement. Or le taux d'obésité est plus élevé dans les populations précaires que chez les personnes aisées (33,34). Ainsi, les médecins que nous avons observés, travaillant avec des patients majoritairement précaires, sont de fait plus fréquemment en contact avec des patients en surpoids ou obèses que les médecins

exerçant hors QPV. Ils sont peut-être donc moins influencés par les stigmatisations liées à l'obésité, puisqu'elle fait partie de leur quotidien et ne constitue pas une « anormalité ».

3) Inégalités de soins en fonction du poids

Lorsqu'ils sont interrogés, médecin et patient souffrant d'obésité s'accordent sur le fait que le médecin a un rôle à jouer comme conseiller et guide dans la prise en charge de l'obésité. En revanche, on note une divergence sur les attentes du patient concernant cette prise en charge. Alors que le médecin pense que le patient attend de lui qu'il l'aide à perdre du poids, le patient souhaite en réalité une relation de qualité et un non-jugement de la part du professionnel (74). Cette incompréhension a été rapportée par Gimenez en 2016 qui constate une augmentation du désaccord entre le médecin et le patient corrélée à l'augmentation de l'IMC et entachant par-là la relation médecin-malade (75). Plus le poids du patient augmente, plus le médecin a l'impression de perdre son temps, perd plus facilement patience, est moins désireux d'aider le patient et pense qu'il doit insister davantage pour que le patient suive ses conseils (76,77).

Ces comportements sont peut-être l'expression extrême d'un sentiment général partagé par les médecins sur leur manque de compétence et de formation face à la prise en charge de l'obésité et leur sentiment d'être démuni (43,74).

Grâce au travail mené par les internes durant la deuxième phase du projet FETOMP, nous savons mieux ce qu'attendent du médecin les habitants des QPV et quelles sont leurs préoccupations premières. Il confirme que les patients attendent une écoute de la part de leur médecin, mais qu'ils le perçoivent trop souvent comme un juge. L'alimentation est vécue comme un plaisir et ils se sentent impuissants et coupables face à leur surpoids. Le poids n'est d'ailleurs pas la préoccupation première des habitants des QPV et ils consultent d'ailleurs rarement pour cela. Il n'est pas vécu comme un problème de santé. Ils se

préoccupent davantage des problèmes d'absence d'emploi, des difficultés financières, de la violence ou de leurs enfants. Il y a donc un décalage entre la réalité et le quotidien des habitants des QPV et les recommandations et conseils que peuvent leur donner leurs médecins généralistes et les instances de santé publique. Comment se payer une activité sportive lorsqu'il n'y a déjà plus d'argent pour payer les factures ? Comment manger davantage de fruits et de légumes quand leur coût est bien plus important qu'un paquet de pâtes ou de riz ? Il est donc difficile de mobiliser les patients en situation de précarité sur le sujet des dangers de l'excès de poids. D'ailleurs, il est important de souligner que les catégories de poids actuelles définies par les bornes de l'IMC ont été fixées pour des raisons plus politiques que scientifiques (4). Auparavant, les bornes étaient plus hautes. Rabaisser ces bornes a permis de faire basculer l'obésité au rang d'épidémie mondiale, et par là même de développer le marché du « light » et de « la minceur à tout prix ».

VI. Conclusion

L'OMS parle d'une « épidémie mondiale » d'obésité. Elle concerne 15% de la population française adulte. Le taux de surpoids et d'obésité est inversement proportionnel au statut socio-économique de la population. Ce taux est donc un reflet des inégalités sociales, voire un marqueur de précarité.

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de grande envergure qui vise à interroger les déterminants sociaux-économiques et territoriaux des problèmes de poids afin de construire de nouvelles façons d'agir ensemble pour améliorer la santé dans les QPV de Strasbourg. Ce projet, nommé FETOMP (Formation à l'éducation thérapeutique sur l'obésité en milieu précaire) s'est déroulé en plusieurs étapes, avec des observations de consultations de médecine générale en QPV, des entretiens avec des habitants de ces QPV, l'organisation de focus groups, etc.

Mon travail s'est centré sur l'observation des consultations de médecins généralistes travaillant au sein de QPV. L'objectif particulier était de caractériser épidémiologiquement la population « précaire » qui consultait dans les différents QPV. Ce travail quantitatif a permis d'analyser les caractéristiques démographiques, sociales et médicales des personnes précaires rencontrées dans chaque cabinet.

Notre étude retrouvait une population très hétérogène et métissée, frappée par une importante précarité. Elle a confirmé ce qui est énoncé depuis plusieurs années dans la littérature : le surpoids et l'obésité sont largement répandus et surreprésentés dans les quartiers défavorisés.

L'accès à l'emploi était rare au sein de la population précaire, tandis que les difficultés monétaires faisaient partie du quotidien. Ces dernières sont responsables d'inégalités de santé. L'accès aux soins pouvait aussi être entravé par la barrière de la

langue, souvent présente, difficulté exacerbée par le faible recours aux interprètes professionnels.

La précarité entraînant davantage de problèmes de santé, le recours aux médecins spécialistes était plus fréquent ainsi que le renouvellement des prescriptions de médicaments. Dans notre étude, les médecins généralistes délivraient plus d'informations aux patients les plus précaires malgré la barrière de la langue souvent présente. En revanche, ceux-ci étaient soignés de la même façon quel que soit leur statut pondéral.

Les motifs de consultation étaient variés et nous avons constaté que le poids était rarement un de ces motifs. Le poids a été défini comme « un problème » par les instances de santé publique qui, de fait, font du médecin un acteur de résolution de ce problème. Ainsi, les médecins se sentent investis d'un rôle de « prévention ». Or, nous savons que le processus ayant abouti aux catégories de poids actuelles (bornes d'IMC) repose sur des critères flous et potentiellement plus politiques que scientifiques. J.P. Poulain, sociologue, a analysé les controverses sur l'obésité et l'évolution progressive de la vision sociétale de l'excès de poids, passé du statut de « facteur de risque » à celui d' « épidémie mondiale », « de l'embonpoint au mal-en-point ». Cette dramatisation progressive de l'obésité a permis de l'inscrire à l'agenda politique mais a en même temps renforcé la stigmatisation des personnes obèses et développé l'anxiété alimentaire dans la population générale. L'échec de la « lutte » contre les problèmes de poids devient un échec de la santé publique en général et des médecins en particulier. Mais finalement, si le public en question ne se sent pas concerné par le problème que seules les instances supérieures veulent résoudre, cet échec est relatif puisque la réussite n'est après tout qu'un objectif inatteignable par manque de pertinence ressenti par les acteurs qu'il cible.

Au terme de notre travail, il semble que l'intérêt d'une intervention médicale auprès des habitants des QPV concernant le surpoids soit limité. Le surpoids n'est pas une de leurs préoccupations majeures, il n'est même pas considéré comme un problème de santé mais

est plutôt associé à un souci esthétique. Leur vision de l'avenir est dominée par le court terme, les questions matérielles et environnementales. De plus, ils ne se sentent pas responsables de leur surpoids et ne font pas toujours le lien avec leur comportement alimentaire. Bien que les normes sanitaires soient connues, elles sont délibérément ignorées au profit de plus grandes quantités ou d'une « alimentation plaisir », qui demeure un des rares plaisirs que ces populations peuvent encore s'offrir. Au sein des classes sociales défavorisées, les choix et achats alimentaires sont motivés par d'autres critères que la santé, explorés par les étudiants de FETOMP 2, comme le goût des aliments, la perception du schéma corporel et le rôle social de l'alimentation. Les familles précaires attachent une grande importance et une fierté à nourrir leurs enfants avec des produits qu'ils aiment ou des produits industriels visibles dans les publicités afin de favoriser leur intégration sociale. Ils privilégient l'abondance à la qualité nutritionnelle.

Le médecin peut-il et doit-il agir sur ces comportements ?

Insister sur des recommandations hygiéno-diététiques très éloignées de la réalité de la vie des populations précaires qui ne correspondent pas à leurs difficultés ni à leur mode de vie risque de générer une culpabilité et un découragement des patients en surpoids. Cette démarche menace donc d'être contre-productive, auprès de personnes qui font déjà l'objet de stigmatisation de classe dans notre société de consommation et d'abondance, qui prône paradoxalement une image toujours plus contrôlée et dominée par la minceur.

Les interventions les plus urgentes nous semblent donc relever des pouvoirs et politiques publiques, afin de favoriser la reprise économique de ces quartiers, la réduction du chômage, l'accès aux études supérieures, la lutte contre l'insécurité. Les politiques publiques doivent également revoir les infrastructures de ces quartiers, encourager la création d'espaces verts et de services de proximité comme des centres sportifs afin de promouvoir l'activité sportive notamment chez les enfants.

