

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 105

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention D.E.S. Médecine Générale

PAR

FONTES Déborah

Née le 30 novembre 1989 à Strasbourg

PROJET FETOMP :

Analyse de consultation de médecine générale en QPV

Traitant du surpoids et de l'obésité

Président de thèse : Monsieur Jean Christophe WEBER, Professeur des universités

Directrices de thèse : Mesdames Catherine JUNG et Léa CHARTON, Docteures en
Médecine Générale



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

- Président de l'Université M. DENEKEN Michel
- Doyen de la Faculté M. SIBILIA Jean
- Asseuteur 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. LUDÉS 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 Séïamak 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	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 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 Séïamak P0005	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Remy P0008	NRP6 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	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 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 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-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 Mathieu P0188	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 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	RP6 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	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	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	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	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
JAU LHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <u>Bactériologie</u> -virologie (biologie)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 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	NRP6 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	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPFF Jean-François P0083	RP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoisson - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP6 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	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 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	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale - option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 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 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 <u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepeirre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Amaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 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	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepeirre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepeirre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepeirre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepeirre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 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	NRP6 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)	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepeirre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 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 Hépato-digestif 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 Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • 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 Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	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 Raphaël 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-YOUCHEF 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	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 LAMOURE 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)
LVAUX 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. GUNTNER 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
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PAFF 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) M0090		• 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 Pre 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	69. 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 JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô 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	NRPô 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)
BORSZTEJN 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	MAILLOT 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 (Génétique) / 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 Henri (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
DIETMANN 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 (Génétique) / 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) / 01.09.98	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM 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
A 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.

REMERCIEMENTS

Je remercie le Pr Jean Christophe WEBER pour son intérêt porté à notre projet et d'avoir accepté de présider nos thèses.

Je remercie les membres du jury.

Je remercie les 13 médecins chez qui nous nous sommes rendus pour réaliser notre étude, pour le temps qu'ils nous ont accordé et leur patience.

Je remercie tous les patients qui ont participé à notre étude.

Je remercie ensuite le Professeur Catherine Jung et le Docteur Léa Charton pour m'avoir permis de participer à ce projet, de leurs nombreux conseils pour la réalisation de l'étude, de leurs relectures précises et attentives, de leurs pistes de réflexion.

Je remercie le Professeur Christian Bonah pour son aide dans la réalisation du projet FETOMP.

Je remercie Laurène pour tout le temps qu'elle a passé à relire ma thèse et pour ses nombreux conseils et remarques.

Je remercie tous mes co internes qui ont fait que ce projet existe.

DEDICACES

A Baptiste mon conjoint pour m'avoir aidée, soutenue et supportée.

A mes « Frangines » Pauline et Laura.

A mes parents Michel et Madeline.

A mes grands-mères Andrée et Eveline.

A tous mes amis qui m'ont suivie depuis toutes ces années.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations	20
Liste des annexes	20
Liste des illustrations.....	21
Figures	21
Tableaux.....	21
Préambule	21
1. Introduction	22
1.1. La vision du poids : histoire d'un changement de paradigme	24
1.2. L'Obésité « problème de santé publique » : un choix politique fait au nom d'une « urgence sanitaire »	28
1.3. L'IMC : un indicateur parfait ?.....	31
1.4. L'enjeu de l'obésité en France : de la construction des campagnes de prévention à un constat d'échec socialement situé	35
1.5. Le projet FETOMP (Formation À l'Éducation Thérapeutique À l'Obésité en Milieu Précaire).....	38
1.6. Mon travail en particulier au sein de FETOMP	40
2. Matériel et méthode	41
2.1. Première étape : la recherche bibliographique	41
2.2. Observation de consultation	42

2.2.1.	Recueil des données	43
2.2.2.	Saisie des données	45
2.2.3.	Critères d'inclusions	45
2.3.	Mon travail : l'analyse des consultations	46
2.4.	Rappel téléphonique	47
2.5.	Procédures réglementaires et financement	49
3.	Résultats	50
3.1.	Vécu du projet	50
3.2.	Caractéristiques des médecins observés	52
3.3.	Constitution des échantillons	52
3.4.	Caractéristiques des patients de mon échantillon	54
3.5.	Causes du surpoids	55
3.5.1.	Causes selon les médecins	55
3.5.2.	Causes selon les patients	62
3.6.	Prise en charge du poids	65
3.6.1.	Prise en charge par les médecins	65
3.6.2.	Prise en charge par les patients	69
3.7.	Freins à la prise en charge du poids	71
3.7.1.	Freins pour les médecins	71
3.7.2.	Freins pour les patients	72
3.8.	Gênes occasionnées par le surpoids	74

3.9.	Sujets amenant à parler du poids	76
3.10.	Qui introduit la question du poids	80
3.11.	Réaction face au problème de poids	86
3.11.1.	Réaction des médecins.....	86
3.11.2.	Réaction des patients	90
3.12.	Quand le sujet du poids est abordé durant la consultation ?	91
3.13.	Vocabulaire du poids utilisé lors des consultations.....	97
3.13.1.	Vocabulaire des patients	97
3.13.2.	Vocabulaire des médecins.....	97
4.	Discussion.....	103
4.1.	Les limites de notre étude	103
4.2.	Les forces de notre étude.....	104
4.3.	Les causes du surpoids :.....	105
4.4.	Les idées reçues sur l'obésité	108
4.5.	Prise en charge du surpoids par les médecins généralistes.....	115
4.6.	Les freins à la prise en charge de l'obésité en médecine générale	120
4.7.	La consultation de médecine générale traitant du poids.....	126
5.	Conclusion	129
6.	Annexes	133
7.	Bibliographie	136

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

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

ECOGEN : Etude des éléments de la consultation en médecine générale

EPICES : Évaluation 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

HAS : Haute autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

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

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

NIH : National Institutes of health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Plans Nationaux Nutrition Santé

QPV : Quartiers prioritaires de la politique de la ville

Liste des annexes

Annexe n°1 : Score EPICES

Annexe n°2 : Grille ECOGEN

Annexe n°3 : Fiche de recueil libre

Liste des illustrations

Figures

<u>Figure 1</u> : Tableau de Rubens (1620) : "La chute des damnés"	25
<u>Figure 2</u> : Rapport entre l'IMC et le ratio de mortalité (Rapport OMS).....	32
<u>Figure 3</u> : Campagne de publicité aux USA financée par le "Northern Bariatric Surgery Institutes"	111

Tableaux

<u>Tableau 1</u> : Récapitulatif des médecins observés	51
<u>Tableau 2</u> : Diagramme de flux des patients observés	52
<u>Tableau 3</u> : Récapitulatif des patients observés.....	54

Préambule

Cette 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.

1. 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 3 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

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 ».

de poids, je ne sais pas quoi faire ». Ce à quoi le médecin répond : « Évidemment, vous êtes devenue comme ça en respirant de l'air et en suçant les brins d'herbe »¹.

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.

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 ! ».

À travers ces témoignages de patients qui dénoncent la grossophobie et les réactions incroyables 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.

1.1. 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 boursoufflures, sont

les symboles de la paresse de ces pêcheurs 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 Panouse, 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 19^e 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 20^{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^e 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 cardiovasculaires 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 numéro 9 (CIM 9) datant de 1977, elle est également présente dans les révisions de la CIM numéro 10 (1993) et numéro 11 (2019) (9). Mais elle devient réellement une « 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 obèse (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 problèmes d'inégalité sociale.

Ce bref historique du regard sur le surpoids 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.

1.2. 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 XXe 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 cardiovasculaires 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 relevés 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 aigue et chronique, la surcharge pondérale et l'obésité légère à modérée semblent associé à une amélioration substantielle de la survie comparativement au poids normal. Nommé « 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 (18) place le médecin généraliste comme acteur principal de la prise en charge du surpoids, intervenant de premier recours. 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 4^e 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.

1.3. 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 20^e 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 se sont en effet basés sur l'observation d'une courbe (ci-après) mettant en relation la mortalité et l'indice de Quételet.

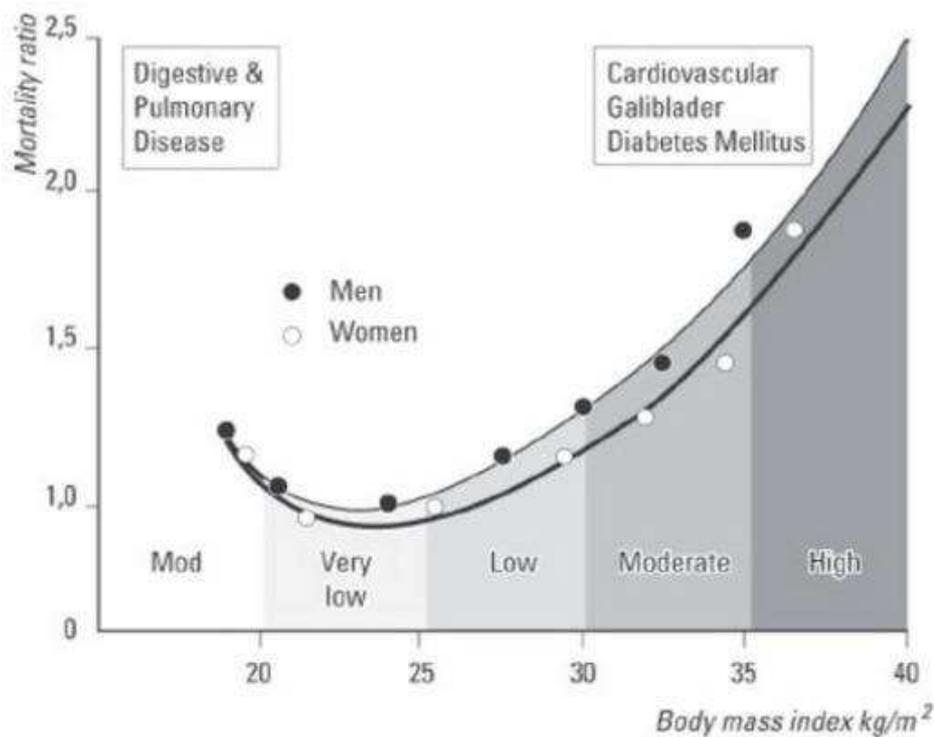


Figure 2 : Rapport entre l'IMC et le ratio de mortalité (Rapport OMS)

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 fait basculer le néophyte de personne en bonne santé à obèse morbide en une 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).

1.4. 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 protégé 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 ont la 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) (29) (30) (31) (32) (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", discréditant et discrédité.

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 stigmat² qui justifie un "*empiètement de l'espace personnel*" des personnes grasses 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

² Erving Goffman, *Stigmaté. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Les Éditions de Minuit, [1963].

articulation en tant qu'enjeu sanitaire, moral et de représentation sociale.

1.5. 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 biomédicales de l'obésité ; les médecins se sentent investis d'un rôle 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 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 onze : Neuhof-Meinau, Elsau, Murhof, Molkenbronn, Laiterie, Koenigshoffen Est, Hohberg, HautePierre, Cronembourg, 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 QPVs de Strasbourg pour produire des travaux de thèse cohérents et complémentaires. Le projet retenu a été nommé FETOMP (Formation à l'Education Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire) a été imaginé en 3 phases :

- FETOMP 1 : s'intéresse aux consultations de médecine générale en QPV 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 a 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 : enseignement complémentaire 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'action 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.

1.6. 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 expliquent 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 et cherche spécifiquement à caractériser les consultations de médecine générale en QPV traitant du poids.

L'objectif principal de mon étude au sein du programme FETOMP est de caractériser et analyser les consultations de médecine générale en QPV traitant du sujet "problème de poids" chez des patients en situation de surpoids (IMC supérieur à 25 kg/m²) et précaires (Score Epices supérieur à 30).

Il s'agit de voir comment se déroule une consultation au cours de laquelle la question du poids est posée.

2. Matériel et méthode

2.1. Première étape : la recherche bibliographique

La recherche bibliographique a essentiellement été menée par nos deux collègues réalisant chacun une thèse de bibliographie en amont de notre travail de récolte de données (première étape du projet FETOMP). Cette recherche a été réalisée à partir de trois bases de données scientifiques électroniques de référence : PubMed, Web of Science et Science Direct pour M. Burger qui décrit dans sa thèse comment il a réalisé sa base de recherche. L. Vaudevire a quant à lui effectué ses recherches dans des bases de données à orientation

sciences humaines et sociales : Science Direct, Persée, CAIRN, HAL-SHS et Open Edition.

Mon travail étant dans la continuité du leur j'ai consulté leurs recherches bibliographiques et complétées celles-ci.

2.2. Observation de consultation

Notre étude a été menée dès le début dans le but de pouvoir réaliser à la fois une étude quantitative et une étude qualitative à partir du matériel récolté.

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle transversale, réalisée auprès de 13 médecins généralistes exerçant au sein de 5 cabinets libéraux situés dans des QPV de la ville de Strasbourg. L'étude a été réalisée entre octobre 2016 et mai 2018, avec le concours de 8 internes en médecine générale. Elle a été supervisée par deux membres du Département de Médecine Générale de Strasbourg et un professeur universitaire de la faculté de médecine. L'étude a également nécessité la participation d'un transcritteur, de traducteurs et d'un statisticien.

Initialement nous n'avons contacté que des médecins exerçant dans des QPV de Strasbourg et qui ne connaissaient pas notre sujet d'étude. Secondairement nous avons inclus quatre autres médecins exerçant en QPV mais connaissant nos objectifs.

Au final, nous nous sommes rendus dans quatre quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg : le quartier du Neuhof, de Hautepierre, quartier gare et cité de l'III.

Les seuls critères de sélection des médecins étaient donc d'être thésé, d'exercer dans un QPV de Strasbourg, et d'accepter d'être observés et enregistrés dans leurs consultations.

Nous leur avons présenté notre projet comme une étude permettant de constituer une base de données de “consultations QPV” et leur avons proposé de leur faire un retour en venant leur présenter les résultats de nos différents travaux.

2.2.1. Recueil des données

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

- La grille ECOGEN, dont certains items ont été ajustés à notre étude
- Une grille de recueil libre à visée qualitative
- Le score EPICES
- L'enregistrement audio des consultations après accord explicite du patient et du médecin.
- L'enregistrement des rappels téléphoniques de patients sélectionnés (en excès de poids et précaires) après accord du patient.

Le questionnaire ECOGEN (Eléments de la COsultation en médecine GENérale) est une grille d'observation en médecine générale. Il s'agit d'une grille de recueil de données quantitatives, utilisée dans l'étude nationale ECOGEN menée entre décembre 2011 et avril 2012 et qui a recueillie des données sur plus de 20 000 consultations (40). Différents items sont à remplir à l'aide de la Classification Internationale des Soins Primaires : la 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 (41). Avant le début de l'étude, les internes investigateurs ont bénéficié d'une journée de formation au recueil des données et à l'utilisation de la CISP assurée par les responsables de l'étude.

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. 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 (42).

Un minimum de 28 consultations adultes par médecin participant devait être atteint, soit un objectif initial de 364 consultations. 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. Les médecins enregistrés ne connaissaient pas notre sujet d'étude.

Le recueil se déroulait en deux étapes, effectuées par deux internes en médecine générale. Le score EPICES était rempli lors d'un entretien en tête à tête entre le patient et le premier interne, puis le patient pouvait entrer dans la salle de consultation du médecin avec le deuxième enquêteur. Celui-ci démarrait l'enregistrement audio après avoir obtenu l'accord verbal du patient 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. Certains de ces patients pourraient par ailleurs devenir des patients experts pour la seconde partie du projet FETOMP.

2.2.2. Saisie des données

Chaque interne investigateur saisissait en différé les données recueillies sur une plateforme en ligne sécurisée (Seafile) 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.

2.2.3. Critères d'inclusions

Les critères d'inclusion des patients pour l'étude FETOMP étaient : tous les patients consultant les médecins observés en QPV, 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 \geq 30. Le surpoids/obésité était apprécié soit par un IMC supérieur à 25kg/m² ou selon le jugement de l'interne investigateur en l'absence de données numériques.

Pour ma partie spécifique de l'étude les critères d'inclusion pour l'analyse étaient : toutes les consultations de patients majeurs, précaires (score Epice supérieur à 30) et dont l'IMC est

supérieur à 25 kg/m² (ou impression de surpoids noté par l'interne investigateur en l'absence de données numériques) qui traitaient du poids.

Pour les patients inclus, un rappel téléphonique était prévu. Un entretien semi dirigé était alors réalisé, portant essentiellement sur la question du poids.

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.