Libérés de ce « poids » des préoccupations financières et d'insécurité, les habitants des QPV pourront se préoccuper davantage de leur santé.

VU

Strasbourg, le 22 Avril 2020

Le président du Jury de Thèse

Professeur Jean-Christophe WEBER



VU et approuvé

Strasbourg, le 11/05/2020

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

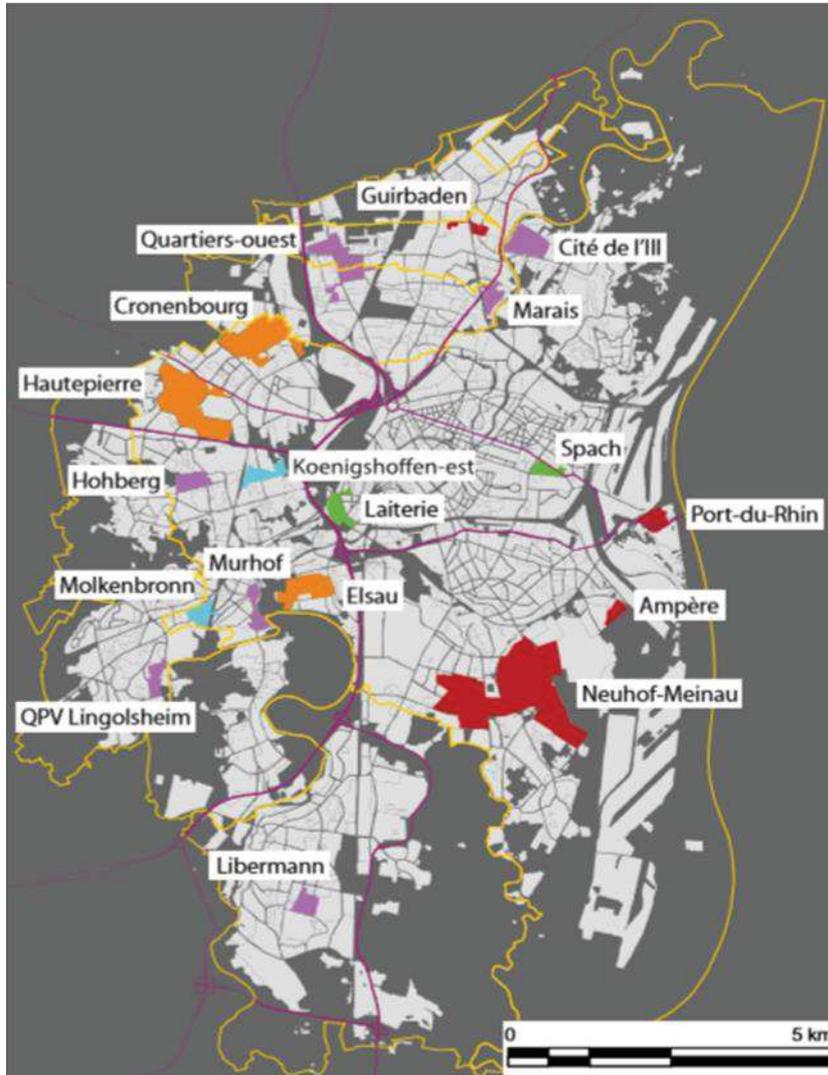
Professeur Jean SIBILIA



VII. Annexes

Annexe 1 : Les différents quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg

Source : ORS Alsace 2017



5 grands profils de QPV

Types	Variabes socio-démographiques sur-représentées	Intensité de la précarité sociale
1	Petits ménages d'une personne, actifs et étudiants, faible ancienneté d'emménagement	+
2	Proche du profil moyen des QPV d'Alsace	+ +
3	Quartier âgés : 60 ans et plus, forte ancienneté d'emménagement	+ +
4	Forte précarité sociale : bas-revenus, chômage, familles nombreuses, étrangers	+ + +
5	Très forte précarité sociale : très bas-revenus, forte dépendance aux prestations sociales, monoparentalité	+ + + +

Annexe 2 : La grille ECOGEN

Code consultation : code IMG (A, B...), code MG (A, B...) jj mm n° consultation (exemple : AB101201) : -----

Date consultation --/--/20--		Consultation Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>		Patient Nouveau <input type="checkbox"/> Connu <input type="checkbox"/>		Année de naissance -----		Genre Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		Etudiant Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Statut Invalidité <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> Non affilié SS <input type="checkbox"/>		Profession Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Cadre sup., profession intellectuelle <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/>		Langue Parle français couramment <input type="checkbox"/> Parle un français approximatif <input type="checkbox"/> Ne parle pas français <input type="checkbox"/> Le médecin parle la même langue que le patient non francophone <input type="checkbox"/> Le médecin et le patient parlent une langue commune qui n'est pas leur langue maternelle <input type="checkbox"/> Présence d'un interprète de proximité (amis, famille ...) <input type="checkbox"/> Présence d'un interprète professionnel <input type="checkbox"/>		Langue maternelle du patient : -----							
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédure)		Code CISP		N°RC		Procédures (diagnostics, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)		Code CISP		N°RC			
1.						1.							
2.						2.							
3.						3.							
4.						4.							
5.						5.							
6.						6.							
7.						7.							
8.						8.							
Résultats de consultation (RC) (symptômes ou diagnostics)		CISP		N/A		Médicaments (DCI)		CISP		N/A			
1.						1.							
2.						2.							
3.						3.							
4.						4.							
5.						5.							
6.						6.							
7.						7.							
8.						8.							
Poids : kg		Mesuré durant la consultation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Taille : m		IMC : kg/m ²							
Heure de début de la consultation --h--										Heure de fin de la consultation --h--			

Annexe 3 : Le score EPICES

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

Annexe 4 : Grille d'observation qualitative

Code consultation : code IMG (A, B...), code MG (A, B...) jj mm n° consultation : -----
Numéro de téléphone du patient :
<ul style="list-style-type: none"> • Prise de contact (salutations, langue parlée, aspect du patient ...) • Déroulé de la consultation (questions ouvertes /fermées, impression de malaise/connivence/, qui prend les initiatives et quand ...) • Moments clés de la consultation • Déroulé de l'examen clinique (examen commenté ou non ...) • Langage non verbale (le médecin regarde le patient/l'ordi, évite/cherche le regard, posture du patient, posture du médecin...) • Observation autre • Poids : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perception de la corpulence ➤ La question est-elle abordée ? ➤ Par qui ? ➤ Pour qui est-ce un problème ? ➤ Heure à laquelle est abordé la question du poids ➤ Durée accordée à la question du poids ➤ Titre de la consultation

Annexe 5 : Classification internationale des soins primaires CISP-2

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B01 Gargyl lymph. augment/ douleur/œux	F01 Oeil douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou
-31 Ex médical/à la suite d'exam	B02 Pour du cancer du sang/lymph.	F02 Oeil rouge	F02 Oeil rouge	L02 S/P du cou
-32 Ex médical/à la suite d'exam partiel	B03 Pour autre maladie sang/lymph/œux	F03 Ecoulement de l'œil	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes
-33 Test de sensibilité	B04 S/P de sang	F04 Taches blanches/rougeurs	F04 Taches blanches/rougeurs	L04 S/P du thorax
-34 Autre analyse de sang	B05 Pour du cancer du sang/lymph.	F05 Autre perturbation de la vision	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du bras et du creux axillaire
-35 Autre analyse d'urine	B06 Limites de la fonction/incap. (B)	F06 Vision double/voies lacrymales	F06 Vision double/voies lacrymales	L06 S/P de la mâchoire
-36 Autre analyse de selles	B07 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F07 Anomalie anormale de l'œil	F07 Anomalie anormale de l'œil	L07 S/P de l'épaule
-37 Cytologie/taxonomie	B08 Adénite aigue	F08 S/P lésions de contact	F08 S/P lésions de contact	L08 S/P du bras
-38 Autre analyse de tuberculose	B09 Adénite chronique/non-spécifique	F09 Pour d'une maladie de l'œil	F09 Pour d'une maladie de l'œil	L09 S/P du coude
-39 Examen fonctionnel	B10 Maladie de Hodgkin/lymphome	F10 Limitation de la fonction/incap. (F)	F10 Limitation de la fonction/incap. (F)	L10 S/P du poignet
-40 Endoscopie	B11 Lésion	F11 Autre S/P de l'œil	F11 Autre S/P de l'œil	L11 S/P de la main et du doigt
-41 Radiologie diagnostique/radiogène	B12 Autre cancer du sang	F12 Conjonctivite infectieuse	F12 Conjonctivite infectieuse	L12 S/P de la hanche
-42 Test électrocardiographique	B13 Tumeur hémangio/indét. sang/lymph.	F13 Conjonctivite allergique	F13 Conjonctivite allergique	L13 S/P de la jambe et de la nuque
-43 Autre procédure diagnostique	B14 Autre traitement sang/lymph/œux	F14 Biphélie, aragel, chalazion	F14 Biphélie, aragel, chalazion	L14 S/P au genou
-44 Vaccination/médication préventive	B15 Adénite catarrhale parotidienne	F15 Autre infection/inflammation de l'œil	F15 Autre infection/inflammation de l'œil	L15 S/P de la cheville
-45 Recompense/éducation santé/avis/régime	B16 Adénite parotidienne	F16 Tumeur de l'œil et des annexes	F16 Tumeur de l'œil et des annexes	L16 S/P au pied et de l'orteil
-46 Discussion avec dispensaire/avis	B17 Adénite catarrhale vrt/S13/œux	F17 Cataracte/hémorragie de l'œil	F17 Cataracte/hémorragie de l'œil	L17 Douleur musculaire
-47 Discussion avec spécialiste	B18 Autre cancer du sang	F18 CE dans l'œil	F18 CE dans l'œil	L18 S/P musculaire NCA
-48 Classification de la demande du patient	B19 Adénite parotidienne	F19 Autre lésion traumat. de l'œil	F19 Autre lésion traumat. de l'œil	L19 S/P d'une maladie NCA
-49 Médication/précaution/inspection	B20 Papapapa/début de coagulation	F20 Strabisme/cornée kératite de l'œil	F20 Strabisme/cornée kératite de l'œil	L20 Pour cancer œil/ostéo-articulaire
-50 Infection/diagnostic/inspection	B21 Globules blancs anormaux	F21 Autre anomalie congénitale de l'œil	F21 Autre anomalie congénitale de l'œil	L21 Limitation de la fonction/incap. (L)
-51 Excision/ablation/œuf/débridement	B22 Spérométrie	F22 Dégénérescence maculaire	F22 Dégénérescence maculaire	L22 Infection du syst. ostéo-articulaire
-52 Perforation/infus./diétat./appareillage	B23 Infection par le virus HIV, SIDA	F23 Ulcère de la cornée	F23 Ulcère de la cornée	L23 Fracture de radius/cubitus
-53 Réparation/œuf/œuf/œuf/prothèse	B24 Autre maladie sang/lymph/œux	F24 Trachome	F24 Trachome	L24 Fracture de tibia/tarso
-54 Traitement local/infiltration	D01 Douleur/trangée abdominale/gén.	F25 Détail de réfraction	F25 Détail de réfraction	L25 Fracture du fémur
-55 Parasement/compression/bandage	D02 Douleur abdominale/digestive	F26 Cataracte	F26 Cataracte	L26 Autre fracture
-56 Thérapie manuelle/médecine physique	D03 Rupture/rupture/rupture abdominale	F27 Opacités	F27 Opacités	L27 Entorse de la cheville
-57 Coût de l'œuf	D04 Douleur rectale/anal	F28 Cécité	F28 Cécité	L28 Entorse du genou
-58 Autres procédures thérapeutiques	D05 Démangeaisons périméridales	F29 Strabisme	F29 Strabisme	L29 Entorse articulaire NCA
-59 Résultats analyses/examens	D06 Autre douleur abdominale loc.	F30 Autre maladie de l'œil/annexes	F30 Autre maladie de l'œil/annexes	L30 Lésion et subluxation
-60 Résultats ex/procéd. autre dispensaire	D07 Dypépsie/indigestion	Oreille H	Oreille H	L31 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
-61 Contact administratif	D08 Intolérance/gaz/ventri	H01 Douleur d'oreille/otite	H01 Douleur d'oreille/otite	L32 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-62 Responsabilité de l'œuf	D09 Nausée	H02 P. d'audition	H02 P. d'audition	L33 Syndrome caricari
-63 Epie. nouveau/œuf cours init. par disp.	D10 Vomissement	H03 Acouphènes/bruyance/bruyance d'oreille	H03 Acouphènes/bruyance/bruyance d'oreille	L34 Syndr. dorso-lomb. sensoriel/otite
-64 Epie. nouveau/œuf cours init. par disp.	D11 Diarrhée	H04 Enrouement de la voix	H04 Enrouement de la voix	L35 Déformation acquise de la colonne
-65 Référence à dispens. S/P non-médicinal	D12 Constipation	H05 Saignement de l'oreille	H05 Saignement de l'oreille	L36 Syndr. dorso-lomb. et lésion de la base de la colonne cervicale NCA
-66 Référence à dispens. S/P non-médicinal	D13 Jaunisse	H06 Sensation d'oreille bouchée	H06 Sensation d'oreille bouchée	L37 Polyrhinite/allergie/rhinite allergique
-67 Référence à dispens. S/P non-médicinal	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H07 Précip. par tapage des oreilles	H07 Précip. par tapage des oreilles	L38 Cataractose
-68 Autre référence	D15 Saignement nasal	H08 Pour d'une maladie de l'oreille	H08 Pour d'une maladie de l'oreille	L39 Entorse articulaire NCA
-69 Autres procédures	D16 Intolérance rectale	H09 Limitation de la fonction/incap. (H)	H09 Limitation de la fonction/incap. (H)	L40 Lésion et subluxation
Général et non spécifié A	D17 Intolérance rectale	H10 Autre S/P de l'oreille	H10 Autre S/P de l'oreille	L41 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
A01 Douleur générale/de sites multiples	D18 Modification selles/motivem. intestin	H11 Otite moyenne aiguë/moyenne	H11 Otite moyenne aiguë/moyenne	L42 Anom. congénitale ostéo-articulaire
A02 Prisoire	D19 S/P dents/gencives	H12 Otite moyenne séreuse	H12 Otite moyenne séreuse	L43 Lésion ligam. interne du genou
A03 Fièvre	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H13 Saignée d'oreille	H13 Saignée d'oreille	L44 Autre tumeur bés./indét. ostéo-artic.
A04 Fatigue/fatigue générale	D21 P. de séquestration	H14 Otite moyenne chronique	H14 Otite moyenne chronique	L45 Déformation ligam. membre inf.
A05 Infection/fatigue générale	D22 Hépatomégalie	H15 Tumeur de l'oreille	H15 Tumeur de l'oreille	L46 Autre maladie ostéo-articulaire