2.3. Mon travail : l'analyse des consultations

Mon travail a consisté en l'analyse du recueil de consultations. Il s'agit de voir comment la question du poids est abordée en consultation, quelles sont les prises en charge proposées, quels sont les ressentis sur le poids en consultation de la part des médecins et des patients. Pour répondre à ces questions j'ai réalisé une analyse qualitative, avec une approche inspirée de la phénoménologie, des consultations concernant des personnes précaires en surpoids ou obèses et qui abordent la question du poids durant la consultation.

Pour commencer, les enregistrements oraux des consultations ont été retranscrits par un tiers. Puis j'ai relu toutes les retranscriptions des consultations de patients précaires et obèses ou en surpoids et je n'ai retenu que les consultations où le sujet du poids était abordé. J'ai construit un système de codage de ces consultations avec des catégories et sous catégories. J'ai utilisé pour cela le logiciel RQDA.

2.4. Rappel téléphonique

Dans un deuxième temps, notre travail a consisté à rappeler certains patients pour connaître leur ressenti sur la question du surpoids et de sa prise en charge. Ce travail a servi à la réalisation de deux autres thèses qualitatives celles de Marine Dainotto et de Baptiste Gault.

Les critères d'inclusion pour les rappels des patients étaient les suivants :

- Patient de plus de 18 ans, ayant exprimé son accord pour participer.
- Un score EPICES supérieur ou égal à 30, le patient étant alors considéré comme étant en situation précaire.
- Être en surpoids ou obèse. Le surpoids/obésité était apprécié par un IMC supérieur à 25 kg/m² ou selon le jugement de l'interne investigateur en l'absence de données numériques.

Pour les patients remplissant ces critères d'inclusion, un rappel téléphonique était réalisé après accord du patient (recueilli à l'issue de la consultation).

Nous avons choisi de ne pas inclure les patients mineurs, le surpoids chez l'enfant étant un sujet différent.

Nous avons également exclu les femmes enceintes pour la partie rappel. En effet la prise de poids chez la femme enceinte, que ce soit au sujet de son ressenti, de ses causes et conséquences, sont là aussi un sujet différent. Il ne s'agissait pas de traiter de l'histoire de l'obésité pour les patientes durant une grossesse.

Le choix du rappel téléphonique a été fait par soucis de praticité afin d'éviter de faire

revenir les patients au cabinet médical.

Les rappels portent sur un ressenti du poids par les patients, sur leur vécu, leur histoire du poids. L'objectif n'était pas ici de quantifier les différents types de rappel, mais d'en tirer différentes visions, approches ou sentiments.

Le choix de la technique de l'entretien était défini par le fait que l'entretien, qu'il soit libre, semi-dirigé ou en focus-group, permet de recueillir les réponses à une série de questions-guide dans un cadre permettant aux personnes étudiées de s'exprimer librement. Dans le cadre des travaux réalisés, portant sur un ressenti et un vécu, l'entretien individuel - téléphonique pour plus de praticité – a été choisi.

Sachant que l'information libre est par la suite très difficile à traiter, à catégoriser et à interpréter, impliquant un risque important d'être hors sujet, l'entretien libre fut écarté. L'entretien semi- dirigé nous a paru alors le plus approprié.

Des entretiens semi dirigés ont été réalisés, portant essentiellement sur la question du poids. Des questions sur la relation des patients enquêtés avec leur médecin traitant leur étaient aussi posées, avec une attention particulière sur leur vision du rôle du médecin traitant dans la prise en charge de leur surpoids ou leur obésité. L'entretien était également enregistré, après avoir obtenu le consentement oral des patients.

Le nombre d'entretiens téléphoniques à réaliser n'a pas été défini à l'avance, il a été déterminé en fonction du nombre de patients répondant aux critères de sélection pour être rappelés.

Finalement nous avons obtenu 41 rappels téléphoniques.

2.5. Procédures réglementaires et financement

Que ce soit lors des consultations ou lors des rappels, nous devons recueillir le consentement oral des patients. Nous leur avons garanti l'anonymat.

Nos entretiens ont débuté en octobre 2016 avant l'entrée en vigueur de la loi Jardé, loi relative aux recherches impliquant la personne humaine. Le comité de protection des personnes n'a pas été sollicité. Le protocole d'observation de consultation a été soumis pour l'étude pilote "ECOGEN" au comité d'éthique de la faculté de Strasbourg en 2014. Un avenant a été fait pour l'étude FETOMP.

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

L'étude a été imaginé dans le cadre d'un projet de coopération ville-université. Elle a reçu un financement de 40 000 euros pour 4 années d'études (2016-2020).

3. Résultats

3.1. Vécu du projet

Notre travail de recueil de données s'est déroulé d'octobre 2016 à mai 2018. Ce fut un travail assez fastidieux car il a été difficile de trouver des créneaux où le médecin était disponible pour nous accueillir et où deux internes pouvaient être présents.

D'autre part, il y avait une part importante de personnes mineures dans les consultations, pour avoir nos 28 consultations de personnes majeures par médecin observé nous avons dû multiplier les journées d'observations.

Pour ma part, j'ai aimé aller en consultation pour observer les médecins et les patients. J'ai pu ainsi voir différentes façons de travailler, rencontrer différents médecins et apprendre de nouvelles choses. J'ai apprécié le fait d'être uniquement observateur, ce qui est différent des stages chez le médecin généraliste où nous sommes acteurs, car nous n'intervenons pas sur le cours de la consultation. J'ai aimé le fait "d'aller sur le terrain", de sortir de chez moi, de ne pas faire qu'un travail bibliographique.

Lors des observations, j'ai senti une légère gêne de la part de certains médecins (pas tous), peut-être était-ce le fait d'être enregistré ? Vers la fin certains médecins semblaient également un peu lassés à la vue certainement de la durée de notre travail. Mais de manière générale, l'accueil a été très bon de la part des médecins que j'ai observé.

De la part des patients j'étais étonnée de voir que la plupart d'entre eux acceptaient avec joie notre présence. Je n'ai pour ma part eu qu'un seul refus de la part d'un patient qui n'a souhaité ni ma présence lors de la consultation ni remplir le score EPICES.

Ils étaient également assez contents de répondre au questionnaire EPICES en fin de consultation et posaient même des questions sur notre travail ou nous soumettaient des

propositions. Le seul problème rencontré était parfois la barrière de la langue : certains patients ne comprenaient alors pas ou mal ce que nous faisons là et pouvaient se sentir un peu gênés, de même pour l'établissement du score EPICES il était parfois difficile de se faire comprendre des patients allophones.

Concernant la partie rappel, celle-ci a été beaucoup plus dure pour moi. Les premiers rappels ont été très compliqués et je me suis sentie gênée avec l'impression de déranger les enquêtés. D'ailleurs mes premiers rappels étaient de très courte durée et de mauvaise qualité. J'avais également un peu peur d'offusquer les gens en leur parlant de leur problème de poids : ne faisant pas partie de la prise en charge médicale, je ne me sentais pas légitime de parler de leur surpoids avec eux.

Par la suite j'ai rappelé des gens qui étaient plus enclins à discuter et à se livrer et cet exercice est devenu beaucoup plus facile. Certains patients se livrent beaucoup plus librement que d'autres. Mais globalement, je n'ai pas apprécié réaliser ces rappels.

3.2. Caractéristiques des médecins observés

Médecin	Sexe	Âge	Durée d'exercice	Mode d'exercice
Dr A	F	53 ans	18 ans	Maison de santé
Dr B	F	34 ans	6 ans	Maison de santé
Dr C	F	40 ans	3 ans	Maison de santé
Dr D	F	34 ans	4 ans	Cabinet d'association
Dr E	F	43 ans	12 ans	Maison de santé
Dr F	H	54 ans	24 ans	Cabinet d'association
Dr G	F	43 ans	15 ans	Cabinet d'association
Dr H	H	61 ans	30 ans	Cabinet d'association
Dr I	F	54 ans	23 ans	Cabinet d'association
Dr J	F	66 ans	33 ans	Maison de santé
Dr K	F	33 ans	2 ans	Maison de santé
Dr L	F	37 ans	9 ans	Maison de santé
Dr M	F	48 ans	16 ans	Maison de santé

Tableau 1 : Récapitulatif des médecins observés

3.3. Constitution des échantillons

Nous avons enregistré les consultations de médecine générale chez 13 médecins généralistes exerçant en quartier prioritaire de la ville de Strasbourg. Nous demandons le consentement oral du patient en début de chaque consultation.

Nous devons au minimum recueillir 28 consultations de personnes majeures par médecins soit un minimum de 364. Nous avons recueilli au total 492 consultations (7 consultations perdues). Sur ces 492, 385 étaient des personnes majeures et 147 d'entre elles étaient précaires (score EPICES inférieur à 30) et en situation de surpoids (IMC supérieur à 25 kg/m²), 52,47% des patients observés étaient des personnes obèses.

Mon étude est basée uniquement sur les patients en situation de surpoids (IMC supérieur à 25 kg/m²) et précaires (Score Epices supérieur à 30).

J'ai alors lu les 147 retranscriptions des consultations et j'ai sélectionné celles où la question du poids était abordée : 21 consultations au total.

Dans mon corpus de consultations, j'ai constaté que souvent les patients allophones viennent avec un accompagnateur qui permet la traduction entre le médecin et le patient, ceci est certainement lié à leur précarité.

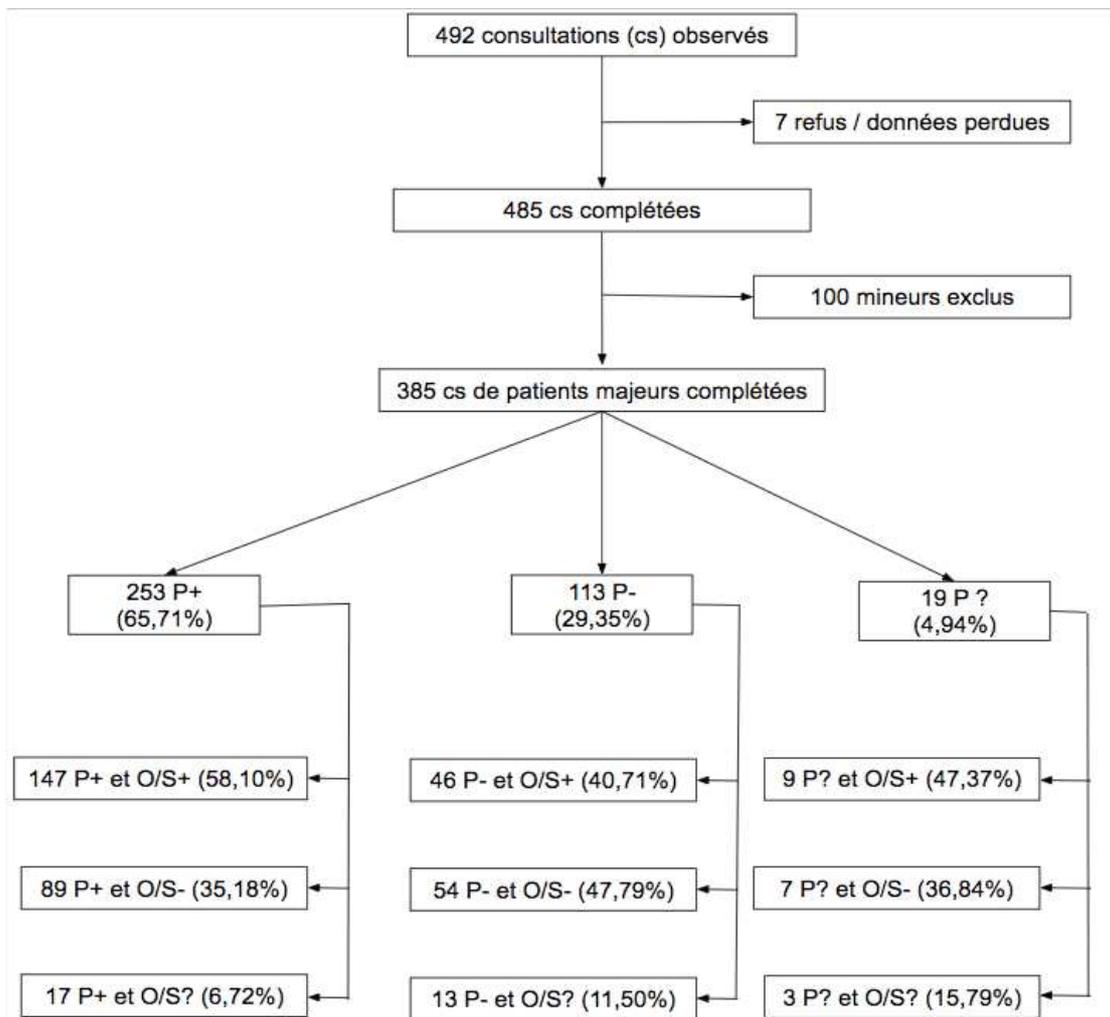


Tableau 2 : Diagramme de flux des patients observés

3.4. Caractéristiques des patients de mon échantillon

Code	Âge	Sexe	IMC (kg/m ²)	EPICES	Motif de consultation	Antécédents
AG060604	47	H	30,1	100	douleur thorax, toux, dyspnée, maux de gorge	Alcoolisme chronique
AK322305	23	H	28,9	35,49	souhait prise de sang, inquiet pour sa santé, perte de cheveux	Addiction cannabis et tabagisme
AN201202	69	H	38,56	44,97	résultat IRM, ballonnement abdominal	NC
BC040801	46	H	30,11	62,72	renouvellement d'ordonnance	Tabagisme, addiction drogue atcdt familial d'IDM
BC061111	60	F	NC	31,96	déclaration MT, bouton dans la bouche, sécheresse oculaire	NC
BC230912	60	F	30	73,96	vertige, rhume, diarrhées	dyslipidémie, HTA
BK051204	64	F	32	33,72	perte d'appétit, peur de maigrir, perte de mémoire	Cancer du sein, DT2
BL100101	60	F	40,42	80,47	test tensiomètre, renouvellement d'ordonnance	HTA, dépression, dyslipidémie
BZ151205	41	F	39,63	83,43	douleur dos, demande kiné	NC
CF111204	30	F	27,1	41,41	prise de poids anormale lors d'un début de grossesse	NC
CL051204	54	F	52,7	83,81	ablation de point de suture, réfection de pansement, résultat biologique	HTA
DG200602	55	F	27,39	79,89	renouvellement d'ordonnance	BPCO, dyslipidémie, RGO
DZ061204	66	F	32,5	84,02	maux de gorge, renouvellement d'ordonnance, toux	DT2, hypothyroïdie
DZ221204	55	H	29,02	37,28	suivi	DT2, HTA
FD070802	60	F	NC	33,73	résultat biologie, fatigue, résultat cardiologue	DT2, néphropathie, HTA, dyslipidémie
HJ110106	25	F	NC	37,27	dorsalgie aiguë, renouvellement pilule, Acné	Acné
HJ160205	53	H	NC	31,36	suivi DT2, douleur thoracique	DT2, goutte, hernie hiatale RGO
BK051205	47	F	35,74	83,43	renouvellement d'ordonnance, dorsalgie	HTA, dépression, RGO
HA051205	60	F	31,78	68,63	palpitation à l'effort, anxiété	HTA, tabagisme
AN050101	38	F	41,9	72,19	toux, fièvre, dorsalgie	HTA
HN030108	38	F	39,8	70,25	maux de gorge, toux, dyspnée, voix éraillée	tabagisme

Tableau 3 : Récapitulatif des patients observés

Lorsque les IMC sont non connus (non écrits dans les dossiers) : l'interne qui était en consultation a jugé que le patient était en surpoids ou obèse de manière subjective.

La durée moyenne de ces consultations est de : 23,9 minutes. A titre de comparaison la moyenne de durée des consultations de médecine générale est de 17 minutes (43) et de 19,69 minutes sur l'ensemble de notre recueil.

On constate qu'il y a plus de femmes : 15 femmes pour 6 hommes.

L'IMC moyen est de 32,67 kg/m² versus 28 kg/m² pour l'ensemble de notre recueil.

Le score Epices moyen de mon corpus est de 60,47 versus 47,31 de moyenne pour l'ensemble des consultations recueillies en QPV.

3.5. Causes du surpoids

3.5.1. Causes selon les médecins

Lors de leurs consultations et quand ils abordent le poids, les médecins vont chercher chez les patients les « erreurs » à corriger que ce soit dans la qualité de ce qui est ingéré, dans la quantité ou la fréquence. Ce qui produit un effet inquisiteur. Les erreurs diététiques sont très largement soulignées par les médecins dans les causes de surpoids.

On retrouve par exemple la consommation de boissons sucrées comme les sodas / jus de fruit/ sirop en grande quantité ou encore le fait de mettre des sucres dans le café.

Comme le montrent ces extraits :

Dr D : Vous buvez beaucoup de sodas ?

Patient : Oui ça je bois beaucoup de menthe...

Dr M : Vous mettez du sucre dans le café ?

Patient : 2 sucres.

Dr M : Un sucre ou peut être des sucrettes ça serait quelque chose à réfléchir...

La prise d'alcool en quantité importante est pointée par des médecins.

Patient : De la bière, picon, 1 à 2 litres !!

Dr F : C'est pour ça que les triglycérides sont augmentées, la glycémie aussi...

Dr I : Ouais donc on voit que sans doute au niveau alimentaire il y a certains aliments qui devaient être excessifs hein d'après la prise de sang notamment dans les aliments sucrés éventuellement dans l'alcool des choses comme ça.

Patient : Ben l'alcool j'en bois pas !

Dr I : Vous en buviez à l'époque ?

Patient : Ben j'ai arrêté en 2013 je buvais une bière ou 2 de temps en temps j'étais pas alcoolique non plus.

Dr I : Donc vous buvez plus d'alcool depuis 2013 ?

Patient : Non depuis que j'ai fait les crises d'acide urique là.

Dr I : D'accord, parce que là, l'acide urique est encore pas mal élevé oui.

Patient : Mais je mange pas de gâteau ou trucs particuliers.

Dr I : Vous buvez beaucoup sucré ?

Patient : Non je bois de l'eau et du café.

Dr I : Vous mettez du sucre dans le café ?

Patient : Non j'ai enlevé.

Le pain blanc est déconseillé lors des consultations :

Dr D : Pain blanc vous évitez vous prenez plutôt du pain complet ou du pain aux céréales ça c'est mieux.

Dr A : Et du pain vous en mangez beaucoup ?

Patiente : il y a des jours oui.

Dr A : Faut pas en manger trop trop plutôt du pain complet que de la baguette.

Il en est de même pour les graisses type beurre / huile et les plats en sauce :

Dr A : Vous mangez beaucoup de beurre ou d'huile ? Des choses en sauce ?

Patiente : Je mets un peu d'huile mais je mets pas de beurre.

Dr A : De l'huile de quoi ?

Patiente : De tournesol.

Dr A : celle qui est un peu plus grasse c'est l'huile d'arachide.

On constate dans ce chapitre que le médecin axe sa recherche sur de nombreuses causes diététiques qui peuvent expliquer la prise de poids ou les anomalies biologiques (comme une hypertriglycéridémie ou une hyperglycémie). Dans certains cas il détecte effectivement des habitudes alimentaires qui selon lui sont la cause du problème mais on constate aussi que parfois le patient ne “commet” aucune “erreur” comme dans l'extrait avec le Dr I.

Le médecin ne demande pas l'avis du patient au sujet de son poids, il cherche des erreurs et donne des recommandations générales. Il ne cherche pas non plus à connaître les conditions dans lesquelles se déroulent les repas et ne se renseigne pas sur la vision socio-culturelle ni la question économique de l'alimentation ni même le contexte de vie du patient. Les recommandations “générales” peuvent donc n'être pas toujours adaptées au

profil de chaque patient.

Ensuite on retrouve des causes concernant la façon de s'alimenter et le rythme des repas :

Deux médecins parlent des grignotages intempestifs de leur patients comme étant responsables d'une prise alimentaire excessive au cours de la journée :

Dr J : Est-ce que vous grignotez beaucoup ?

Patient : Quand même.

Dr J : Tout ce qui est pistache, cacahuète, ça va, les chips c'est très très gras.

Dr L : Vous grignotez un peu ?

Patient : Exactement !

Dr L : En fait le risque avec le grignotage c'est qu'on sollicite un peu trop les intestins la digestion et on va manger un peu plus que si on mangeait ces 3 repas.

Un médecin souligne le fait que son patient mange trop le soir et que du coup il risque de stocker plus par rapport aux autres repas.

Dr L : Alléger le repas du soir.

Dr L : Parce que ce que l'on mange le soir on va aussi un peu plus le stocker.

Ce même médecin souligne l'importance de prendre ses repas à heure régulière, et le fait de ne pas sauter des repas : de bien prendre 3 repas par jour et de ne pas faire d'en cas.

Dr L : Vous sautez régulièrement le repas de midi ?

Dr L : Sauter des repas c'est des choses qui sont pas très bonnes par rapport à la prise de poids.

On note également la vitesse du repas : un repas pris plus lentement permettrait une satiété plus précoce par rapport à une ingestion plus rapide : ce qui permettrait de manger

moins en quantité.

Dr L : L'important c'est de bien bien mâcher ; si on mange trop vite on a encore faim.

Toutes ces suggestions vis-à-vis du rythme des repas sont émises sans que les conditions matérielles de vies qui ont conduit à l'adoption de cette temporalité alimentaire soient interrogées. On peut cependant se demander si des contraintes extérieures (horaires décalés de travail, contraintes familiales, travail de nuit...) ne jouent pas un rôle important dans cette déstructuration des repas par rapport à la norme médicale et dominante.

Un médecin pointe le problème sur l'habitude de sa patiente à réaliser des régimes très restrictifs : elle lui explique que plus elle va faire des régimes très sévères plus elle aura tendance à reprendre plus de poids qu'elle n'en a pas perdu à l'arrêt de celui-ci.

Dr L : « Effet yoyo » ... après le régime vous reprenez le poids d'avant ou un peu plus.

D'autre part on retrouve également le manque d'activités physiques dans les causes de surpoids perçues par les médecins.

Dr I : Je dis pas que le sport va vous faire perdre mais va au moins remodeler un peu, permettre qu'il y ait du muscle plutôt que du gras...

Dr L : Donc ça fait une demi-heure ¼ d'heure par jour ? (De sport) C'est déjà très bien ; après si vous augmentez un petit peu l'effort physique dans la journée ça vous aidera aussi à perdre du poids.

D'autres causes sont évoquées par les médecins. Parmi celles-ci, on retrouve le stress, les soucis mais aussi les pulsions et les envies. Toutefois en termes de fréquence ces causes viennent après la diététique ou le manque d'activité physique comme le souligne bien l'extrait suivant :

Dr L : ça ça se fait souvent petit à petit c'est-à-dire qu'avec le temps : il suffit de manger un tout petit peu trop tous les jours on finit par prendre du poids ; avec le stress aussi les soucis avec les grossesses ; après la grossesse c'est difficile de perdre du poids ; après c'est quand même l'alimentation ce qu'elle mange et ce qu'elle boit.

Le médecin souligne le fait que le stress et les soucis de sa patiente ont pu causer sa prise de poids mais très rapidement elle remet au centre du problème la prise alimentaire de sa patiente et donc la responsabilité de sa patiente.

Dr D : Souvent ça se passe dans la tête. Peut y avoir des choses hormonales qui vous aident pas (inaudible) ça rend les choses plus difficiles Après y a pas 36 options, Ce qui rentre si vous le ressortez pas en énergie dépensée vous stockez, tout simplement !!

Patiente : ...

Dr D : Ce qu'on peut envisager ... on a une infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique de manière très intelligente. La question c'est vraiment de réfléchir ensemble à qu'est-ce qui va pas, qu'est-ce qui fonctionne pas, comment est-ce qu'on peut arranger les choses, qu'est-ce que vous êtes prête à changer.

Patiente : C'est ça aussi ...

Dr D : C'est quand on a des habitudes, des envies des pulsions...

On retrouve aussi des problèmes de santé du patient et en particulier les douleurs qui empêchent le patient de pratiquer une activité physique.

Dr F : OK et vous avez dû arrêter (sport santé) à cause du genou ? Faudra reprendre après alors.

La grossesse est réputée favoriser la prise de poids :

Dr L : Après la grossesse c'est difficile de perdre du poids.

Certains traitements sont reconnus par les médecins comme pouvant favoriser la prise de poids, en particulier les traitements antidépresseurs :

Dr J : On pourrait arrêter l'antidépresseur, ça aussi ça fait du poids un peu.

Enfin des dérèglements hormonaux sont évoqués notamment des troubles thyroïdiens :

Dr D : Peut y avoir des choses hormonales qui vous aident pas (inaudible) ça rend les choses plus difficiles. Après il y a pas 36 options, Ce qui rentre si vous le ressortez pas en énergie dépensée vous stockez, tout simplement !

Dans cet exemple la notion de dérèglement hormonal est évoquée par le médecin mais très rapidement le fait de trop manger ou de ne pas assez faire d'exercice est remis au premier plan. Les autres causes sont présentées comme secondaires ou complémentaires par rapport à celles qui sont attribuées à la responsabilité, à la volonté du patient dans les représentations des médecins : alimentation et activité physique.

Dr G : Mais du coup cette prise de poids ça n'a rien à voir avec la grossesse ?

Patiente : Ça n'a rien à voir !

Dr G : Qu'est-ce qu'il s'est passé ?

P : Ils croient ça vient des hormones.

Dr G : La thyroïde !

On constate dans ce chapitre que les causes principales selon les médecins de la prise de poids de leurs patients sont une alimentation trop riche, en trop grande quantité ainsi qu'un manque d'activités physiques. Ces deux causes sont généralement recherchées par les médecins dès que le sujet du poids est initié : ils traquent les "erreurs commises". Comme si le surpoids ne pouvait qu'être le résultat d'un comportement fautif. On touche là à la moralisation de l'obésité.

Les causes psychologiques sont quelquefois évoquées par les médecins mais de façon plus secondaire.

Enfin de manière isolée on retrouve une cause médicamenteuse, et la notion de déséquilibre hormonal est évoquée par deux médecins. Mais même lorsque les médecins évoquent ces causes avec leurs patients la notion du "trop manger" et du manque d'exercice est souvent remise au premier plan du problème.

A travers ces différents extraits on constate que les causes abordées en consultation sont majoritairement le "trop manger" ceci va renforcer un sentiment de culpabilité chez leur patient. En effet, en mettant en avant presque exclusivement les "erreurs" alimentaires de leurs patients, les médecins occultent les aspects génétiques, environnementaux, culturels psychologiques du problème. Ainsi ils culpabilisent inconsciemment leurs patients ce qui complique la prise en charge de leur surpoids.

3.5.2. Causes selon les patients

De même que les médecins les patients expliquent leur surpoids par leur alimentation : trop en quantité et en calories :

Patiente : Je mange trop de viandes de mouton et beaucoup de sucre.

Dr K : Ah ; 85. (parle du poids).

Patiente : C'est ce que je disais.

Dr K : (rires)

Patiente : Faut dire qu'avec tout ce que j'ai eu à Noël !!!

Dr K : C'est vrai ? ? (rires)

Patiente : Mmm.

Dr K : Vous avez été gâtée ? ?

Patiente : Moui !

Dr K : C'est toujours le fiston ?

Patiente : Il m'a envoyé un colis quand j'ai regardé dedans j'ai dit mon dieu eh.... du foie gras, du cassoulet, de la mousse de canard... yehhh..

Dr D : Pareil, je vous laisse monter sur la balance venez voir ici, voilà, 104.

Patiente : J'ai repris ; quand j'étais pas ici j'ai tellement mangé...

Les problèmes psychologiques et sociaux sont également évoqués par les patients. Certains patients expliquent que leur stress est pour beaucoup dans le fait qu'ils mangent trop :

Patiente : Moi énervée beaucoup manger !!

Patiente : Quand je stresse je mange beaucoup même la nuit même la journée je mange beaucoup.

Patiente : Avec le stress de famille de tout ça quand j'ai le stress je mange beaucoup.

L'arrêt du tabac est aussi souvent incriminé. Une femme souligne le fait que son mari a pris du poids après l'arrêt du tabac.

Patient : Sucré c'est plus comme avant.

Femme du patient : depuis qu'il a arrêté la cigarette c'est...

Dr M : Oui c'est depuis janvier ; ça c'est très très bien, c'est très important par rapport au diabète donc c'est déjà un grand progrès, par rapport au diabète aussi par rapport aux poumons mais par rapport au diabète aussi...

Cette même femme souligne le fait que son mari a des compulsions :

Femme du Patient : Quand il a envie de manger sucré....

Les causes abordées par les patients diffèrent peu de celles abordées par les médecins : l'alimentation reste au centre, mais la plupart des médecins ne demandent pas aux patients ce qu'ils pensent de leur poids et quelles en sont les causes, certaines peuvent donc ne pas apparaître dans nos enregistrements faute d'avoir été verbalisées. Toutefois l'aspect psychologique est un peu plus mis en avant par les patients comme la cause d'une prise alimentaire excessive.

3.6. Prise en charge du poids

3.6.1. Prise en charge par les médecins

Les médecins peuvent choisir d'externaliser la prise en charge du poids de la consultation en adressant le patient à d'autres professionnels de santé. Par exemple, de nombreux médecins proposent aux patients d'aller voir l'infirmière Asalée (*Action de santé libérale en équipe : infirmière en santé publique spécialement formée pour proposer une prise en charge et un suivi personnalisé dans le cadre de protocoles agréés par l'ARS*) pour avoir plus de conseils sur la prise en charge du poids :

Dr D : On a une infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique de manière très intelligente.

Un médecin propose à sa patiente de participer au petit déjeuner organisé au sein de la maison de santé du Neuhof en présence d'une diététicienne :

Dr A : sinon vous re discutez diététique, chaque dernier jeudi du mois on fait un petit déjeuner en salle d'attente.

Les médecins dans leur prise en charge du poids proposent aussi eux-mêmes de nombreux conseils diététiques. On retrouve de nombreux interdits, des aliments à bannir dans les conseils préférés tel que le pain blanc, le sucre, les aliments gras...

Dr M : Mettre des sucrettes à la place de sucres dans le café.

Dr M : Pas trop de choses grasses les frites et les beignets.

Dr M : Évitez les choses qui sont cuites à l'huile et puis éviter les choses trop grasses.

Dr I : Attention aux choses qui ont le goût sucré.

Dr M : Vous évitez les gâteaux, les glaces le plus possible.

Dr M : Les fruits vous y avez droit mais plutôt au repas pas en grignotages.

Dr A : Pain blanc vous évitez vous préférez le pain complet ou du pain aux céréales.

Dans les conseils pour la prise en charge du poids on retrouve le fait de manger à heures fixes, ne pas sauter de repas, et d'éviter les grignotages.

Dr L : Alors oui ça joue d'avoir des horaires fixes pour les repas.

Dr L : Je pense que c'est important de manger à midi ; et de supprimer tous les en cas d'avoir comme repas principaux petit déjeuner repas de midi et éventuellement alléger le repas du soir.

Dr M : Évitez les grignotages.

Un médecin évoque le fait que sa patiente fait des régimes trop restrictifs et reprend plus de poids à la fin de son régime : les régimes trop contraignants sont à éviter selon ce médecin :

Dr L : Le problème, c'est que si vous continuez à faire des régimes comme ça vous allez perdre 10 kilos ; et hop vous reprenez 11 ou 12 kilos et petit à petit vous allez avoir de plus en plus de poids ; c'est ça le problème.

De nombreux médecins proposent des activités sportives à leurs patients dans la prise

en charge du poids comme le dispositif sport santé à la ville de Strasbourg où le médecin remet une ordonnance à son patient pour qu'il puisse bénéficier de la prise en charge. Ou bien des activités de marche à pied et des séances de piscine avec l'infirmière Asalée.

Dr F : Une fois que vous aurez fait le bilan cardio vous pourrez faire du sport, il y a le sport santé.

Dr L : Ensuite au niveau de l'activité physique est ce que vous marchez ?

Accompagnateur et traducteur : Il marche ; et il fait froid donc.

Dr L : En général combien de temps ?

Accompagnateur et traducteur : 2/3 km par jour.

Dr L : Donc ça fait une demi-heure $\frac{3}{4}$ d'heure par jour ? C'est déjà très bien ; après si vous augmentez un petit peu l'effort physique dans la journée ça vous aidera aussi à perdre du poids. Eu la où moi je peux vous aider c'est à 2 niveaux c'est-à-dire qu'on a une infirmière qui travaille ici et qui propose des activités de marche tous les mardis matin donc c'est un groupe de personne qui a des problèmes de santé des problèmes de poids ; donc il pourrait y aller il est le bienvenu.

Accompagnateur et traducteur : D'accord.