A06 Fonctionnement/œuf/œuf	D23 Diversité abdominale	H16 CE dans l'oreille	H16 CE dans l'oreille	Neurologique N
A07 Coma	D24 Douleur abdominale	H17 Perforation du tympan	H17 Perforation du tympan	N01 Mal de tête
A08 Conscience	D25 Pour du cancer du syst. digestif	H18 Lésion traumat. supéri. de l'oreille	H18 Lésion traumat. supéri. de l'oreille	N02 Douleur de la base
A09 P. de transpiration	D26 Pour d'une autre maladie digestive	H19 Autre lésion traumat. de l'oreille	H19 Autre lésion traumat. de l'oreille	N03 Douleur de la base
A10 Saignement/hémorragie NCA	D27 Lésions de la fonction/incap. (D)	H20 Anom. congénitale de l'oreille	H20 Anom. congénitale de l'oreille	N04 Jambes sans force
A11 Douleur thoracique NCA	D28 Infection gastro-intestinale	H21 Excès de céranone	H21 Excès de céranone	N05 Fourmillements doigts, pieds, oreilles
A12 Proc. pas/pour traitement médical	D29 Otitis	H22 Syndrome vertigineux	H22 Syndrome vertigineux	N06 Anom. perturbation de la sensibilité
A13 Proc. pas/pour traitement médical	D30 Infection fongique	H23 Otitis	H23 Otitis	N07 Convulsions/convulsions
A14 Nutrition inadéquate	D31 Otitis externe/parotidienne/infectieuse	H24 Otitis	H24 Otitis	N08 Mouvements involontaires anormaux
A15 Proc. pas en aspect extérieur	D32 Cancer de l'estomac	H25 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	H25 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N09 Perturbation du goût/d'odorat
A16 Demande/discussion sur l'habitabilité	D33 Cancer de l'œsophage	H26 Pour d'une hypertension	H26 Pour d'une hypertension	N10 Vertige/étourdissement
A17 Facteur de risque de cancer	D34 Cancer de l'estomac	H27 Pour autre maladie cardio-vasculaire	H27 Pour autre maladie cardio-vasculaire	N11 Parésie/fatigue
A18 Peur de la mort, de mourir	D35 Autre cancer de l'estomac	H28 Limitation de la fonction/incap. (K)	H28 Limitation de la fonction/incap. (K)	N12 Trouble de la parole
A19 Peur d'une autre maladie NCA	D36 Autre cancer de l'estomac	H29 Infection du syst. cardio-vasculaire	H29 Infection du syst. cardio-vasculaire	N13 Peur d'un cancer neurologique
A20 Peur d'une autre maladie NCA	D37 Trouble de la fonction gastrique	H30 RAA/maladie cardiaque rhumatismale	H30 RAA/maladie cardiaque rhumatismale	N14 Peur d'une autre maladie neurologique
A21 Limitation de la fonction/incap. NCA	D38 Aggravation	H31 Tumeur cardio-vasculaire	H31 Tumeur cardio-vasculaire	N15 Lésion de la fonction/incap. (N)
A22 Autre S/P général	D39 Névrite ischémique	H32 Cœur pulmonaire	H32 Cœur pulmonaire	N16 Autre S/P neurologique
A23 Tuberculose	D40 Hernie hiatale	H33 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H33 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N17 Polymyosite
A24 Rougeole	D41 Maladie diverticulaire	H34 Autre lésion traumat. de l'oreille	H34 Autre lésion traumat. de l'oreille	N18 Myérite/encéphalite NCA
A25 Varicelle	D42 Syndrome du canal latéral	H35 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	H35 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N19 Démence
A26 Rubéole	D43 Syndrome du canal latéral	H36 Peur d'une hypertension	H36 Peur d'une hypertension	N20 Autre infection neurologique
A27 Mononucléose infectieuse	D44 Pour une autre maladie NCA	H37 Pour d'une hypertension	H37 Pour d'une hypertension	N21 Cancer du syst. neurologique
A28 Autre exanthème viral	D45 Choléra/typhoïde/dysentérie	H38 Cardopathie ischémique avec angor	H38 Cardopathie ischémique avec angor	N22 Tumeur bénigne neurologique
A29 Autre maladie NCA	D46 Vers/autres parasites	H39 Décompensation cardiaque	H39 Décompensation cardiaque	N23 Autre tumeur bés./neurologique
A30 Cancer NCA	D47 Choléra/typhoïde/dysentérie	H40 Fibrillation auriculaire/Flutter	H40 Fibrillation auriculaire/Flutter	N24 Convulsions
A31 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D48 Autre maladie du syst. digestif	H41 Tachycardie paroxysmique	H41 Tachycardie paroxysmique	N25 Commotion
A32 Politraumatisme/séisme multiples	CODES PROCÉDURE	H42 Arrythmie cardiaque NCA	H42 Arrythmie cardiaque NCA	N26 Autre lésion traumat. de la tête
A33 Effet tardif d'un médicament	SYMPTÔMES ET PLAINTES	H43 Souffle cardiaque/artériel NCA	H43 Souffle cardiaque/artériel NCA	N27 Autre lésion traumat. neurologique
A34 Intoxication par subst. médicamenteuse	INFECTIONS	H44 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H44 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N28 Anom. congénitale neurologique
A35 Effet sec. subst. médicamenteuse	NÉOPLASMES	H45 Souffle cardiaque	H45 Souffle cardiaque	N29 Entorse de la cheville
A36 Effet toxique subst. non médicamenteuse	TRAUMATISMES	H46 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H46 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N30 Syndrome parkinsonien
A37 Complication de traitement médical	ANOMALIES CONGÉNITALES	H47 Hypertension non compliquée	H47 Hypertension non compliquée	N31 Epilepsie
A38 Effet sec. de facteur physique	AUTRES DIAGNOSTICS	H48 Hypertension avec complications	H48 Hypertension avec complications	N32 Anom. vasculaire de la base
A39 Effet sec. de matériel prothétique	ANOMALIES CONGÉNITALES	H49 Hypertension avec complications	H49 Hypertension avec complications	N33 Paralyse faciale/paralyse de Bell
A40 Anom. congénitale NCA/multiple	AUTRES DIAGNOSTICS	H50 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H50 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N34 Névralgie du trijumeau
A41 Résultats divers/œuf anormale NCA	ANOMALIES CONGÉNITALES	H51 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H51 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N35 Syndrome du canal carpien
A42 Allergie/séisme allergique NCA	AUTRES DIAGNOSTICS	H52 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H52 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N36 Névrite neuropathique périphérique
A43 Nouveau se présenter	ANOMALIES CONGÉNITALES	H53 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H53 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N37 Ostéite de tennon
A44 Autre anomalie périméridale	ANOMALIES CONGÉNITALES	H54 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H54 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N38 Autre maladie neurologique
A45 Névrite périméridale	ANOMALIES CONGÉNITALES	H55 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H55 Anom. congénitale cardio-vasculaire	
A46 Miel	ANOMALIES CONGÉNITALES	H56 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H56 Anom. congénitale cardio-vasculaire	
A47 Pas de maladie	ANOMALIES CONGÉNITALES	H57 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H57 Anom. congénitale cardio-vasculaire	
A48 Gestion santé/médecine préventive	ANOMALIES CONGÉNITALES	H58 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H58 Anom. congénitale cardio-vasculaire	
A49 Médecin de famille/avis non praticien	ANOMALIES CONGÉNITALES	H59 Anom. congénitale cardio-vasculaire	H59 Anom. congénitale cardio-vasculaire	