Dr L : Ça c'est la première chose et la 2ème c'est un programme qui se fait sur la ville qui s'appelle sport santé et moi je fais une ordonnance et eu on lui propose des activités qui lui sont adaptées.

Dr K : Piscine avec l'infirmière Asalée ? Les séances de piscine qu'elle fait le jeudi après-midi ?

Dr K : et en sport vous en faites un peu ou pas ?

Patiente : Non ma petite promenade tous les jours et puis bon je fais du...

Dr K : Du vélo ?

Patiente : Non pas d'appartement je m'assis sur ma chaise et je pédale.

Dr K : Ah ! (Rires) Et sport santé vous aviez pas envie d'essayer ? On en avait parlé déjà ?

Patient : Ouais je pourrai essayer.

D'autres médecins conseillent simplement à leurs patients d'adopter une activité

physique sans plus de détails :

Dr I : Mais ça suffit pas...faut que vous remettiez une activité physique dans votre vie. On va pas envisager une carrière comme ça !

Un médecin propose à sa patiente d'arrêter un traitement antidépresseur pour l'aider à perdre du poids.

Dr J : Ok, donc je me demandais peut-être on pourrait arrêter l'antidépresseur ? Ça aussi ça fait du poids un peu.

Dans ce chapitre on constate que de nombreux professionnels de santé sont susceptibles d'intervenir dans le domaine de la prise en charge du surpoids : infirmière Asalée, diététicienne...

Au niveau prise en charge diététique il existe déjà beaucoup de choses mises en place surtout au niveau des maisons de santé où ont eu lieu nos observations : infirmière Asalée, diététicienne, jardin partagé ...

En revanche, aucune prise en charge psychologique par rapport à la question du surpoids n'est proposée aux patients. Ce qui est cohérent avec le fait que les causes psychologiques sont peu évoquées par le médecin. Les médecins donnent de nombreux conseils sur la façon de s'alimenter, les aliments à bannir, les types de régime à ne pas faire. Beaucoup de ces conseils sont donnés sous la forme : « il faut, il y a qu'à ». L'activité sportive est également au cœur de la prise en charge avec les dispositifs sport santé et les groupes de sport organisés par l'infirmière Asalée... On retrouve une prise en charge qui est basée presque exclusivement sur l'alimentation et l'activité physique. On peut faire ici le parallèle avec les causes du surpoids considérées par les médecins : qui sont principalement diététiques et sportives. Certains médecins ne proposent que le sport comme prise en charge

du surpoids d'autres seulement l'aspect conseil diététique. Rares sont ceux qui proposent les deux versants de façon conjointe. Le stress, les soucis, l'aspect psychologique du problème ne sont pas abordés par les médecins dans la prise en charge du poids même lorsque ces causes sont évoquées en consultation.

3.6.2. Prise en charge par les patients

On trouve une variété importante de solutions de prise en charge de leur surpoids chez les patients, avec des résultats variables.

Une patiente dit prendre un médicament hypolipémiant pour contrôler son poids :

Patiente : Il dit j'ai la graisse à côté (du foie).

Dr D : Ouais mais bon ...

Patiente : ... Mais je prends les médicaments de cholestérol le soir !

Une patiente a choisi la chirurgie à savoir une *sleeve* pour maîtriser son poids :

Dr K : Donc gastrectomie sous coelio. 171 (kilogrammes) ? Et là vous faites 162 ? Vous avez déjà perdu 9 kilos !!

De nombreux patients contrôlent leur poids par l'alimentation, ils réduisent la quantité

de nourriture ou alors arrêtent certains aliments. Certains font un régime pour perdre du poids, mangent beaucoup de légumes ou bien réduisent fortement le repas du soir :

Accompagnateur et traducteur : Il mange pas beaucoup enfin de compte de ce qu'il dit.

Patiente : Je fais un régime maintenant parce que j'ai peur.

Patiente : Manger légumes beaucoup légumes.

Patiente : Moi arrêter régime moi avant 100 kilos 2 ans régime bien perdu kilos.

Patiente : Oui, pain complet, soir pas manger juste pomme.

Patiente : Poisson et légumes.

Patiente : De toute façon je mange pas sucré, je mange pas salé.

Patiente : Le matin, faut que je boive tous les matins orangina mais sans sucre c'est moi qui le fais et après un petit fromage pas de pain.

L'activité physique régulière est aussi largement utilisée par les patients dans l'objectif de contrôler leur poids, de la marche, du vélo :

Accompagnateur et traducteur : Il marche, mais il fait froid donc.

Patiente : Oui moi marcher beaucoup maison tous les jours faite toujours moi bouger.

Patiente : Ma petite promenade tous les jours.

Patiente : Quand j'ai vu que je prenais du poids j'ai fait du sport mais ça a pas servi.

Patient : C'est quand même 10 km dans la journée je vais au jardin je travaille au jardin.

Patient : Une fois par semaine, j'essaye de faire du sport je fais du foot.

Nous avons montré que les patients identifient souvent le stress, les soucis comme causes de leur prise alimentaire excessive et donc de leur surpoids, en revanche ils n'en parlent pas dans leur prise en charge du surpoids. Comme les médecins, leur prise en charge reste diététique et activité physique principalement (chirurgie et médicamenteuse aussi, mais de façon plus marginale).

3.7. Freins à la prise en charge du poids

3.7.1. Freins pour les médecins

La douleur est un facteur limitant l'exercice physique comme déjà signalé plus haut. De ce fait elle gêne la prise en charge du poids par les médecins.

Dr F : Ok et vous avez arrêté sport santé à cause du genou ?

Dans cet extrait, on voit bien que la prise en charge classique dans les représentations médicales : proposer une activité sportive à leurs patients est compliquée voire impossible.

On retrouve également comme facteur limitant de la prise en charge des problèmes de santé type maladies cardiovasculaires :

Dr F : Une fois que vous aurez fait le bilan cardio vous pourrez faire du sport.

Dr M : Vous pratiquez du sport ? Non ; à cause des jambes ?

Les médecins n'évoquent pas d'autres freins à la prise en charge de l'obésité que les pathologies pouvant entraver l'activité physique en consultation. Ils ne questionnent pas non plus activement les freins des patients : l'aspect financier n'est pas exploré ni les freins concernant l'alimentation.

3.7.2. Freins pour les patients

Contrairement aux médecins, les patients évoquent de nombreux obstacles à la prise en charge de l'obésité en consultation, dépassant la seule incapacité physique à pratiquer une activité sportive. Une patiente parle de difficultés financières pour accéder au sport que le médecin lui propose.

Dr K : (rires) Ouais. Et du coup euh je vous avais parlé de la piscine avec l'infirmière Asalée ? Les séances de piscine qu'elle fait le jeudi après-midi ?

Patiente : Ouais mais c'est 3 euros.

Dr K : Ouais, c'est trop cher ?

Patiente : Il y a 3 euros, plus encore une fois l'entrée de la piscine euh.

Dr K : C'est 3 euros en tout.

Patiente : Non, parce qu'elle l'a affiché en bas. C'est 3 euros la séance plus l'entrée de la piscine.

On voit ici une difficulté importante liée à la précarité : le faible revenu des patients en situation de précarité. Les médecins doivent en tenir compte afin de faire des recommandations applicables par les patients, ce qui complique encore leur prise en charge, comme dans cet extrait où l'activité "piscine" proposée par l'infirmière Asalée s'avère trop onéreuse pour cette patiente.

D'autre part, les connaissances en termes de diététique sont inégalement diffusées dans la société. Un accompagnateur signale le fait que le patient ne sache pas comment faire pour réaliser des repas équilibrés :

Accompagnateur et traducteur : Il sait pas comment faut faire, il mange quand il peut voilà il a pas sa femme ici donc il mange quand il se lève il prend le petit déjeuner, quand il a faim il mange.

Deux patients signalent aussi qu'ils n'ont pas le temps de faire du sport à cause de leur profession.

Dr I : Vous pratiquez le sport ?

Patiente : Non, je suis à 47 heures semaine, j'ai plus trop le temps.

Dr I : Est-ce que vous arrivez à faire une activité sportive ?

Patient : Non franchement j'ai pas le temps, bon quand je vais à Bugatti, je marche quand même des kilomètres toute la journée donc euh.

Parfois l'objectif paraît irréaliste : une patiente déclare ainsi vouloir perdre beaucoup de poids en très peu de temps et les conseils prodigués par le médecin ne permettent pas de perdre du poids si rapidement.

Patiente : Il faut que j'attende 2 ans, même plus que 2 ans là j'ai plus de 25 kilos il faut que j'attende... Il faut que pour mois d'avril je perde 25 kilos, j'ai un mariage en Turquie !!

Dans cet extrait, on retrouve une autre caractéristique des patients précaires : l'horizon temporel réduit : le projet thérapeutique proposé par le médecin est trop long et les résultats seraient visibles dans un futur trop lointain pour la patiente qui souhaite des résultats immédiats ou à très court terme.

3.8. Gênes occasionnées par le surpoids

La notion d'esthétique est relevée par deux patientes au cours des consultations.

Patiente : Surtout pour ma taille, je suis déjà petite alors grosse !!

Patiente : C'est pas mal mais en fait mois d'avril il faut que je reparte de Turquie pour mariage jusqu'à mois d'avril il faut que je perde 25 kilos.

Dr L : Ça c'est dangereux pour vous.

Patiente : Pourquoi ?

Dr L : Vous allez avoir cet effet rebond vous allez reprendre 28 ou 30 !

Patiente : C'est pas grave, je refais, J'ai habitué en fait !!

Dr L : Mais c'est vraiment un cercle vicieux.

Patiente : Mais je veux pas aller comme ça, jamais ils me voient de comme ça...

Cette notion d'esthétique semble être le principal désagrément causé à ces patientes par leur statut pondéral. C'est une question qui semble de prime abord étranger à la médecine, elle est pourtant évoquée en consultation par les patientes. On voit dans ce dernier extrait la différence de perception du poids entre le médecin d'un côté et la patiente de l'autre : problème de santé pour l'un et enjeu esthétique pour l'autre. Devant un problème identique, les préoccupations de chacun ne se rejoignant pas, les solutions ne pourront pas être communes. Dans cet extrait, c'est le médecin qui a abordé la question du poids, la patiente ne venant à la base pas du tout pour cela, et nous pouvons percevoir qu'elle n'a pas l'intention de suivre les conseils de son médecin mais de poursuivre ses régimes drastiques. Le médecin reste focalisé sur le versant médical et ne questionne pas sa patiente sur sa préoccupation esthétique. En effet, la patiente semble avoir honte de se montrer à sa famille en Turquie avec ce poids, elle craint le regard des autres, peut-être a-t-elle subi des moqueries, des discriminations dues à son surpoids.

Une autre patiente souligne le fait qu'elle devait changer de vêtements car elle avait pris du poids.

Patiente : Non juste la quand je pouvais plus fermer le bouton.

Patiente : En un mois j'ai pris pas mal, je pouvais plus rentrer dans mes jeans.

Enfin deux patients se plaignent de gonflement abdominal.

Accompagnateur et traducteur : Il se sent pas vraiment gros mais par le ventre il se sent.

Patient : Je suis toujours digestivement un peu gonflé un peu lourd.

A travers ces extraits on constate que pour certains patients précaires, le surpoids est bien une préoccupation.

3.9. Sujets amenant à parler du poids

Le sujet du poids peut être abordé de plusieurs manières au cours de la consultation.

Deux médecins font remarquer aux patients qu'ils ont pris du poids sans les peser, simplement de manière subjective après analyse visuelle :

Dr D : Vous êtes bien en chair !

Dr D : Vous avez pris du poids ?

Dr I : Et vous avez pris un petit peu de poids.

La plupart des discussions sur le poids viennent cependant après la pesée du patient. Le chiffre indiqué sur la balance a une valeur objectivante. Il peut être au besoin confronté à l'historique enregistré dans le dossier médical qui fait foi comme référence pour établir l'évolution pondérale dans le temps. Souvent c'est le patient lui-même qui commente la pesée :

Enfant de la patiente et traducteur : 97, pourquoi elle est grosse ?

Dr M : Je vous laisse monter sur la balance, 104.

Patiente : J'ai repris quand j'étais pas ici j'ai tellement mangé ! ! (patiente était en Afrique dans son pays d'origine)

Dr M : Vous pouvez passer sur la balance ? On va regarder comment ça évolue ? 80. Bien.

Patiente : 80.

Dr M : Qu'est-ce que ça donne les kilos depuis cet été ? ?

Mari de la patiente et traducteur : La nuit elle transpire beaucoup des fois elle change de vêtements.

Dr M : Oui c'est la respiration ; ok les kilos, vous voyez donc là, cet été vous aviez bien perdu avec la thyroïde et le traitement du diabète. Vous êtes maintenant 80 c'est comme au début. Encore un petit peu ; ne dépassez plus les 80 ; faut pas reprendre. Faut rester à ce poids-là. Vous étiez embêté d'avoir perdu tellement de poids mais faut pas reprendre plus.

On remarque que la pesée permet souvent d'avoir une discussion sur le poids que ce soit le médecin ou le patient qui aborde le sujet. Parfois c'est le patient lui-même qui demande à être pesé :

Interne : Oui, enlevez carrément la chemise parce que pour examiner votre dos ça va pas le faire !

Patient : Oui c'est vrai, voir si j'ai pris du poids ou pas ?

I : On va voir ouais !

Patient : Oui.

Patient : Je suis toujours digestivement un peu gonflé un peu lourd.

Ensuite on voit que l'analyse de résultats anormaux biologiques ou radiologiques comme une hypertriglycéridémie, une dyslipidémie, une hyperglycémie ou une stéatose hépatique permet également une discussion sur les principes diététiques ou sur l'activité physique (mais pas sur le poids en tant que tel) :

Dr F : 1 à 2 litres (d'alcool), c'est pour ça que les triglycérides sont augmentés, la glycémie aussi.

Patiente : Et j'ai fait une radio, il m'a dit j'ai la graisse dans le foie, il m'a dit arrêtez toutes les choses gras, arrêtez beaucoup de choses, mangez pas beaucoup.

Dr G : Alors je voulais savoir, les graisses ont un petit peu augmenté, vous mangez un petit peu plus de pâtisseries les derniers temps ?

Dr I : Ouais, donc on voit que sans doute au niveau alimentaire il y a certains aliments qui devaient être excessifs hein d'après la prise de sang notamment dans les aliments sucrés éventuellement dans l'alcool des choses comme ça.

L'analyse de résultats para cliniques anormaux est souvent utilisée par le médecin pour faire un point avec son patient sur son alimentation. Il ne parle pas du poids de son patient en tant que tel mais essaye de trouver les causes à ses "anomalies" dans les erreurs que son patient ferait au niveau diététique et du coup des conseils alimentaires sont divulgués au patient par ce biais, sans avoir à s'engager directement sur la discussion de la surcharge pondérale, problématique où les représentations des patients et des médecins sont plus susceptibles de rentrer en conflit. Tandis que les résultats de biologie sont plus facilement acceptés comme le terrain d'expertise propre au médecin.

Enfin, pour certains patients du corpus, mais c'est une minorité, le surpoids est en lui-même un motif qui justifie une demande de consultation, et non un sujet abordé secondairement par rapport à "un vrai motif médical". Cette représentation du poids comme n'étant pas réellement une thématique de santé propre à mobiliser le généraliste semble très répandue chez les patients en situation de précarité.

Il existe quelques exceptions. Une patiente vient en consultation car elle a pris

beaucoup de poids en peu de temps lors d'un début de grossesse. Une autre patiente demande en fin de consultation une nouvelle consultation pour parler exclusivement du poids :

Patiente : À l'occasion je reviendrai vous voir on parlera du poids.

Une patiente fait part des problèmes de poids chez les membres de sa famille ce qui amène le médecin à parler de son poids à elle :

Patiente : Ça en fait, c'est la famille de mon mari, ma belle-sœur, il y en a qu'elle pèse 150 kilos et l'autre 110.

Dr L : Vous savez combien vous pesez ?

Patiente : Moi 85.

Dr L : Et vous pensez quoi de votre poids ?

On constate dans ce chapitre qu'il y a très peu de consultations au motif "problème de poids". Le sujet est souvent abordé après la pesée ou bien après la lecture de résultats d'analyse anormaux comme des dyslipidémies/ hyperglycémies... Le patient ne vient pas chez son médecin généraliste pour parler de son surpoids et le médecin n'aborde pas le sujet de but en blanc mais prodigue des conseils diététiques au décours de résultats biologiques ou de la pesée. Le sujet paraît être une problématique difficile à aborder pour le médecin certainement par peur de nuire à la relation médecin patient.

3.10. Qui introduit la question du poids

J'ai montré dans la section précédente qu'au cours des consultations la question du poids est abordée pour différentes raisons. De même, la question peut être abordée soit par le médecin soit par le patient ou bien même par une personne accompagnante.

Dans ce premier extrait c'est le médecin qui aborde le sujet :

Dr M : Vous pouvez passer sur la balance. On va regarder comment ça évolue ? 80 bien.

Patiente : 80.

Dr M : Qu'est-ce que ça donne les kilos depuis cet été ? ?

Mari et traducteur de la patiente : La nuit elle transpire beaucoup de fois elle change de vêtements.

Dr M : Oui c'est la respiration ; ok les kilos vous voyez donc là cet été vous aviez bien perdu avec la thyroïde et le traitement du diabète ; vous êtes maintenant 80 c'est comme au début ; encore un petit peu ; ne dépassez plus les 80 ; faut pas reprendre. Faut rester à ce poids-là. Vous étiez embêtée d'avoir perdu tellement de poids mais faut pas reprendre plus.

Mari et traducteur de la patiente : Elle a besoin aussi son médicament diabète.

Dans cet extrait le sujet du poids est abordé par le médecin à la suite de la pesée de la patiente, on a l'impression que ce sujet n'intéresse pas tellement la patiente et même au contraire la patiente aurait été "embêtée de maigrir". On a deux représentations totalement différentes : d'un côté le médecin poussant la patiente à ne pas prendre de poids et de l'autre une patiente qui visiblement a peur de maigrir. Nous retrouvons ici une caractéristique des quartiers précaires où la perte de poids peut être vécue comme signe de maladie et où l'embonpoint est perçu comme un trait de bonne santé ; ce qui entre en conflit avec les

représentations du corps médical.

Dans d'autres cas c'est le médecin qui va parler du poids comme étant nuisible vu l'état de santé du patient, et non comme intrinsèquement problématique :

Dr M : Ça a un goût sucré. Donc oui au niveau de la manière de manger on va voir, et aussi au niveau des kilos vous aviez 79 au mois de septembre, avant d'arrêter de fumer vous aviez 76, on regarde ce que ça donne ?

Patient : Oui.

Femme du patient : 78, je pense.

Dr M : Oh ben 80 !

Femme du patient : (rires)

Dr M : 79 car vous avez le jean et les chaussures. Venez je vous laisse vous rasseoir qu'on discute un peu. (...) Donc euh, oui alors c'est la clairement les 79 kilos c'est peut-être l'arrêt du tabac qui fait ça aussi. Par rapport à l'équilibre du diabète ça serait important qu'on arrive à revenir au 74 kilos que vous aviez l'année dernière. Ça ça veut dire finalement dans la manière de manger essayer de manger moins gras et puis moins en quantité et puis bouger. Qu'est-ce qu'on ...

Femme du patient : Ah il bouge, ça c'est pas un soucis.

Patient : Je bouge ; je fais du vélo.

Dr M : Vous faites combien à peu près ? tous les jours vous marchez ou vous faites du vélo ?

Patient : Tous les jours, oui.

Dr M : Combien de temps une demi-heure ou... ? ?

Patient : C'est quand même 10 kilomètres dans la journée, je fais 10 kilomètres oui oui ; je vais au jardin, je travaille au jardin.

Dr M : Au moins une demi-heure de marche tous les jours ?

Femme du patient : Oui, oui.

Patient : Oui, facilement.

Dr M : D'accord. Ça c'est bien ; on va pas vous bougez la dessus là l'exercice physique là on est bien. Euh voilà peut-être essayez de voir la manière dont, vous pensez que vous pouvez arriver à faire quelque chose au niveau de la manière de manger ? ?

Patient : Si si. (Rires) Ça va être dur mais voilà je vais essayer oui.

Dr M : Limiter le grignotage ; manger équilibré au moment des repas.

Femme du patient : Il peut manger correctement voilà !

Dr M : Il peut manger équilibré pas trop de choses grasses les frites et les beignets ça.

Dans cet extrait c'est bien le médecin qui débute la question du poids avec la pesée et ceci va amener à analyser l'activité physique du patient (qui ici est satisfaisante pour le médecin) ainsi que l'alimentation, les grignotages avec des conseils qui lui sont prodigués. Le rôle de l'accompagnante ici, qui est la femme du patient, va être de conforter les conseils du médecin.

Dans cet autre extrait c'est le médecin qui constate par une simple appréciation visuelle dès le début de la consultation que son patient a beaucoup grossi et le lui fait remarquer :

Dr D : Très bien ? vous êtes bien en chair !

Patient : Oui...

Dr D : Vous avez pris du poids ?

Patient : Je sais pas... Je me suis pas pesé...

Dr D : Vous faites attention à l'alimentation ou pas du tout ?

Patient : Normalement... (incompréhensible)

Dr D : Vous buvez beaucoup de soda ?

Patient : Oui ça je bois beaucoup de menthe ...

Dr D : Du sirop de menthe ?

Patient : Oui.

Dr D : Et tous les jours vous en buvez combien ?

Patient : 1 litre et demi.

Dr D : Par jour ? ? ? (ton choqué)

Patient : Oui.

Dr D : Ah quand même ... le sirop vous en prenez un litre et demi.

Patient : Je mets du sirop, ça me fait une bouteille.

Dr D : Mais le flacon de sirop vous le gardez plusieurs jours ? ?

Patient : Oui c'est sur plusieurs jours !

(...)

Dr D : Comme vous avez des traitements très lourds, plus votre papa qui a eu ces soucis de santé, ce serait raisonnable de faire au moins attention au poids, faut pas toucher au tabac.

Ici le médecin remarque une forte prise de poids de son patient, elle va chercher la cause de cette prise notamment avec la prise de sirop et va lui recommander de faire attention à son poids.

Ensuite on retrouve des consultations plus rares où c'est le patient qui va aborder le sujet comme dans cet extrait où le patient demande une consultation dédiée au poids :

Patiente : À l'occasion je reviendrai vous voir, on parlera du poids.

Dr D : vous voulez faire quelque chose ?

Patiente : C'est difficile parce que les principes diététiques je les connais par cœur.

Dr D : Souvent ça se passe dans la tête. Peut y avoir des choses hormonales qui vous aident pas (inaudible) ça rend les choses plus difficiles Après y a pas 36 options, Ce qui rentre si vous le ressortez pas en énergie dépensée vous stockez, tout simplement.

Patiente : ...

Dr D : Ce qu'on peut envisager ... on a une infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique de manière très intelligente. La question c'est vraiment de réfléchir ensemble à qu'est-ce qui va pas, qu'est-ce qui fonctionne pas, comment est-ce qu'on peut arranger les choses, qu'est-ce que vous êtes prête à changer.

Patiente : C'est ça aussi ...

Dr D : C'est quand on a des habitudes, des envies des pulsions.

On voit ici que la patiente souhaite un entretien exclusif concernant le poids avec son médecin traitant mais le médecin ne va pas lui proposer cela, elle va la diriger vers l'infirmière Asalée. De plus le médecin, de façon inconsciente, ne laisse pas beaucoup d'espoir à la patiente sur la perte de poids en disant "il n'y a pas 36 solutions", alors que probablement la patiente a envie de discuter de ses difficultés. Le problème est que dans cette consultation

en particulier la demande de prise en charge du poids arrive en toute fin de consultation après 3 autres motifs, le médecin n'est probablement plus apte à entendre la demande et cherche des solutions simples et rapides. Une solution à ce moment-là pourrait être de proposer à la patiente de revenir pour une consultation dédiée.

Un autre exemple où c'est le patient qui va parler de son poids :

Patiente : Je mange trop de viande de mouton, et beaucoup de sucre !

Dr D : Ben ça, c'est pas bon !

Patiente : Voilà.

Dr D : La dernière prise de sang c'était quand ?

Patiente : Fin février.

Dr D : Ah ben c'est bien

Patiente : Je fais un régime maintenant parce que j'ai peur. (Incompréhensible)

Dr D : Vous voulez aller voir quelqu'un qui vous aide à mieux manger ? Vous aviez déjà vu ma collègue sur ce que vous mangez, comment vous mangez ... si vous voulez retourner la voir.

Ici c'est le même médecin que dans l'extrait précédent qui propose à nouveau au patient d'aller voir l'infirmière Asalée. Dans cet extrait la question du poids est abordée au milieu de beaucoup d'autres motifs. On voit à travers ces 2 extraits que lorsque c'est le patient qui parle du poids et demande son avis au médecin, le médecin a tendance à adresser le patient vers l'infirmière Asalée peut être par manque de temps et aussi car, dans le premier extrait, la patiente dit connaître déjà les principes diététiques par coeur, le médecin ne peut donc pas prodiguer les mêmes conseils.

Enfin quelque fois c'est l'accompagnant qui pose la question du poids comme dans cet extrait ou c'est l'enfant accompagnant et traducteur :

Dr L : Ah montez sur la balance aussi s'il vous plaît.

Fille de la patiente : Et pour moi aussi après pour le bouchon d'oreille ...

Dr L : C'est aussi pour toi ? D'accord.

La fille : Elle a combien ?

Dr L : 97.

La fille : Pourquoi elle est grosse ?

Dr L : (rires) Qui est ce qui pose la question c'est toi ou ta maman ?

La fille : Moi ; mais elle aussi elle se dit parfois pourquoi je suis grosse ?

Dr L : Ça, ça se fait souvent petit à petit c'est-à-dire qu'avec le temps : il suffit de manger un tout petit peu trop tous les jours on finit par prendre du poids ; avec le stress aussi les soucis avec les grossesses ; après la grossesse c'est difficile de perdre du poids ; après c'est quand même l'alimentation ce qu'elle mange et ce qu'elle boit.

A travers cet extrait on voit un autre problème lié au quartier : la barrière de la langue, de nombreux patients ont du mal à s'exprimer en français et ont besoin d'un accompagnant pour traduire. Dans ces conditions la relation médecin-malade est biaisée par cet intermédiaire qui se trouve être ici l'enfant du patient. Difficile dans ces conditions de réaliser une véritable prise en charge du surpoids chez cette patiente vu le caractère sensible et intime de cette question.

Face à un accompagnant, le médecin met en avant d'autres facteurs que l'alimentation et l'activité physique. On peut faire l'hypothèse qu'elle ne veut pas mettre en cause la responsabilité de la patiente devant sa fille.

La question du poids peut être abordée par le patient, le médecin ou même l'accompagnant. On constate dans nos consultations que c'est plus souvent le médecin qui pose la question au décours de la pesée ou d'analyses biologiques. D'autre part lorsque le patient aborde le sujet le médecin va avoir tendance à l'adresser rapidement vers d'autres professionnels de santé alors que lorsque c'est lui qui amorce la question il va être plus enclin à prodiguer des conseils diététiques et/ou d'activités physiques. On peut supposer que le

médecin pense que si le patient n'aborde pas la question du poids lui-même, il ne fera pas la démarche d'aller chez un spécialiste. Ou encore qu'il n'ait juste pas assez de temps pour développer correctement le sujet.

3.11. Réaction face au problème de poids

3.11.1. Réaction des médecins

J'ai constaté plusieurs types de réaction du médecin face au problème de poids de ses patients. De nombreux médecins changent de sujet lorsque le patient pose des questions sur son poids :

Accompagnateur et traducteur : Est ce qu'il est normal qu'il ait le ventre gonflé ?

Dr L : Alors c'est pas grave d'avoir le ventre gonflé.

Patiente : J'ai de la graisse dans le foie, il m'a dit arrêtez beaucoup de choses, mangez pas beaucoup...

Dr D : (parle d'un médicament que la patiente a pris) Ça donne la diarrhée ça...

Patiente : Je fais un régime, j'ai peur, (incompréhensible) Quand j'étais chez le médecin il me trouve 18 de la tension !!!

Dr D : Là vous avez une tension qui est bonne.

Patiente : Et ça (incompréhensible) ?

Dr D : Là vous avez des troubles digestifs, c'est pour ça que vous êtes ballonnée.

On peut supposer que cette manière d'éluder la question de la part des médecins révélerait un sentiment d'impuissance qu'a le médecin généraliste envers la question du poids.

Certains médecins au contraire reprochent à leurs patients d'avoir repris du poids en centrant leur réflexion sur le problème de poids et en occultant le vécu du patient et son avis sur la question :

Dr D : Vous avez pris du poids ? Vous faites attention à l'alimentation ou pas du tout ?

Dr D : Vous avez repris vous êtes à 80..

Ici le médecin semble presque déçu que son patient ait repris du poids. Il se place dans une position moralisatrice : la prise de poids est comprise dans le registre du “mal” agir.

Dans le même ordre d’idée d’une lecture morale de la gestion du poids, le médecin va féliciter et encourager son patient à chaque perte de poids ou effort, dans le registre du “bien” :

Dr L : 5 kilos il a perdu, ah c'est bien !!

Dr M : Donc ça fait 30 à 45 minutes (de sport), c'est déjà très bien.

Dr L : C'est bien d'avoir maigri.

De nombreux médecins ont tendance également via le choix de leurs mots à minimiser le problème du poids chez leurs patients par l’usage d’adverbes minorants quand ils verbalisent la question pondérale.

Dr D : Le cholestérol, il était un tout petit peu limite mais ça va.. Le sucre pareil un tout petit peu limite mais ça va.

Dr I : Et vous avez pris un petit peu de poids.

Patiente : Un petit peu j'ai bien pris 10 kilos !!!

Le problème du poids des patients est donc minimisé comme un signe d'encouragement, mais aussi pour éviter d'avoir à affronter la question et d'entrer en conflit avec les représentations du poids des patients et peut être aussi par crainte d'offusquer leurs patients.

D'autre part, des médecins vont proposer des solutions à leurs patients pour leur problème de poids :

Dr F : Une fois que vous aurez fait le bilan cardio, vous pourrez faire du sport, y a beaucoup de choses qu'on peut faire, y a le sport santé...

Un médecin aborde le problème du poids sur le modèle de l'entretien motivationnel. L'entretien motivationnel se définit comme une technique visant à conduire des conversations de telle façon que les personnes puissent évoquer un changement pour elles-mêmes en se fondant sur leurs propres valeurs et leurs propres intérêts. Il vise à "guider" l'autre plutôt que de dicter l'autre. À l'opposé, on retrouve le style directif : un directeur est une personne qui dit aux autres ce qu'il faut faire et comment le faire (78). Par exemple dans ma thèse on retrouve de nombreux médecins qui disent aux patients de ne pas manger trop sucré, trop gras, de faire de l'exercice... Dans cet extrait qu'on peut qualifier de motivationnel, au contraire, le médecin demande à la patiente ce qu'elle pense de son poids :

Dr L : Et vous pensez quoi de votre poids ?

Patiente : Ah...

Dr L : C'est tous les sujets qui fâchent aujourd'hui !

Patiente : (rire)

Dr L : On est pas obligé d'en parler aujourd'hui.

Patiente : En fait là avant, depuis six mois j'ai pris beaucoup de kilos, depuis six mois ...

Dr L : Ah bon ?

Patiente : Depuis six mois et avant je suis bien.

Dr L : Qu'est-ce qui s'est passé ?

Patiente : Avec le stress de familial de tout ça, quand j'ai le stress je mange beaucoup, même la nuit, même la journée, je mange beaucoup. Et après quand je commence, quand j'ai envie, je peux le faire, mais pour faire ça ...il faut que je suis (inaudible).

Dr L : Vous faites souvent des régimes ?

Patiente : Oui.

Dr L : Après le régime vous reprenez le poids d'avant ou un peu plus.

Patiente : Un peu plus ... et pourquoi ... Franchement c'est difficile.

Dans cet extrait la patiente raconte au médecin l'histoire de son poids, les nombreux régimes qu'elle a faits et les raisons qu'elle relie à cette prise de poids et notamment son stress, ses soucis. Dans la suite de la consultation, ceci permet au médecin d'expliquer le problème des régimes trop restrictifs à sa patiente et de lui proposer un suivi, toutefois la question du stress n'est pas approfondie par le médecin malgré le fait que la patiente le mette au centre de son problème de poids et dise clairement que c'est ce qui entraîne le fait qu'elle mange beaucoup. On constate à travers cet extrait que l'aspect psycho comportemental du surpoids n'est pas pris en compte par le médecin.