<p>Psychologique P</p> <p>F01 Sensation anxiété/nervosité/terreur F02 Réaction de stress aiguë F03 Sensation de dépression F04 Sentiment/comport. irritable/colère F05 Sensation vague, comportement étrange F06 Perturbation du sommeil F07 Diminution du désir sexuel F09 Distorsion accoutumée/sensu F08 Préoccupation sur identité sexuelle F10 Sécèlement, tremblement, tic F11 Trouble de l'alimentation de l'enfant F12 Douleur F13 Encopriété F14 Alcoolisme chronique F15 Alcoolisation aiguë F17 Usage abusif de tabac F18 Usage abusif de médicaments F19 Usage abusif de drogues F20 Parousité de la mémoire F21 S/P du comportement de l'enfant F23 S/P du comportement de l'adolescent F24 r. spécifique de l'apprentissage F25 Problèmes de phase de vie adulte F27 Peur d'un trouble mental F28 Limitation de la fonction/incap. (P) F29 Autre S/P psychologique F72 Délinquance F73 Autre psychose organique F74 Schizophrénie F75 Psychose affective F76 Trouble anxieux/stat anxieux F78 Trouble somatoforme F79 Dépression F77 Suicide/intentive de suicide F78 Neurosénescence, surmenage F79 Facteur, trouble obsessionnel compulsif F80 Trouble de la personnalité F81 Troubles hypochondriaques F82 syndrome de stress post-traumatique F83 Réveil mental F84 Anorexie mentale, boulimie F85 Autre psychose NCA F89 Autre trouble psychologique</p>	<p>Peau S</p> <p>S01 Douleur/hypersensibilité de la peau S02 Prurit S03 Varice S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau S05 Tuméfaction/gonflement gén. peau S06 Eruption localisée S07 Eruption généralisée S08 Modification de la couleur de la peau S09 Doigt/orteil infecté S10 Furoncle/anthrax S11 Infection post-traumat. de la peau S12 Plaie/d'assure S13 Morsure minérale/humaine S14 Erythème cutané S15 CE de la peau S16 Erythème/eczéma S17 Erythème, égratignure, ampoule S18 Coupure/lésion S19 Autre lésion traumat. de la peau S20 Cor/callosité S21 S/P au sujet de la texture de la peau S22 D/T de l'ongle S23 Calvitie/perte de cheveux S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu S26 Peur du cancer de la peau S27 Peur d'une autre maladie de la peau S28 Limitation de la fonction/incap. (S) S29 Autre S/P de la peau S70 Zona S71 Herpès simplex S72 Gale/autres acarirose S73 Pédiculose/autre infestation peau S74 Dermatophytose S75 Molluscum contagiosum de la peau S76 Autre maladie infectieuse de la peau S77 Cancer de la peau S78 Lymphome S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau S80 Kératose actinique/coup de soleil S81 Mélanome/tyrénocarcinome S82 Névus/nœvus pigmentaire S83 Autre tumeur, congénitale de la peau S84 Impétigo S85 Kyste/fistule pileolale S86 Dermite séborrhéique S87 Dermite atopique/eczéma S88 Dermite et allergie de contact S89 Erythème fessier S90 Pyriasis rose S91 Psoriasis S92 Maladie des glandes sudoripares S93 Kyste sébacé S94 Origine incertaine S96 Mélanome contagieux S97 Acné S97 Ulcère chronique de la peau S98 Verru S99 Autre maladie de la peau</p>	<p>E72 Théâtre E75 Cancer du rein E76 Cancer de la vessie E77 Autre cancer urinaire E78 Tumeur bénigne du tractus urinaire E79 Autre tumeur indét. urinaire E80 Lésion traumat. du tractus urinaire E85 Assoc. congénitale du tractus urinaire E88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique E90 Protéinurie orthostatique E95 Lithase urinaire E98 Analyse urinaire anormale NCA E99 Autre maladie urinaire</p>	<p>Syst. génital masculin et sein Y</p> <p>Y01 Douleur du pénis Y02 Douleur des testicules, du scrotum Y03 Enflurement urétral chez l'homme Y04 Autre S/P du pénis Y05 Autre S/P des testicules/di. scrotum Y06 S/P de la prostate Y07 Impuissance sexuelle NCA Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme Y10 S/P de la prostate Y12 Stérilisation de l'homme Y14 Autre FF chez l'homme Y16 S/P du sein chez l'homme Y34 Peur dysfonction sexuelle homme Y35 Peur d'une MST chez l'homme Y36 Peur d'un cancer génital homme Y37 Peur autre maladie génitale homme Y38 Limitation de la fonction/incap. (Y) Y39 Autre S/P génitale chez l'homme Y40 Syphilis chez l'homme Y71 Gonococcie chez l'homme Y72 Herpès génital chez l'homme Y73 Prostatite/viculite bactérienne Y74 Crétinisme/hypothyroïdie Y75 Balanite Y76 Condylome acuminé chez l'homme Y77 Cancer de la prostate Y78 Autre cancer génital chez l'homme Y79 Autre tumeur, bén./indét. homme Y80 Lésion traumat. génitale homme Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce Y82 Erythroïdite Y83 Ectopie testiculaire Y84 Autre anomalie congénitale homme Y85 Hypertrophie testiculaire de la prostate Y86 Hydrocèle Y88 Autre maladie génitale chez l'homme</p>
<p>Respiratoire R</p> <p>R01 Douleur de syst. respiratoire R02 Saufite noire, apnée R03 Sibillance R04 Autre F. respiratoire R05 Toux R06 Saignement de nez, épistaxis R07 Congestion nasale, éternuement R08 Autre S/P du nez R09 S/P des sinus R21 S/P de la gorge R23 S/P de la voix R24 Hémoptysse R25 Expectoration/glaire anormale R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire R27 Peur d'une autre maladie respiratoire R28 Limitation de la fonction/incap. (R) R29 Autre S/P respiratoire R71 Coqueluche R72 Streptocoque pharyngé R73 Parvovirus/obésité de nez R74 Infection aiguë voies respiratoires sup. R75 Sinusite aiguë/chronique R76 Angine aiguë R77 Laryngite, trachéite aiguë R78 Bronchite aiguë, bronchite R79 Bronchite chronique R80 Grippe R81 Pneumonie R82 Pleurésie, épanchement pleural R83 Autre lésion respiratoire R84 Cancer des bronches, du poulmon R85 Autre cancer respiratoire R86 Tumeur respiratoire bénigne R87 CE du nez, du larynx, des bronches R88 Autre lésion traumat. du syst. resp. R89 Assoc. congénitale du syst. resp. R90 Hypertrophie amygdalaires/adénoides R91 Autre tumeur indét. du syst. resp. R92 Mal. pulmonaire chronique obstructive R93 Asthme R94 Rhinite allergique R95 Syndrome d'hyperventilation R99 Autre maladie respiratoire</p>	<p>Métabol., nutrit., endocrinien T</p> <p>T01 Soif excessive T02 Appétit excessif T03 Perte d'appétit T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant T05 P. d'alimentation de l'adulte T07 Gain de poids T08 Perte de poids T10 Retard de croissance T11 Déshydratation T18 Peur d'un cancer du syst. endocrinien T17 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit. T20 Limitation de la fonction/incap. (T) T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit. T70 Infection du syst. endocrinien T71 Cancer de la thyroïde T72 Tumeur binaire de la thyroïde T73 Tumeur indét. du syst. endocrinien T78 Canal thyroïdien T80 Anom. congénit. endoc/métab./nutrit. T81 Goitre T82 Obésité T83 Excès pondéral T85 Hypertension/hypertension T86 Hypothyroïdie/mixodéme T87 Hypoglycémie T89 Diabète insulino-dépendant T90 Diabète non insulino-dépendant T91 Carence vitaminique/nutritionnelle T92 Oculite T93 Trouble du métabolisme des lipides T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit.</p>	<p>Grossesse, accouchement et PF W</p> <p>W01 Omission de grossesse W02 Peur d'être enceinte W03 Saignement pendant la grossesse W05 Nausées/vomissements de grossesse W10 Contraceptif post-coïtale W11 Contraceptif orale W12 Contraceptif intra-utérine W13 Stérilisation chez la femme W14 Autre contraception chez la femme W15 Stérilité - hypofertilité de la femme W17 Saignement du post-partum W18 Autre S/P du post-partum W19 S/P du sein/lactation post-partum W21 Péloc. par médic. usage et grossesse W22 Peur complications de la grossesse W23 Limitation de la fonction/incap. (W) W25 Autre S/P de la grossesse W70 Infection puerpérale, sepsis W71 Infection compliquant la grossesse W72 Tumeur maligne avec grossesse W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse W75 Lésion traumat. et grossesse W76 Assoc. congénitale et grossesse W78 Grossesses W79 Grossesses non désirées W80 Grossesses ectopiques W81 Yéménisme gravidique W82 Avortement spontané W83 Avortement provoqué W84 Grossesses à haut risque W85 Diabète gravidique W90 Acc. non compliqué, enfant vivant W91 Acc. non compliqué, enfant mort W92 Acc. compliqué, enfant vivant W93 Acc. compliqué, enfant mort W94 Mâitre puerpérale W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation W96 Autre complication puerpérale W99 Autre maladie de la grossesse/acc.</p>	<p>Social Z</p> <p>Z01 Pauvreté/P. économique Z02 Peur d'un cancer Z03 P. d'habitat/de voisinage Z04 P. socioculturel Z05 P. de travail Z06 P. de non emploi Z07 P. d'éducation Z08 P. de protection sociale Z09 P. légal Z10 P. relatif au syst. de soins de santé Z11 P. du fait d'être malade/compliqué Z12 P. de relation entre partenaires Z13 P. de comportement de partenaire Z14 P. de la maladie du partenaire Z15 Perte/décès du partenaire Z16 P. de relation avec un enfant Z18 P. de la maladie d'un enfant Z19 Perte/décès d'un enfant Z20 P. relation entre parent/famille Z21 P. compersion, autre parent/famille Z22 P. de la mal. autre parent/famille Z23 Perte/décès autre parent/famille Z24 P. de relation avec un ami Z25 Agression/événement négatif NCA Z27 Peur d'un P. social Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z) Z29 P. social NCA</p>
<p>CODES PROCÉDURE</p> <p>SYMPTÔMES ET PLAINTES</p> <p>INFECTIONS</p> <p>NÉOPLASMES</p> <p>TRAUMATISMES</p> <p>ANOMALIES CONGÉNITALES</p> <p>AUTRES DIAGNOSTICS</p>	<p>Système Urinaire U</p> <p>U01 Dysurie/miction douloureuse U02 Miction fréquente/impérieuse U04 Incontinence urinaire U05 Autre P. de miction U06 Hématurie U07 Autre S/P au sujet de l'urine U08 Rétention d'urine U13 Autre S/P de la vessie U14 S/P du rein U20 Peur d'un cancer du syst. urinaire U27 Peur d'une autre maladie urinaire U28 Limitation de la fonction/incap. (U) U29 Autre S/P urinaire U70 Pyéloréflexion/pyélie U71 Cystite/autre infection urinaire</p>	<p>Syst. génital féminin et sein X</p> <p>X01 Douleur génitale chez la femme X02 Douleur menstruelle X03 Douleur intermenstruelle X04 Rapport sexuel douloureux femme X05 Menstruation absente/rare X06 Menstruation excessive X07 Menstruation irrégulière/décalée X08 Saignement intermenstruel X09 S/P prémenstruel X10 Ajournement des menstruations X11 S/P liée à la ménopause X12 Saignement de la post-ménopause X13 Saignement post-coïtal femme X14 Enflurement vaginal X15 S/P de vagin X16 S/P de la vulve X17 S/P du petit bassin chez la femme X18 Douleur du sein chez la femme X19 Tuméfaction/masse du sein femme X20 S/P du mamelon chez la femme X21 Autre S/P du sein chez la femme X22 Péloc. par l'appareil des seins X23 Peur d'une MST chez la femme X24 Peur dysfonction sexuelle femme X25 Peur d'un cancer génital femme X26 Peur d'un cancer du sein femme X27 Peur autre mal. génitale/sein femme X28 Limitation de la fonction/incap. (X) X29 Autre S/P génital chez la femme X70 Gonococcie chez la femme X72 Cundose génitale chez la femme X73 Trichomonase génitale femme X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme X75 Cancer du col de l'utérus X76 Cancer du sein chez la femme X77 Autre cancer génital chez la femme X78 Fibrome mésent. X79 Tumeur bénigne du sein femme X80 Tumeur bénigne génitale femme X81 Autre tumeur génitale indét. femme X82 Lésion traumat. génitale femme X83 Assoc. génitale congénitale femme X84 Vaginite/vulvite NCA X85 Maladie du col de l'utérus NCA X86 Perte de col anormal X87 Prolapsus utéro-vaginal X88 Maladie fibrokystique du sein X89 syndrome de tarson prémenstruelle X90 Herpès génital chez la femme X91 Condylome acuminé chez la femme X92 Infection génitale chlamydia femme X93 Autre maladie génitale de la femme</p>	<p>Abréviations</p> <p>/ ou Acc. Accouchement Anom. Anomalie Béas. Béasin (gène) CE Corps étranger Gén. Généralisé(e) Incap. Incapacité Indét. Indéterminé(e) Loc. Localisé(e) Mal. Maladie MST Maladie sexuellement transmissible NCA Non classé ailleurs P. Problème Pré-o Préoccupé(e) RAA Rhumatisme articulaire aigu S/P Symptôme ou plainte Sec. Secondaire Subst. Substance Syndr. Syndrome Tum. Tumeur</p>
<p>Traducteurs: Michel Roland et Marc Jamouille</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>