Mais à travers l'entretien motivationnel la question du poids est abordée en demandant au patient ce qu'il pense de son poids ce qui permet une approche plus personnalisée du problème et de comprendre la cause du surpoids et permettrait ainsi une prise en charge

plus adaptée à chaque patient et de s'éloigner des seules représentations médicales. Avec l'entretien motivationnel on va laisser plus de paroles au patient : on lui demande avec des questions ouvertes son ressenti face au poids, la consultation est ainsi plus centrée sur le patient, plutôt que sur les projections du médecin quant à un idéal diététique sans doute hors de portée.

3.11.2. Réaction des patients

De nombreux patients sont tout à fait conscients de leur problème et en parlent librement au médecin et souvent avec des mots très durs envers eux-mêmes :

Patiente : À l'occasion je reviendrai vous voir on parlera du poids.

Patiente : Vendredi dernier j'étais chez le médecin ; il m'a dit j'ai la graisse dans le foie.

Patiente : Si si c'est pas grave moi grosse !

Dr I : Vous avez pris un petit peu de poids !

Patiente : Un petit peu ? j'ai bien pris 10 kilos ! !

Dans ces extraits, on voit qu'une partie des patients sont conscients de leur surpoids et le considère comme problématique (même si ce n'est pas toujours pour la même raison que les médecins, comme on l'a vu plus haut).

D'autres patients au contraire changent de sujets quand le médecin leur parle du poids :

Dr M : Qu'est-ce que ça donne les kilos depuis cet été ?

Mari et traducteur de la patiente : La nuit elle transpire beaucoup !

Dr M : Ok les kilos, donc vous voyez donc là cet été vous aviez bien perdu avec la thyroïde et le traitement du diabète ; vous êtes maintenant 80 ; c'est comme au début ; ne dépassez plus les 80 ; faut pas reprendre ; faut rester à ce poids-là. Vous étiez embêtée d'avoir perdu tellement de poids mais faut pas reprendre plus.

Mari et traducteur de la patiente : Elle a besoin aussi son médicament diabète.

Dans cet extrait le médecin signale que la patiente était "embêtée" d'avoir perdue autant de poids : chez cette patiente le fait de perdre du poids est donc plutôt négatif, d'où certainement le changement de sujet : elle sait que c'est une question où elle est en désaccord avec son praticien.

Dr K : Bon en juin c'était 81, et après on était monté à 83.

Patiente : Oui a cause du chocolat c'est pour ça j'ai dit bon vivement que Noël passe parce que la, non mais ça va autrement, et puis il y a eu des bouquins il y avait une liseuse (parle des cadeaux reçus à Noël par son fils).

Si les patients esquivent le sujet c'est peut-être car ils pensent que cela ne concerne pas leur médecin où parce qu'ils pensent que celui-ci n'est pas compétent sur le sujet ou bien encore que les solutions proposées par le passé n'ont pas fonctionné.

3.12. Quand le sujet du poids est abordé durant la consultation ?

Le sujet du poids peut être abordé en début, milieu ou fin de consultations.

On constate dans cette partie que le sujet du poids vient rarement au début de la

consultation, car ce n'est généralement pas un motif principal, mais plutôt en milieu ou fin de consultations. La question du poids apparaît souvent en 5/6ème sujets de consultations.

Sur toutes les consultations que nous avons pu observer il n'y en a qu'une ou le motif annoncé de consultation est la prise de poids. Lors d'une consultation une patiente en début de grossesse vient parce qu'elle a pris beaucoup de poids en très peu de temps et souhaite un avis de son médecin généraliste concernant une prise de sang qui recherche une hypothyroïdie pour expliquer cette prise de poids. Il est à noter que la grossesse est une situation très particulière dans la prise en charge médicale, y compris dans le rapport à la prise de poids, ce qui peut favoriser l'apparition de motifs de consultation spécifiques.

Patiente : Je fais 60 kilos. (...) Je vais vous expliquer : l'autre médecin à côté il croyait que j'étais enceinte de 3 mois mais en fait non que 7 semaines. C'est l'hôpital qui me l'a prescrit ; j'avais des contractions je suis allée à l'hôpital. Ça c'est les prises de sang qu'elle m'a fait faire donc le médecin m'a dit c'est normal ; mais là elle croit que ça vient des hormones que j'ai pris autant de poids, j'ai pas assez d'hormones. Donc là elle m'a fait cette prise de sang que j'ai faite ce matin et là j'ai les résultats que je suis allée chercher. Elle m'a fait la totale.

(La suite de la discussion n'a pas été intégrée puisqu'elle ne permet pas de trouver une cause à cette prise de poids)

La prise en charge du problème par le médecin consiste initialement à chercher des erreurs diététiques que la patiente aurait pu commettre. Mais la patiente dit avoir une alimentation qui correspond aux normes diététiques :

Patiente : J'ai très faim.

Dr G : Vous avez vraiment changé votre alimentation ?

Patiente : La viande ça passe pas, je vomis.

Dr G : Ah oui ?

Patiente : Et les gâteaux je peux pas manger.

Dr G : Qu'est-ce que vous mangez le plus ?

Patiente : Du poisson.

Dr G : Ça fait pas tellement grossir.

Patiente : Poisson et légumes

Dr G : Vous mangez en plus grande quantité.

Patiente : Oui.

Dr G : Vous mangez entre les repas ?

Patiente : Un fruit c'est tout. Je grignote pas des gâteaux, des chips.

Dr G : Il y a rien dans l'alimentation qui explique cette prise de poids. C'est énorme. C'est pas juste la grossesse.

Patiente : Quand j'ai vu que je prenais du poids, j'ai fait du sport mais ça a pas servi.

Dr G : Vous avez fait quoi comme sport ?

Patiente : De la marche, je courais.

Le reste de sa prise en charge a été de peser la patiente et de proposer une consultation de contrôle pour rechercher des troubles thyroïdiens sur la prise de sang.

Une autre consultation dans le corpus où le sujet du poids est le motif de consultation mais la patiente vient car elle manque d'appétit et a peur de maigrir :

Patiente : J'ai pas d'appétit. Je suis venue pour ça, vous parler de mon appétit, je sais pas, c'est normal ?

Dr J : Est-ce que c'est normal ? ? Vous avez maigri ?

Patiente : Non... oui... 80 avant j'étais 83.

Dr J : C'est bien d'avoir maigri ...

Patiente : C'est bien mais (inaudible) ...

Dans cet extrait la patiente a très peur de maigrir car pour elle, cela signifie « maladie, cancer » (elle a un antécédent de cancer du sein).

Dr J : Venez je vais quand même vous peser... Enlevez voir vos chaussures.

(Silence)

Dr J : 82, vous aviez 83. Sur le diabète vous faites attention ?

Patiente : Oui, c'est baissé quand même.

(Silence)

Dr J : Bon si vous avez pas d'appétit c'est que vous avez assez mangé !!

Patiente : Mais j'ai pas faim !!

Dr J : Ça fait rien si vous maigrissez pas. Si vous voulez je vous redonne rendez-vous dans un mois et (inaudible)

On va continuer avec le fer et la vitamine D mais de toute façon vous avez un peu de poids donc si vous en perdez c'est pas grave, c'est même un peu mieux pour votre santé !!

On voit ici une autre difficulté liée au QPV : la représentation que peuvent avoir certains patients précaires du surpoids et de l'obésité ne concorde pas avec celle du corps médical. Pour cette dame l'embonpoint est un signe de bonne santé et le fait de maigrir paraît ici être vécu comme quelque chose de malsain lié à une maladie et est cause d'anxiété, alors que c'est une évolution favorable aux yeux du médecin. On retrouve cette problématique aussi lors d'une autre consultation.

Dans un plus grand nombre d'enregistrements du corpus on retrouve le sujet du poids plutôt en milieu de consultation : le patient vient pour un ou plusieurs autres motifs mais le sujet du poids est abordé au cours de la consultation après la pesée par exemple ou après un résultat d'examen para clinique anormal. Quand le poids est abordé en milieu de consultation, on peut faire l'hypothèse que le médecin utilise une information objectivée (poids sur la balance où donnée biologique) comme prétexte pour discuter d'une problématique où sa légitimité est susceptible d'être remise en cause par le patient s'il n'a pas de preuve chiffrée à mettre en avant.

Dans un autre exemple on voit que le sujet du poids vient également en milieu de

consultation à la suite d'une biologie anormale qui est en train d'être analysée par le médecin et qui semble perturbée :

Dr F : Et au niveau des produits vous prenez quelque chose ? ?

Patient : Oui, alcool.

Dr F : C'est à dire ? alcool tous les jours ?

Dr F : Ou des fois vous en prenez pas mal et après vous arrêtez ? ?

Patient : Tous les jours.

Dr F : vous buvez quoi ?

Patient : De la bière, picon...

Dr F : Le maximum dans une journée ?

Patient : Ça dépend, ça peut être 1 litre, 2 litres ...

Dr F : 1 à 2 litres, C'est pour ça que les triglycérides sont augmentés, la glycémie aussi...

Patient : (inaudible)

Dr F : une fois que vous aurez fait le bilan cardio vous pourrez faire du sport... Y a beaucoup de choses qu'on peut faire, y a le sport santé ... on va vous peser et vous examiner ...

Dans cet exemple le médecin souhaite que son patient participe au dispositif sport santé.

Enfin le sujet du poids peut aussi être abordé en toute fin de consultation :

Dans cet exemple la patiente demande à son médecin un RDV de contrôle pour parler spécifiquement du poids :

Patiente : A l'occasion je reviendrai vous voir, on parlera du poids.

Dr D : Vous voulez faire quelque chose ?

Patiente : C'est difficile parce que les principes diététiques je les connais par cœur.

Dr D : Souvent ça se passe dans la tête ; Peut y avoir des choses hormonales qui vous aident pas (inaudible) ça rend les choses plus difficiles Après y a pas 36 options, Ce qui rentre si vous le ressortez pas en énergie dépensée vous stockez, tout simplement !

Patiente : ...

Dr D : Ce qu'on peut envisager... on a une infirmière qui fait de l'éducation thérapeutique de manière très intelligente. La question c'est vraiment de réfléchir ensemble à qu'est-ce qui va pas, qu'est-ce qui fonctionne pas, comment est-ce qu'on peut arranger les choses, qu'est-ce que vous êtes prête à changer.

Ici le médecin commence à demander à la patiente son avis et ce qu'elle veut faire pour finir par lui faire une proposition sans l'avoir vraiment entendue. La patiente est directement adressée vers un autre professionnel de santé. A la fin de l'entretien le médecin n'a pas donné de rendez-vous à sa patiente pour parler exclusivement du poids comme elle le souhaitait.

Dans cet autre exemple le patient demande un avis concernant son poids pour maigrir à la fin de la consultation :

Patient : Parce qu'il se sent un peu gros, qu'est-ce qu'il faut faire ?

Le médecin ici va analyser les pratiques alimentaires de son patient : ce qu'il mange et comment il mange. Elle va lui proposer de changer sa façon de manger et de participer au dispositif sport santé ; elle lui propose également un suivi médical régulier.

On constate donc après analyse du corpus, qu'il y a très peu de consultations de médecine générale dont le motif principal est le problème de poids. Les patients ne viennent globalement pas voir leur médecin généraliste pour parler de leur problème de poids.

On remarque aussi qu'il n'y a pas réellement d'incidence sur la prise en charge que le sujet soit abordé au début, au milieu ou en fin de consultation : la prise en charge reste globalement la même. Les conseils alimentaires sont donnés mais peu en lien avec les demandes du patient. L'exercice physique et l'ordonnance de sport santé semblent davantage investis par les médecins.

3.13. Vocabulaire du poids utilisé lors des consultations

3.13.1. Vocabulaire des patients

On retrouve dans de nombreuses consultations un vocabulaire très fort employé par les patients pour parler de leur propre poids avec des termes comme « **grosse** » ; « **graisse** » ; « **10 kilos de plus** » :

Fille et traductrice de la patiente : Mais elle aussi elle se dit parfois pourquoi je suis grosse ?

Patiente : J'ai de la graisse dans le foie.

Patiente : Moi grosse.

Patiente : Un petit peu j'ai bien pris 10 kilos !!

Les patients utilisent parfois des mots très durs pour parler de leur poids, comme pour répondre au médecin qui a tendance à minimiser le poids avec son vocabulaire.

3.13.2. Vocabulaire des médecins

Concernant le versant médical il y a différents types de vocabulaires utilisés pour

parler du poids.

On retrouve chez certains médecins des termes assez forts, proches de ceux employés par les patients :

Dr D : Vous êtes bien en chair !

D'autre part on retrouve également un vocabulaire de minimisation du poids : avec des termes comme : ***un peu, un petit peu.***

Dr K : Parce que là on est quand même sur une pente un peu ascendante.

Dr I : Vous avez pris un petit peu de poids...

Dr J : De toute façon vous avez un peu de poids.

Par contre lorsque le patient a perdu du poids il est systématiquement félicité par le médecin avec des mots mélioratifs comme « **super** » ; « **bien** » :

Dr K : gastrectomie sous coelio, 171 ? et là 162 ? vous avez déjà perdu 10 kilos. WAOUH ! !

Traducteur et accompagnateur : 5 kilos, il a perdu.

Dr L : Ah c'est bien.

Dr J : C'est bien d'avoir maigri ...

Dr J : Ben c'est bien vous êtes passé de 100 à 87.

Dr J : C'est super et qu'est-ce que vous faites comme régime ?

A l'inverse quand le patient a repris du poids : le médecin retombe dans un vocabulaire moralisateur et directeur : “ça serait raisonnable” ; “faudrait faire attention” ; “faut pas”... :

Dr D : Et voilà... Vous pouvez remettre le T shirt. On va regarder la balance pour voir où vous en êtes. Vous avez repris ... vous êtes à 80. (...) On a dit 80 kilos. Vous savez combien vous mesurez ?

Patient : 1m63.

Dr D : Vous avez un indice de masse corporelle à 30, donc faudrait faire attention... Vous faites du vélo, je vous vois passer à vélo. Dernière prise de sang ça remonte un peu non ?

Patient : Oui, longtemps.

(Silence)

(...)

Dr D : Comme vous avez des traitements très lourds, plus votre papa qui a eu ces soucis de santé, ce serait raisonnable de faire au moins attention au poids, faut pas toucher au tabac.

Dr M : Oui c'est la respiration ; ok les kilos vous voyez donc là cet été vous aviez bien perdu avec la thyroïde et le traitement du diabète ; vous êtes maintenant 80 c'est comme au début ; encore un petit peu ; ne dépassez plus les 80 !! Faut pas reprendre. Faut rester à ce poids-là. Vous étiez embêtée d'avoir perdu tellement de poids mais faut pas reprendre plus.

Ensuite j'ai regardé les mots qu'utilisent les médecins pour encourager les patients à perdre du poids :

On constate que beaucoup commencent par un interrogatoire très poussé pour

rechercher les erreurs diététiques de leur patient : de nombreuses questions courtes et fermées s'enchaînent : le médecin cherche "les erreurs" qu'auraient fait son patient ce qui induit un effet inquisiteur :

Dr M : Et au niveau des boissons est ce que vous buvez des boissons sucrées ? ?

Patient : Non, non.

Femme du patient : Non uniquement de l'eau.

Dr M : De l'eau. Et du café ?

Patient : Oui café oui.

Dr M : Vous mettez du sucre dans le café ?

Patient : 2 sucres.

Dr M : Et vous buvez combien de café par jour ?

Patient : 2 le matin.

Dr A : Vous mangez beaucoup de beurre ou d'huile ou des choses en sauce ?

Patiente : Je mets un peu d'huile, mais je mets pas de beurre...

Dr A : De l'huile de quoi ?

Patiente : De tournesol...

Dr A : Celle qui est un peu plus grasse c'est l'huile d'arachide !

Patiente : Non, non... et le beurre c'est rare que j'en mange avec du pain.

Dr A : Et du pain vous en mangez beaucoup ?

Patiente : Il y a des jours oui.

Dr A : Faut pas en manger trop trop, plutôt du pain complet que de la baguette...

Dr I : Ouais donc on voit que sans doute au niveau alimentaire il y a certains aliments qui devaient être excessifs hein d'après la prise de sang notamment dans les aliments sucrés éventuellement dans l'alcool des choses comme ça.

Patient : Ben l'alcool j'en bois pas !

Dr I : Vous en buviez à l'époque ?

Patient : Ben j'ai arrêté en 2013 je buvais une bière ou 2 de temps en temps j'étais pas alcoolique non plus.

Dr I : Donc vous buvez plus d'alcool depuis 2013 ?

Patient : Non depuis que j'ai fait les crises d'acide urique là.

Dr I : D'accord parce que là l'acide urique est encore pas mal élevé oui.

Patient : Mais je mange pas de gâteau ou trucs particuliers.

Dr I : Vous buvez beaucoup sucrer ?

Patient : Non je bois de l'eau et du café.

Dr I : Vous mettez du sucre dans le café ?

Patient : Non j'ai enlevé.

Par la suite le vocabulaire utilisé par les médecins est surtout un vocabulaire qui parle d'interdit où de restriction : « **pas trop** » ; « **éviter** » ; « **ne faut pas** ».

Ils ne disent pas ce que le patient devrait manger mais énumèrent tous les aliments « interdits » ; la prise en charge paraît ici très contraignante et restrictive : mais on constate que les locutions type “un peu”, “un petit peu” viennent minimiser l'interdit comme pour limiter la contrainte, ce qui paraît contredire la force de la consigne. On peut l'analyser comme un révélateur du sentiment d'impuissance qu'ont les médecins face au surpoids de leurs patients.

Dr M : Non mais alors comme mode de cuisson évitez les choses qui sont cuites à l'huile et puis évitez les choses trop grasses hein. Mais sinon vous mangez un peu équilibré, vous avez le droit de manger de tout, attention aux choses qui ont le goût sucré, et surtout qu'il faut encore mettre un petit peu de fruits encore dans l'alimentation, et garder un peu les laitages.

Femme du patient : Oui voilà ce qu'il mange c'est ; ce qu'il aime c'est les mandarines tout ça.

Dr M : Les fruits vous y avez le droit, mais plutôt au dessert qu'au grignotage entre les repas. OK ? Vous évitez les gâteaux les glaces le plus possible. Sinon après vous prenez le vélo pendant une demi-heure ! !

Dr M : Et du pain vous en mangez beaucoup ?

Patiente : Il y a des jours oui !

Dr M : Faut pas en manger trop trop, plutôt du pain complet que de la baguette.

Dr M : Ça ça veut dire finalement dans la manière de manger essayer de manger moins gras et puis moins en quantité et puis bouger.

Concernant l'autre partie de la prise en charge proposée par les médecins à savoir le sport on retrouve des mots à connotation plus positive tel que « **beaucoup** » ; « **bonnes résolutions** » ; « **envie** », le médecin utilise le pronom "on" pour parler du patient comme pour s'inclure dans la prise en charge : le vocabulaire est plus axé sur les envies du patient, ce qui pourrait plus lui plaire, que quand il est question d'alimentation. Notamment, les verbes utilisés (proposer, pouvoir) renvoient à une liberté de choix et une possibilité d'action du patient :

Dr F : Une fois que vous aurez fait le bilan cardio vous pourrez faire du sport ...il y a beaucoup de choses qu'on peut faire, y a le sport santé ... on va vous peser et vous examiner...

Dr K : Et en sport vous en faites un peu ou pas ?

Patiente : Non ma petite promenade tous les jours et puis bon je fais du (geste avec les bras) ...

Dr K : Du vélo ?

Patiente : Non pas d'appartement je m'assis sur ma chaise et je pédale.

Dr K : Ah ! (Rires) Et sport santé vous aviez pas envie d'essayer ? On en avait parlé déjà ?

Patiente : Ouais je pourrai essayer.

Dr K : Je vous donne l'ordonnance.

Patiente : De toute façon on est en 2018.

Dr K : L'année des bonnes résolutions.

Patiente : Et ce qu'on dit souvent des fois la bonne résolution c'est de pas en prendre !! (Rires)

Dr M : donc séances de kiné pour vous et je vous ai fait pendant que j'étais au téléphone le pareil le sport santé c'est un peu comme PRECOSS il faut que vous alliez avec cette ordonnance la et vous prenez RDV avec un coach sportif qui pourra vous proposer tout un tas d'activités adaptées à ce que vous pouvez faire et ce que vous avez

envie de faire.

Dr L : Ça c'est la première chose et la 2ème c'est un programme qui se fait sur la ville qui s'appelle sport santé et moi je fais une ordonnance et on lui propose des activités qui lui sont adaptées.

L'étude du vocabulaire m'a permis de voir que le médecin utilise très souvent un ton directeur et inquisiteur en consultation quand il s'agit de parler du poids et souhaite imposer ses recommandations aux patients sans tenir vraiment compte de son avis. Les conseils diététiques sont basés sur des interdits, l'autre côté de la prise en charge à savoir l'activité physique est présentée de manière plus positive et plus adaptée à chaque patient.

4. Discussion

4.1. Les limites de notre étude

Des médecins généralistes de tous les QPV de la ville de Strasbourg ont été sollicités pour participer à notre projet mais seuls certains médecins des quartiers Neuhof/Hautepierre/cité de l'Ill et gare nous ont répondu positivement. Nous pouvons penser que les médecins qui ont accepté sont certainement plus impliqués dans la vie des QPV et au niveau universitaire et donc peut être mieux formés que les médecins qui ont refusé de participer. Notre étude ne représente donc pas tous les QPV de la ville de Strasbourg et seulement une partie des médecins à l'intérieur des 4 QPV observés.

Nous ne nous sommes intéressés uniquement à la ville de Strasbourg. Une étude

complémentaire portant sur d'autres territoires géographiques serait nécessaire pour savoir si nos observations sont propres à un terrain local ou susceptibles d'être transposées.

D'autre part, une partie des médecins observés (cinq sur treize au total) connaissaient le sujet de l'étude au moment où nous les observions. Ceci a très certainement influencé leur prise en charge de l'obésité et du surpoids lorsque l'interne était en consultation.

A noter également le fait qu'une personne extérieure assiste à la consultation et enregistre le son est susceptible de modifier le contenu de cette consultation (le médecin peut altérer sa façon de travailler et le patient est probablement moins apte à se livrer librement à son médecin).

Nous n'avons observé que les patients consultant le médecin ce qui représente probablement des personnes moins précaires que celles qui ne consultent jamais leur médecin. Il existe aussi un biais de volontariat : nous n'avons pas pu observer les patients qui ont refusé de participer à notre étude (mais ceux-ci sont très peu nombreux).

4.2. Les forces de notre étude

Il s'agit d'une étude originale puisque c'est la première qui permet l'enregistrement audio d'un tel nombre de consultations de médecine générale. Ensuite, elle est pluri-méthode et collaborative ce qui est innovant. Elle s'appuie sur l'expertise de sociologues (Pr Bonah et le laboratoire SAGE) qui sont à l'origine du projet en partenariat et étroite collaboration avec le département de médecine générale de Strasbourg. Ce travail collaboratif de grande envergure permet d'aborder de façon diverse et complémentaire un problème médico-sociologique complexe. Cette étude nous a permis de collecter beaucoup de données : en tout 492 consultations ont été enregistrées avec pour chacune une grille ECOGEN, un score

EPICES et une prise de notes qualitatives. Toutes ces données pourront être ré utilisées pour la réalisation d'autres thèses et travaux de recherche.

Pour ma part, je n'ai ré utilisé et analysé pour finir que 21 consultations répondant à mes critères : être précaire (score EPICES supérieur à 30), présenter un IMC supérieur à 25 kg/m² **ET** consultations devant parler du poids : mais ceci démontre déjà un point important : le problème de poids n'est pas un sujet courant de consultation en médecine générale, même pour des patients en situation de surpoids. Ce constat en lui-même est un premier résultat de recherche.

4.3. Les causes du surpoids :

L'obésité peut résulter d'un petit déséquilibre amenant une prise de poids progressive et lente mais qui se maintient sur une période très longue. Une fois que l'obésité est installée les processus physiologiques ont tendance à maintenir le poids d'où la difficulté à en perdre (10). La part croissante des graisses, la valeur énergétique importante de ces dernières, la diminution de l'activité physique et l'augmentation des comportements sédentaires sont les principaux facteurs de l'augmentation du poids de la population (10).

Toutefois les études épidémiologiques, génétiques et moléculaires réalisées sur de nombreuses populations du monde montrent qu'il existe des personnes plus prédisposées que d'autres à la prise de poids. Des facteurs génétiques, biologiques et personnels (Périodes critiques : période prénatale/rebond d'adiposité 5-7 ans/adolescence/début de

l'âge adulte/ grossesse/ ménopause/ arrêt du tabac (44) / certaines pathologies : hypothyroïdie ; maladie de Cushing/prise médicamenteuse comme antidépresseurs tricycliques ; neuroleptiques ; sulfamides ; insuline ; corticoïdes ; contraceptifs stéroïdiens) : interagissent pour déterminer la sensibilité d'une personne à la prise de poids (10). Ces études viennent relativiser le discours dominant qui présente l'obésité comme une "pathologie de la volonté" qui tient de la responsabilité individuelle des patients.

Certaines ethnies semblent être prédisposées à l'obésité, au diabète de type 2 et à l'hypertension artérielle lorsqu'ils sont exposés au mode de vie de surconsommation, comme par exemple les indiens PIMA d'Arizona ainsi que les aborigènes d'Australie (10,45).

Résumer les causes de l'obésité à une prise alimentaire trop calorique et à un manque d'activité physique est une vision trop simpliste, culpabilisante et néfaste pour les personnes en situation de surpoids.

Trop simpliste, car de nombreux gènes interviennent dans l'obésité, dans le sentiment de satiété et aussi au niveau du métabolisme de base : par exemple avec le gène de la leptine : si on enlève le gène de la leptine à la souris elle s'alimente trop, elle est impuissante à se réguler : la leptine est le gène qui permet le « contrôle de la satiété » (45,46). Des différences existent aussi entre des personnes capables d'un apport calorique important et d'autres : les premiers sont qualifiés de « brûleurs » face à une augmentation de l'alimentation, ils sont donc moins sujets à la prise de poids, contrairement aux "non-brûleurs". La majorité des causes de l'obésité relève d'interactions gènes/environnement (46). D'autre part, le contrôle des systèmes qui régulent le poids corporel et le métabolisme de base se fait au niveau de l'hypothalamus du mésencéphale et non au niveau du cortex frontal, siège de la cognition et de la volonté humaine. On croit que nous pouvons contrôler combien et à quelle fréquence nous mangeons mais ce contrôle est nettement moindre en réalité (45).

Dans nos résultats, nous avons mis en évidence que les causes principales du surpoids évoquées par les médecins généralistes en consultation sont le “trop manger” quantitatif ainsi qu’une alimentation qualitativement trop grasse et trop sucrée et le manque d’activité physique. Les autres causes comme le stress/ les pulsions/ les problèmes hormonaux sont parfois évoqués mais au second plan par rapport à l’alimentation et l’activité physique qui sont présentées comme les causes primaires dans les représentations médicales. Aucune prise en charge psycho comportementale n’est proposée aux patients. Ces résultats sont superposables à ceux de la littérature à savoir que la cause principale de l’obésité selon les médecins généralistes est le fait de trop manger (47).

Le fait de mettre en avant presque uniquement le « trop manger » ou le « mal manger » comme cause de l’obésité va accroître un sentiment de honte et de culpabilité chez les patients en situation de surpoids. En effet, le patient est ainsi placé en seul responsable de son état. Ce qui est d’autant plus difficile à vivre que la personne n’a pas toujours l’impression d’avoir prise sur son état pondéral.

Pourtant, chez les patients, nous avons constaté dans nos observations que l’aspect psychologique avec le stress/ les soucis/ les pulsions sont plus souvent évoquées que par les médecins. Mais la part du “trop manger” est aussi reprise en consultation comme cause de leur surpoids. Cependant on peut se demander si ce n’est pas par mimétisme des préconisations sanitaires plutôt que par une représentation préexistante en ce sens. Il faudrait pouvoir comparer l’évolution des discours des patients par rapport au surpoids avant et après les messages de santé publique liés à l’alimentation et à l’activité physique et leur exposition au discours médical à ce sujet pour pouvoir conclure. Cependant, dans la littérature, les patients attribuent davantage l’obésité à des problèmes hormonaux, de stress ou de dysfonction métabolique (48).

Dans la thèse de Baptiste Gault recueillant lors des rappels téléphoniques la

perception des patients précaires en situation de surpoids ou d'obésité, les causes que les patients attribuent à leur surpoids sont multiples et variées. Ils citent également la prise alimentaire excessive et le manque d'activité physique mais d'autres causes sont également relevées et elles sont dépendantes de l'individu, varient selon le vécu, l'histoire de vie de chacun.

Les causes de l'obésité sont multiples et complexes. Pourtant les médecins se contentent trop souvent d'une vision purement comptable des apports et des dépenses. Ils proposent donc à leurs patients une prise en charge diététique et sportive. Mais la cause de ce trop manger est très souvent due à des problèmes psycho-sociaux : on rate ainsi une étape essentielle à la prise en charge en ne traitant pas ce stress ou ces pulsions responsables de la prise alimentaire excessive et hypercalorique.

4.4. Les idées reçues sur l'obésité

Dans nos résultats, nous n'avons pas ressenti de discriminations ou d'attitudes négatives de la part des médecins envers leurs patients en situation de surpoids ou d'obésité. Les patients n'ont pas non plus parlé d'une forme de discriminations dont ils auraient pu être victimes, mais les médecins ne leur posent pas la question. Alors même que les recommandations HAS sur l'obésité sont de rechercher ces discriminations liées au poids dont le patient aurait pu être victime et qui peuvent fragiliser l'état psychologique du patient. (18) Nous n'avons pas pu interroger les médecins sur leur ressenti vis à vis des patients en situation de surpoids ou d'obésité car cela aurait faussé nos résultats. En revanche, j'ai constaté que les médecins ont tendance à rechercher des erreurs diététiques dès que la question du surpoids est posée, donc indirectement de mettre en cause la responsabilité de leurs patients dans leur surpoids.

Dans la vie quotidienne, les personnes obèses et en surpoids subissent de nombreuses discriminations : certaines formes de discriminations liées au surpoids seraient même plus répandues que celles liées aux origines ethniques (49). Discriminations à l'emploi, à l'école, stigmatisation. La discrimination est une notion complexe qui tient à la fois d'un cadre juridique et aussi de processus psycho-sociaux et sociétaux. (50)

Elle bénéficie d'une définition juridique qu'on retrouve dans le code pénal à l'article 225-1: *“Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée (...).”*(51)

La notion de stigmatisation entraîne une mise à l'écart de personnes en raison de leurs différences considérées comme contraires aux exigences ou aux normes de la société. La discrimination et la stigmatisation de personnes peuvent avoir comme effets dans le domaine de la santé des non-accès aux soins, des retards de soins, des ruptures de parcours de soins et peuvent provoquer un état de santé dégradé et parfois des renoncements aux soins de manière durable. Les stigmatisations sont une forme d'injustice et sont perçues comme de la violence. Cette violence sera d'autant plus importante si elle est répétée dans plusieurs domaines de la vie (emploi/ logement/ école/ santé...) et accompagnée de propos insultants et de micro-agressions. Ces discriminations vont entraîner une baisse de l'estime

de soi, une augmentation de l'anxiété, du stress, de l'autocensure (35) et parfois même des syndromes dépressifs et de l'hétéro agressivité chez ceux qui en sont victimes (50).