Annexe 6 : Grille de recueil sur les médecins observés

Code interne et médecin investigateur
code IMG (A, B...), code MG (A, B...) : _ _

Âge _____
Sexe M F
Statut marital : _____
Enfants à charge (n) : _

Lieu d'exercice :
 Rural
 Semi-rural
 Urbain

Mode d'exercice
 Libéral
 Salarié

Seul
 En groupe

Nombre de consultations par an : _____

Mode d'exercice particulier / DU : _____

Durée d'exercice (ans) : _____

Durée de travail hebdomadaire (h) : _____

Nombre de semaines de congés par an : _____

Nombre de gardes de nuit par mois : _____

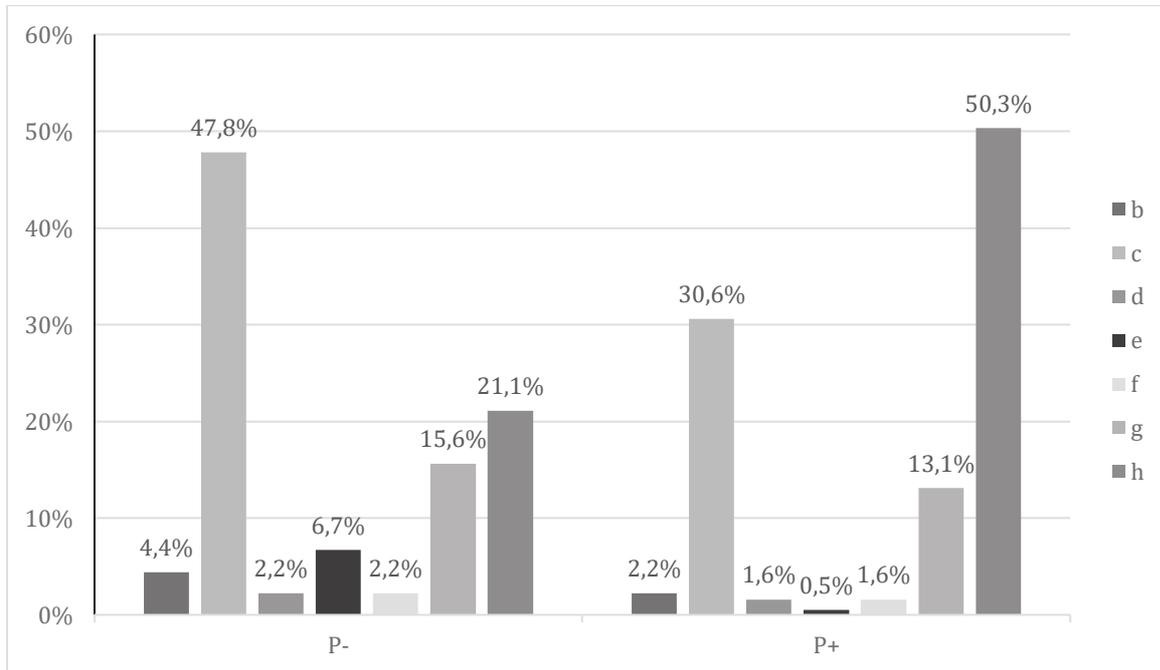
Nombre de gardes de weekend par mois : _____

Formation continue : la(les)quelle(s) ? _____

Abonnement à des revues médicales : la(les)quelle(s) ? _____

Accueil des visiteurs médicaux
 Oui
Combien par semaine ? _____
 Non

Annexe 7 : Graphique : Répartitions des catégories de professions selon le niveau de précarité



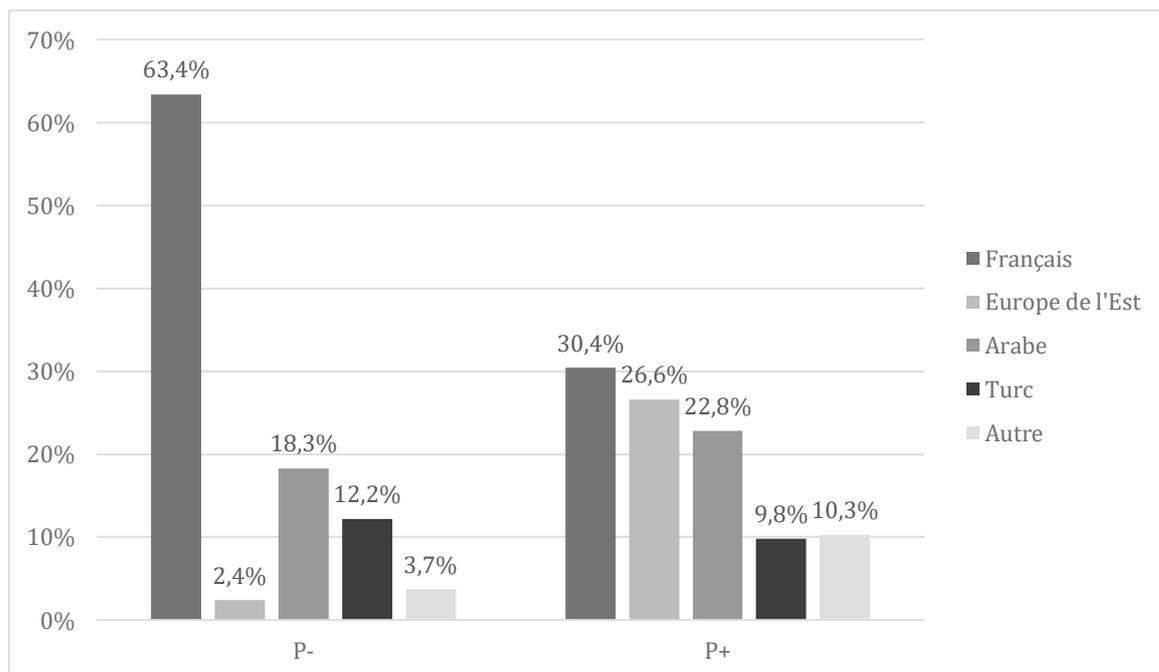
b : artisan, commerçant, chef d'entreprise
c : employé
d : ouvrier
e : cadre supérieur, profession intellectuelle
f : profession intermédiaire
g : retraité
h : sans activité professionnelle

Annexe 8 : Tableau : Caractéristiques détaillées des procédures de consultation en fonction du niveau de précarité

	Total	P+	P-	p
Type de procédure détaillé (classification ICPC-2)				
Médicaments n(%)	283(77,11)	191(75,20)	92(81,42)	0,19
Clinique n(%)	276(75,20)	193(75,98)	83(73,45)	0,60
Spécialiste n(%)	165(44,96)	122(48,03)	43(38,05)	0,08
Médecins n(%)	116(31,61)	92(36,22)	24(21,24)	<0,001***
Biologie n(%)	107(29,16)	74(29,13)	33(29,20)	0,99
Information n(%)	103(28,07)	80(31,50)	23(20,35)	0,03*
Examens n(%)	91(24,80)	62(24,41)	29(25,66)	0,80
Administratif n(%)	86(23,43)	63(24,80)	23(20,35)	0,35
Non médecins n(%)	75(20,44)	52(20,47)	23(20,35)	0,98
RHD n(%)	57(15,53)	37(14,57)	20(17,70)	0,44
Clarification n(%)	42(11,44)	34(13,39)	8(7,08)	0,08
Ecoute n(%)	27(7,36)	21(8,27)	6(5,31)	0,32
Vaccin n(%)	18(4,90)	14(5,51)	4(3,54)	0,42
Suivi n(%)	14(3,81)	11(4,33)	3(2,65)	0,56
Social n(%)	4(1,09)	2(0,79)	2(1,77)	0,59
Conseil n(%)	2(0,54)	1(0,39)	1(0,88)	0,52
Autre n(%)	25(6,81)	20(7,87)	5(4,42)	0,23

Annexe 9 : Tableau et graphique : Répartitions de l'origine des langues maternelles en fonction du niveau de précarité

	Total	P+	P-	p
Langue				
Langue mat (origine) n(%)	266(100)	184(69,17)	82(30,83)	<0,001***
Française n(%)	108(40,60)	56(30,43)	52(63,41)	<0,001***
Europe de l'est n(%)	51(19,17)	49(26,63)	2(2,44)	<0,001***
Arabe n(%)	57(21,43)	42(22,83)	15(18,29)	0,41
Turque n(%)	28(10,53)	18(9,78)	10(12,20)	0,55
Autre n(%)	22(8,27)	19(10,33)	3(3,66)	0,07
Français courant n(%)				
Méd parle la même langue que patient n(%)	2(0,55)	1(0,40)	1(0,88)	0,52
Méd et patient parlent une langue commune qui n'est pas leur langue mat n(%)	11(3,01)	10(3,95)	1(0,88)	0,18
Interprètes familiaux n(%)	32(8,74)	28(11,07)	4(3,54)	0,02*
Interprètes pro n(%)	7(1,91)	7(2,77)	0(0,00)	0,10



Annexe 10 : Tableau : Caractéristiques détaillées des procédures de consultation en fonction du poids pour les patients précaires

	Total	P+O+	P+O-	p
Type de procédure détaillée (classification ICPC-2)				
Clinique n(%)	178(75,11)	112(76,19)	66(73,33)	0,62
Médicaments n(%)	178(75,11)	111(75,51)	67(74,44)	0,85
Spécialiste n(%)	116(48,95)	75(51,02)	41(45,56)	0,41
Médecins n(%)	88(37,13)	56(38,10)	32(35,56)	0,69
Information n(%)	78(32,91)	50(34,01)	28(31,11)	0,64
Biologie n(%)	69(29,11)	42(28,57)	27(30,00)	0,81
Administratif n(%)	60(25,32)	39(26,53)	21(23,33)	0,58
Examens n(%)	57(24,05)	36(24,49)	21(23,33)	0,84
Non médecins n(%)	49(20,68)	31(21,09)	18(20,00)	0,84
RHD n(%)	34(14,35)	19(12,93)	15(16,67)	0,43
Clarification n(%)	31(13,08)	19(12,93)	12(13,33)	0,93
Ecoute n(%)	18(7,59)	11(7,48)	7(7,78)	0,93
Vaccin n(%)	12(5,06)	5(3,40)	7(7,78)	0,22
Suivi n(%)	10(4,22)	6(4,08)	4(4,44)	1,00
Social n(%)	2(0,84)	1(0,68)	1(1,11)	1,00
Conseil n(%)	1(0,42)	1(0,68)	0(0,00)	1,00
Autre n(%)	19(8,02)	10(6,80)	9(10,00)	0,38

Annexe 11 : Tableau : Répartitions de l'origine des langues maternelles en fonction du poids pour les patients précaires

	Total	P+O+	P+O-	p
Langue :				
Langue mat (origine) n(%)	172(100)	111	61	0,93
Française n(%)	53(30,81)	34(30,63)	19(31,15)	0,94
Europe de l'Est n(%)	46(26,74)	28(25,23)	18(29,51)	0,54
Arabe n(%)	39(22,67)	26(23,42)	13(21,31)	0,75
Turque n(%)	16(9,30)	10(9,01)	6(9,84)	0,86
Autre n(%)	18(10,47)	13(11,71)	5(8,20)	0,47
Français courant n(%)	146(61,86)	85(58,22)	61(67,78)	0,14
Méd parle la même langue que patient n(%)	1(0,43)	0(0,00)	1(1,11)	0,38
Méd et patient parlent une langue commune qui n'est pas leur langue mat n(%)	8(3,42)	5(3,42)	3(3,33)	1,00
Interprètes familiaux n(%)	26(11,02)	18(12,33)	8(8,89)	0,41
Interprètes pro n(%)	7(2,97)	6(4,11)	1(1,11)	0,26

Annexe 12 : Caractéristiques détaillées du score EPICES pour les patients précaires

	Total	P+O+	P+O-	p
EPICES : moy (sem)	60,7(2,62)	62,4(4,02)	57,9(2,02)	0,609
Entre 30 et 44 n(%)	61(25,85)	37(25,17)	24(26,97)	0,76
Entre 44 et 58 n(%)	67(28,39)	40(27,21)	27(30,34)	0,61
Entre 58 et 72 n(%)	48(20,34)	33(22,45)	15(16,85)	0,30
Entre 72 et 86 n(%)	37(15,68)	22(14,97)	15(16,85)	0,70
Entre 86 et 100 n(%)	23(9,75)	15(10,20)	8(8,99)	0,76

Bibliographie

1. Obésité [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
2. La Panouse L de (Dr) A du texte. Traité sur l'embonpoint ou obésité, moyens de le prévenir et de le combattre, par Léon de La Panouse,... [Internet]. 1837 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5783535r>
3. Fischler C. La symbolique du gros. *Communications*. 1987;46(1):255-78.
4. Blatgé M. Jean-Pierre Poulain, Sociologie de l'obésité. Lectures [Internet]. 21 avr 2010 [cité 11 nov 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/994>
5. Poulain J-P. Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité. *Obésité*. 1 mars 2009;4(1):7-16.
6. Chapuis-Després S. Histoire du corps, histoire du genre. Bilan et perspectives. *Corps*. 2016;N° 14(1):67-77.
7. Hubert H B, Feinleib M, McNamara P M, Castelli W P. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1 mai 1983;67(5):968-77.
8. Norbert Elias. *La Civilisation des moeurs*. rééd. Calmann-Lévy. 1939. (« Liberté de l'esprit », 1991.).
9. WHO | WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/classifications/en/>
10. WHO Consultation on Obesity (1997 : Geneva S, Organization WH. Obésité : prévention et prise en charge de l' épidémie mondiale : rapport d' une consultation de l' OMS [Internet]. Genève: Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2003 [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42734>
11. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan PAG, Stevens GA, Ezzati PM, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol*. janv 2015;16(1):36-46.
12. Reyes C, Leyland KM, Peat G, Cooper C, Arden NK, Prieto-Alhambra D. Association Between Overweight and Obesity and Risk of Clinically Diagnosed Knee, Hip, and Hand Osteoarthritis: A Population-Based Cohort Study. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ*. 2016;68(8):1869-75.
13. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2018;37(2):139-47.
14. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet Lond Engl*. 28 mars 2009;373(9669):1083-96.

15. Di Angelantonio E, Bhupathiraju SN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, de Gonzalez AB, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*. août 2016;388(10046):776-86.
16. Obesity as a protective factor for postmenopausal osteoporosis. - Abstract - Europe PMC [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/med/8923160>
17. Gupta PP, Fonarow GC, Horwich TB. Obesity and the Obesity Paradox in Heart Failure. *Can J Cardiol*. 1 févr 2015;31(2):195-202.
18. HAS. HAS surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours [Internet]. 2011 [cité 7 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf
19. Quetelet LAJ. A treatise on man and the development of his faculties, tr. (under the superintendence of R. Knox). [Ed. by T. Smibert]. People's ed. 1842. 162 p.
20. Keys A, Fidanza F, Karvonen MJ, Kimura N, Taylor HL. Indices of relative weight and obesity. *J Chronic Dis*. 1 juill 1972;25(6):329-43.
21. The National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Program: Health Implications of Obesity [Internet]. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://consensus.nih.gov/1985/1985Obesity049html.htm>
22. WHO | Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. Série de Rapports techniques 854. [Internet]. WHO. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status_fr/en/
23. Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/37>
24. ObEpi 2012 Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: http://www. Roche.fr/content/dam/Roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
25. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Epidémiol Hebd.* ;(35-36):640-6. [Internet]. 2016 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.html
26. Boubal C. L'art de ne pas gouverner les conduites. *Rev Française Sociol*. 4 déc 2019;Vol. 60(3):457-81.
27. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation: Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Rev Fr Sociol*. 2009;50(4):747.
28. Ogden CL, Fakhouri TH, Carroll MD, Hales CM, Fryar CD, Li X, et al. Prevalence of Obesity Among Adults, by Household Income and Education — United States, 2011–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 22 déc 2017;66(50):1369-73.
29. Robles B, Frost S, Moore L, Harris CV, Bradlyn AS, Kuo T. Overweight and obesity among low-income women in rural West Virginia and urban Los Angeles County. *Prev Med*. oct 2014;67:S34-9.

30. Chor D, Andreozzi V, Fonseca MJ, Cardoso LO, James SA, Lopes CS, et al. Social inequalities in BMI trajectories: 8-year follow-up of the Pró-Saúde study in Rio de Janeiro, Brazil. *Public Health Nutr.* déc 2015;18(17):3183-91.
31. Acheampong I, Haldeman L. Are Nutrition Knowledge, Attitudes, and Beliefs Associated with Obesity among Low-Income Hispanic and African American Women Caretakers? *J Obes.* 2013;2013:1-8.
32. De Saint Pol T. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. 1 févr 2007;1123.
33. Pol TDS. Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. :7.
34. Régnier F. Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis. *Cah Nutr Diététique.* avr 2006;41(2):97-103.
35. Carof S. Être grosse. *Sociologie.* 25 sept 2019;Vol. 10(3):285-302.
36. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros »: Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. *Anthropol Santé* [Internet]. 15 mai 2017 [cité 3 mai 2019];(14). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2396>
37. LOI n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. 2014-173 févr 21, 2014.
38. Renaud A. Les habitants des quartiers de la politique de la ville - Insee Première -. 3 mai 2016 [cité 14 oct 2018];(1593). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121538>
39. Égalité urbaine et cohésion sociale [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/egalite-urbaine-cohesion-sociale>
40. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns.* févr 2005;56(2):139-46.
41. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Educ Couns.* déc 2006;64(1-3):21-34.
42. adsp n° 73 - Les inégalités sociales de santé [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=113>
43. Burger M. Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux: apports d'une revue de littérature systématique et descriptive [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2017.
44. Brunet C. Motifs de consultation, en médecine générale, des bénéficiaires de la CMU-C: analyse à partir de l'étude ECOGEN [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
45. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? *Lien Soc Polit.* 2006;(55):115.
46. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.onpes.gouv.fr/>

47. Nos études | ORS Grand Est [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: https://ors-ge.org/etudes?title=qpv&field_categorie_target_id=All&sort_by=created&sort_order=DESC
48. QP067017 STRAS Cite Ill.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/QP067017%20STRAS%20Cite%20Ill.pdf>
49. QP067016 STRAS Neuhof Meinau DS.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/QP067016%20STRAS%20Neuhof%20Meinau%20DS.pdf>
50. QP067011 STRAS Hautepierre.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/QP067011%20STRAS%20Hautepierre.pdf>
51. QP067015 STRAS Laiterie.pdf [Internet]. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/QP067015%20STRAS%20Laiterie.pdf>
52. Eco-Santé France, Régions & Départements [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langs=FRA&langh=FRA&valeur=CCMU FONDNBEN2POEFPOPTTEFFELPCCMUFONDTOCMUN&source=1>
53. État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. 2000;8.
54. Les immigrés en Alsace : 10 % de la population - Chiffres pour l'Alsace | Insee [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288997>
55. Chaaban S. « Rendre la parole pour mieux soigner ». Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1634/>
56. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France 2015 [Internet]. [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/10/14/rapport-de-observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2015>
57. Recommandation Rec(2006)18 du Comité des Ministres aux Etats membres sur les services de santé dans une société multiculturelle [Internet]. 18 nov 8, 2006. Disponible sur: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d73bf
58. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. La charte de la personne hospitalisée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous>
59. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res.* avr 2007;42(2):727-54.
60. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev MCR.* juin 2005;62(3):255-99.

61. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. mai 2013;91(2):131-40.
62. Haute Autorité de Santé - Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante
63. L'interprétariat, un outil d'accès aux droits et aux soins | Migrations Santé Alsace [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.migrationsante.org/axes-dintervention/interpretariat/linterpretariat-un-outil-dacces-aux-droits-et-aux-soins/>
64. Schoenel M. Effets de l'interprète professionnel sur la pratique du médecin généraliste: entretiens semi-dirigés menés auprès de médecins généralistes utilisateurs de l'interprétariat professionnel [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2014.
65. migration santé alsace. Guide vers plus d'égalité en santé (Migration Santé) [Internet]. 2019 [cité 27 août 2019]. Disponible sur: https://www.migrationsante.org/wp-content/uploads/2019/05/GUIDE_VERS-PLUS-D-EGALITE-EN-SANTE_WEB_INTERACTIF.pdf
66. En Pays de la Loire, les généralistes sont aidés d'un interprète gratuit pour soigner les patients précaires non francophones [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/en-pays-de-la-loire-les-generalistes-sont-aides-dun-interprete-gratuit-pour-soigner-les-patients>
67. Hammou KB. Le patient précaire au cabinet de médecine générale: le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires. :161.
68. Marquant J. Les consultations pour renouvellement d'ordonnance en médecine générale: étude descriptive des éléments de consultation associés au motif « renouvellement d'ordonnance », à partir des données de l'étude ECOGEN [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
69. Hsiung L, Supper I, Guérin M-H, Pillot A, Ecochard R, Letrilliat L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *Vo U M E*. :8.
70. Surault P. La détermination des inégalités sociales de santé. *Rev Prat*. 2004;8.
71. Le sentiment de devoir s'imposer des restrictions sur son budget Evolution depuis 30 ans en France [Internet]. 2008 [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/le-sentiment-de-devoir-simposer-des-restrictions-sur-son-budget-evolution-depuis-30-ans-en-france>
72. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
73. Dery Y. Obésité et surpoids: description de la prise en charge globale en médecine générale : Etude nationale ECOGEN [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.

74. Degrange S, Legrand C, Pétré B, Scheen A, Guillaume M. Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille. *Médecine Mal Métaboliques*. oct 2015;9(6):559-65.
75. Gimenez L. La relation patient-médecin généraliste varie-t-elle avec le degré de surpoids des patients ? *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. avr 2016;64(2):133.
76. Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. août 2001;25(8):1246-52.
77. Avignon A, Attalin V. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de l'obésité. /data/revues/00079960/v48i2/S0007996013000059/ [Internet]. 9 avr 2013 [cité 16 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/800301>

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :****- à votre mémoire de D.E.S.****- à votre dossier de demande de soutenance de thèse**Nom : BruchetPrénom : Céline

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 09/05/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : L'obésité est qualifiée par l'OMS d'épidémie mondiale. Elle touche particulièrement les populations précaires habitant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). L'objectif de cette étude est de caractériser la population consultant en QPV selon le degré de précarité.

Méthode : Cette étude observationnelle quantitative s'inscrit dans le projet FETOMP (Formation à l'Education Thérapeutique sur l'Obésité en Milieu Précaire) qui a pour but de questionner les déterminants sociaux et territoriaux de l'obésité afin d'élaborer de nouvelles stratégies éducatives. Elle a été réalisée auprès de médecins généralistes exerçant dans des QPV de Strasbourg à l'aide de grilles de recueil et d'enregistrements vocaux entre octobre 2016 et mai 2018. Les patients observés étaient majeurs et classés en fonction de leur degré de précarité.

Résultats : 13 médecins ont participé à l'étude. 385 patients ont été étudiés dont 254 considérés « précaires » et 113 « non précaires ». Au total, 24% bénéficiaient de la CMU. 63% des patients précaires avaient pour langue maternelle le français (63 vs 30% OR = 0,25 IC (0,14 - 0,45)) et 57% d'entre eux étaient en surpoids ou obèses. Davantage d'informations étaient délivrées aux patients précaires (32 vs 20% OR = 1,80 IC (1,04 - 3,20)) et plus de traitements étaient renouvelés (1,6 vs 1,0 +/- 0,1). Ils étaient adressés plus fréquemment que les patients non précaires à un médecin spécialiste (36 vs 21% OR = 2,1 IC (1,23 - 3,70)). En revanche, aucune différence de prise en charge n'a été trouvée selon l'IMC des patients.

Conclusion : Les différences de prise en charge des patients précaires peuvent s'expliquer par les différences socio-culturelles et notamment le rapport aux soins. De même, le rapport au poids est différent. Les patients précaires ne perçoivent pas le surpoids comme un problème de santé mais attachent plus d'importance aux problèmes de précarité et aux difficultés socio-économiques qui en découlent. Dès lors, pour mieux lutter contre l'obésité, il nous semble primordial de lutter contre la précarité avant tout.

Rubrique de classement :

Médecine générale

Mots-clés :

Médecine générale – Précarité – Obésité - FETOMP

Président : M. le Pr Jean-Christophe Weber

Assesseurs :

M. le Pr Gilles Bertschy

Mme la Dr Juliette Chambe

Adresse de l'auteur :

4 rue des Bonnes Gens 67000 STRASBOURG