Les personnes en situation de surpoids n'échappent pas à ces discriminations par exemple sur le marché de l'emploi être en surpoids est une perte de chance au même titre que d'être d'origine étrangère (52). En effet, les femmes obèses ont 7 fois moins de chance d'avoir un emploi qu'une personne normo pondérée. Plusieurs choses peuvent expliquer les chances diminuées des personnes obèses sur le marché du travail : (52)

- État de santé moins bon (plus de Diabète / plus de maladies cardiovasculaires / moins bonne mobilité) entraîne une anticipation d'une diminution de productivité du travailleur et potentiellement des coûts par l'employeur (arrêts maladies / adaptation du poste de travail).
- Discrimination de la part de certains employeurs : ils peuvent anticiper le fait que la productivité d'une personne obèse soit inférieure et refuser de l'embaucher ou lui proposer un salaire moindre (discrimination statistique) ou bien car ils pensent que leurs clients ou collègues préfèrent avoir à faire à des personnes non obèses (discrimination fondée sur les préférences). (52)

Le surpoids représenterait un manque de contrôle de soi ce qui induirait une infériorité morale. (53) On retrouve aussi ces préjugés dans des revues comme « Le gros » de Dupuy-Berberian ou le personnage est présenté comme « affalé, sale, préférant les écrans à toute autre activité ». (46)

On retrouve donc des idées reçues sur les personnes en situation de surpoids dans tous les domaines de la vie courante : emploi, publicité, médias...Lesquels préjugés se retrouvent aussi malheureusement dans le monde médical. En effet, dans une étude qui questionnait 600 médecins français interrogés $\frac{3}{4}$ d'entre eux reconnaissent avoir une attitude

négative envers les personnes obèses. (47) Dans l'étude de Bocquier faite en Provence, 30% des médecins généralistes disaient des patients obèses qu'ils étaient plus paresseux que les personnes de poids normal. (54)

Ceci n'est pas constaté uniquement en France puisqu'on retrouve les mêmes résultats dans d'autres pays : une étude nord-américaine montre que 50% des interrogés trouvent les personnes en surpoids et obèses plus maladroit, laides, moins compliantes, de faible volonté et paresseuses. Une autre enquête portant sur des médecins généralistes anglais montre qu'ils considèrent les personnes obèses comme moins attrayantes sur le plan sexuel et de moins bonne santé. Les médecins généralistes déclarant avoir une vision négative des obèses sont ceux qui ne sont pas abonnés à une revue médicale et sont donc peut-être moins bien formés. (47)

Une autre étude a analysé le comportement des médecins généralistes avec les personnes obèses en leur présentant des cas cliniques avec des photos des patients : certains patients étaient obèses d'autres non. Face aux photos avec les patients obèses, les médecins déclarent avoir une vision plus négative, moins de patience, vouloir moins les aider car ils pensent que c'est une perte de temps, les consultations sont moins longues et ils apprécient moins leur travail en revanche ils prescrivent plus d'exams complémentaires. (47)

Le corps médical n'échappe donc pas à l'attitude de stigmatisation envers les personnes en surpoids : plaisanteries sur le poids ; rejet de la prise en charge si la personne ne maigrit pas...

De plus les médecins ont tendance à rapporter tous les problèmes de santé des patients en surcharge pondérale à leur surpoids même quand il n'y a à priori aucun lien entre

eux. Le patient doit alors maigrir comme préalable pour accéder aux soins. Prenons comme exemple l'histoire d'une jeune fille de 15 ans consultant un chirurgien orthopédiste pour entorse de genou à la suite d'une chute de ski et qui ressort de la consultation avec une consigne d'aller chez une diététicienne (alors que son IMC est à 24 kg/m²). (47) Des personnes obèses ont même mis en ligne les propos grossophobes de leur médecin : gynécologues, médecins généralistes, endocrinologues... une cinquantaine de professionnels de santé sont dénoncés en ligne pour avoir eu des propos choquants au sujet de leurs patients en surpoids ou obèses comme par exemple « vous allez mourir » ; « préparez-vous à ne jamais avoir d'enfant » (55).

De plus, les personnes obèses ou en surpoids sont moins bien soignées : elles bénéficient de moins de dépistage notamment frottis utérin, cancer colorectal et mammographies, alors qu'elles sont plus souvent atteintes de cancer que la population générale (10) (56).

Les médecins qui se sont spécialisés dans la nutrition ont aussi les mêmes à priori : ils déclarent les patients obèses comme « paresseuses » ; « sans volonté » ... Ce sont les médecins qui sont eux-mêmes en surpoids qui ont un regard moins négatif sur leurs patients obèses (47).

Aux Etats Unis, une campagne de pub, basée sur le modèle d'anti marketing, nommée "Obesity is suicide" a même été financée par le "Northern Bariatric Surgery Institutes" : avec plusieurs affiches mettant en scène des personnes obèses et des aliments gras ou sucrés. Mais bien loin d'une campagne d'information positive, ces affiches sont faites pour choquer. Ainsi, par exemple, une des affiches montre une personne obèse se pendre avec un chapelet de saucisses. L'affiche interpelle tout d'abord par le côté absurde de l'image, puis elle suscite le dégoût, culpabilise les obèses qui se "suicident" en mangeant mal. L'objectif final est de proposer une solution "miracle" qui ne passe aucunement par un accompagnement global

mais par la chirurgie bariatrique, fer de lance de la lutte contre l'obésité (53). Dans cette campagne financée par des médecins, une catégorie de personne est stigmatisée volontairement sous prétexte de "prévention" alors qu'il s'agit d'une promotion de la chirurgie de l'obésité. La barrière entre prévention et discrimination est facilement franchissable, et les médecins probablement pas assez formés, ce que l'on constate sur les sites de dénonciation des médecins "grossophobes".



Figure 3 : Campagne de publicité aux USA financée par le "Northern Bariatric Surgery Institutes"

A travers la littérature on constate que les personnes obèses subissent de nombreuses discriminations. Les publicités, le marché du travail, l'école mais aussi le système de santé... aucun échappe aux préjugés et aux stigmatisations de la société actuelle sur les personnes en situation de surpoids. Ceci a un impact sur la prise en charge médicale

des personnes en situation de surpoids : elles sont moins bien soignées que les personnes normo pondérées (57). Cette stigmatisation de la personne obèse par le personnel soignant favoriserait même la prise de poids, la dégradation de l'état de santé et la dépression (49) (58).

Dans mes observations, les patients ne parlent pas de discriminations qu'ils auraient vécu à cause de leur surpoids, mais celles-ci ne sont pas non plus recherchées par les médecins. Parler spontanément des discriminations et stigmatisations est sans doute compliqué pour ces patients. Les médecins que nous avons observés n'ont pas d'attitudes discriminantes envers leurs patients obèses mais dans notre étude nous avons un biais de recrutement : il s'agissait uniquement de médecins exerçant en QPV voyant plus de personnes avec un problème de poids, ils étaient aussi tous impliqués dans l'enseignement (maîtres de stage des universités) donc peut être mieux formés au problème du surpoids, de la précarité et des discriminations.

Dans la thèse de Baptiste Gault, les patients ne dénoncent pas non plus directement des discriminations liées au surpoids mais ils parlent plutôt de situations d'évitement par peur du regard des autres ; peur très certainement liée à des expériences difficiles, cependant jamais clairement énoncées. Par exemple, beaucoup disent ne jamais se rendre à la piscine ou s'interdire de porter certains vêtements. Il existe donc un phénomène d'autocensure et d'évitement chez ces patients, probablement en réponse à des situations de stigmatisations et discriminations à répétition (35).

4.5. Prise en charge du surpoids par les médecins généralistes

Dans nos résultats nous avons constaté que la prise en charge du surpoids par les médecins généralistes se résume principalement à des conseils diététiques et des recommandations d'activités physiques. Ils adressent leurs patients vers des diététiciens ou infirmière de santé publique quand ceux-ci expriment le souhait d'être accompagnés médicalement dans une perte de poids. Le dispositif "sport santé" est aussi beaucoup utilisé par les médecins dans notre corpus et les patients reçoivent des ordonnances pour pouvoir bénéficier de cette prise en charge. Cependant, il n'y a pas de prise en charge psycho comportementale ; pas de carnet alimentaire ; pas de conseils sur la façon d'acheter ou de cuisiner ; il n'y a pas non plus d'orientation vers un psychologue. (18)

D'autre part les conseils diététiques sont basés sur des interdits : le médecin fait la liste de tout ce que le patient ne doit pas manger. Il traque la « faute » que son patient aurait commise avec des questions fermées type interrogatoire policier, sans pour autant proposer un mode d'alimentation et de vie alternatif. On peut s'interroger sur l'efficacité de tels conseils qui interdisent sans permettre, qui condamnent sans valoriser. Dans l'analyse du vocabulaire on observe que les mots utilisés par les médecins pour parler diététiques sont très négatifs : "faut pas" ; "arrêtez" ; "évitez"...

Dans la littérature, on retrouve globalement les mêmes résultats (59). Les moyens thérapeutiques pour faire maigrir les patients sont des injonctions à : réduire les apports caloriques, réduire les graisses, les grignotages et les boissons sucrées et augmenter

l'activité physique en priorité devant la prise en charge psycho comportementale (60).

Dans une étude faite en Angleterre on retrouve les mêmes résultats mais l'étude a porté sur la prise en charge par les acteurs de soins primaires (médecins généralistes et infirmières) de patients atteints d'hypercholestérolémie modérée : une part importante des interrogés n'ont donné que des conseils négatifs : ils ne disent pas ce que le patient a « le droit » de manger mais seulement ce qui est « interdit » (59). Dans la littérature la consultation de médecine préventive s'apparente même à la confession dans la religion catholique : le patient va « avouer » ses habitudes alimentaires « fautives » au médecin qui va lui infliger des « châtiments » (arrêtez le pain, ne grignotez pas... faites de l'exercice tous les jours...) La prévention prend une dimension morale, sur le schéma de la repentance pour l'absolution des péchés (53).

Le versant de l'activité physique ne fait dans la littérature pas l'objet de prescription mais plutôt de conseils oraux, ce qui diffère des constats que nous avons fait lors de nos observations. En effet, dans nos observations, de nombreux médecins proposent le dispositif sport santé à leurs patients comme partie intégrante de la prise en charge du surpoids et remettent pour cela une ordonnance à leurs patients. Cependant ce dispositif est quasiment exclusivement local (réservé à la ville de Strasbourg) et relativement récent.

Le dispositif Sport Santé a été mis en place à Strasbourg depuis le 5 novembre 2012 et a pour objectif d'encourager une activité physique régulière modérée et adaptée à la santé des malades chroniques pour diminuer les inégalités de santé. Plus de 300 médecins Strasbourgeois a participé au projet. Tout d'abord le médecin généraliste donne une ordonnance au patient puis le patient muni de celle-ci prend contact avec l'équipe de sport santé. Lors du premier rendez-vous un éducateur sportif oriente le patient vers une activité physique qui lui est adaptée selon ses envies et ses pathologies. Puis le patient est revu par des éducateurs sportifs à 1,6 et 12 mois puis tous les 6 mois pour évaluer ses progrès, sa

motivation et le réorienter si besoin. Un médecin coordinateur a pour mission la coordination et le suivi médical. Les personnes éligibles par ce dispositif sont les personnes vivant sur le territoire de Strasbourg, sédentaires et atteintes d'une des pathologies chroniques ci-dessous : obésité (IMC supérieur à 30 kg/m²) ; Diabète de type 2 non insulino dépendant ; maladies cardiovasculaires stabilisées (infarctus, AVC) ; cancer du sein ou du côlon en rémission depuis 6 mois ; SIDA et les personnes fragilisées dans le cadre de la prévention des chutes. La durée maximale du dispositif est de 3 ans : la première année le dispositif est gratuit pour le patient puis la 2ème et 3ème année le prix est basé sur la tarification solidaire, une participation est demandée en fonction du coefficient familial (61).

Depuis le 30 décembre 2016, le Sport Santé a fait son entrée dans l'univers législatif avec un décret qui décrit les conditions de dispensation d'une activité physique adaptée à certaines personnes malades. L'article L. 1172-1 du code de la santé publique prévoit que, « dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ». Le décret précise les conditions dans lesquelles sont dispensées ces activités physiques adaptées et prévoit les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant (62). Toutefois sur le reste de la France le dispositif a du mal à se mettre en route en raison notamment de problèmes de financement (non financé par la CPAM).

On a pourtant vu lors des consultations que la partie sportive de la prise en charge est plus positive que la partie diététique qui ne parle que d'interdit, le vocabulaire utilisé par le médecin y est plus valorisant. Au niveau des rappels téléphoniques des patients en surpoids fait en aval des consultations, on retrouve globalement des avis positifs de la part des patients concernant le sport santé. L'activité physique sur ordonnance semble donc prometteuse pour agir sur les problèmes de poids. D'autant que lors des périodes où nous avons enregistré les

consultations, de nombreux patients nous ont fait la remarque qu'ils souhaitent davantage d'activité sportive accessible pour tous, notamment au niveau des piscines.

Selon les recommandations de la haute autorité de santé sur la prise en charge de premier recours du surpoids et de l'obésité de l'adulte de septembre 2011, les bénéfices sur les comorbidités passent par une réduction du poids de 5 à 15 % maintenue (bénéfice sur le profil lipidique et glucidique, risque de diabète de type 2, handicap lié à l'arthrose, pression artérielle, mortalité) (18). Or on constate que les objectifs des médecins généralistes sont parfois plus élevés avec une réduction de plus de 15% du poids voire un retour à un IMC normal. Ceci va augmenter le risque d'échec et le sentiment d'impuissance des médecins car plus compliqué à atteindre et plus long. (47)

D'autre part, nous avons constaté également dans nos résultats que la question du poids est rarement un motif de consultation premier en médecine générale. En effet, sur toutes nos consultations il n'y a qu'une patiente qui était venue pour parler de sa prise de poids et ceci parce qu'elle était en début de grossesse. Les patients précaires ne viennent globalement pas chez leur médecin traitant pour la prise en charge du surpoids, ou en tout cas ce n'est que rarement le motif invoqué.

Nous retrouvons des résultats similaires dans la littérature (63). Dans une étude faite aux États Unis il a été montré que dans les dossiers médicaux il y avait une diminution du nombre de cas d'obésité notée entre 1994 et 2008 alors que la prévalence augmente de manière importante (63). Il y avait également une diminution des recommandations données aux patient obèses même quand des complications dues à l'obésité étaient déjà présentes. Plus de la moitié de ces patients ne reçoivent aucun conseil (63). Ce qui signifie que les médecins ne le notent plus comme maladie ou facteur de risque, peut-être du fait du sentiment d'impuissance et d'échec qu'ils ressentent face à ce problème. D'autre part, selon une étude australienne la plupart des personnes voulant perdre du poids ne passe pas par

leur médecin généraliste mais mettent en place par elles-mêmes des mesures diététiques et sportives (64).

Une majorité des médecins généralistes français se sent inopérant pour la prise en charge des problèmes de surpoids. Ceci est également retrouvé chez les médecins américains : une étude a montré que 50% d'entre eux se trouvent inefficaces pour prescrire des programmes de perte de poids et que seuls 14% d'entre eux se sentent compétents. (47)

Le sentiment d'impuissance des médecins face au problème de l'obésité provoque un évitement de leur part à ce sujet et ils n'en parlent quasiment pas en consultation. Les patients ressentent certainement cette impuissance et ce désintérêt et sollicitent peu leur médecin sur la question. Ce sentiment d'impuissance est généré par un manque de connaissances des médecins généralistes sur la nutrition, un manque de temps pour réaliser des consultations dédiées à chaque patient et une absence de cotation spécifique de consultation dédiée poids (65) (48) (60).

Une piste quant à la prise en charge de l'obésité par les médecins généralistes seraient d'abord de réaliser un partenariat avec le patient en recherchant sa perception du problème et sa motivation au changement. Le modèle de l'entretien motivationnel déjà utilisé pour le sevrage tabagique pourrait être utile dans la gestion du surpoids. (38), (66) (67)

D'autre part, une prise en charge pluridisciplinaire avec des acteurs comme des psychologues, nutritionnistes, diététiciens et des groupes de patients en surpoids ou obèses devrait être développée, ainsi qu'un suivi des patients sur le long terme. Une formation plus spécialisée sur la gestion du poids mettant l'accent sur les techniques comportementales et la façon d'aborder des sujets sensibles sans nuire à la relation médecin patient est également nécessaire. (18), (68), (69)

Dans la thèse de Marine Daïnotto, qui parle de la prise en charge de l'obésité par les

médecins généralistes du point de vue des patients, on retrouve globalement les mêmes résultats : les patients disent avoir reçu des conseils d'activité physique avec parfois des ordonnances de sport santé, ou bien juste des conseils oraux d'activité physique avec plutôt des retours positifs de leur part. On retrouve également la notion de conseils alimentaires mais avec en la matière plus de difficultés à avoir des résultats, et des retours plus négatifs selon les patients. Enfin, certains sont adressés à d'autres professionnels de la santé comme nutritionnistes, diététiciens ou encore chirurgiens bariatriques.

4.6. Les freins à la prise en charge de l'obésité en médecine générale

Dans nos résultats nous avons vu que les médecins et les patients évoquent en consultation comme obstacle à la prise en charge du surpoids essentiellement des problèmes de douleur ou de maladie empêchant la pratique sportive, un manque de temps pour pratiquer une activité sportive, un manque de connaissance en diététique et des problèmes financiers. Les pulsions et les envies ont été également évoquées comme difficultés à la perte de poids.

Nous n'avons pas pu dans notre étude interroger les médecins généralistes à part, pour avoir leur ressenti sur la question (par volonté de ne pas biaiser les observations ultérieures).

Mais dans la littérature, lorsqu'on interroge les médecins les freins évoqués sont différents. Selon une étude faite en Haute Vienne sur 200 médecins généralistes dont 34%

ont répondu, les 5 premières difficultés à la prise en charge étaient liées au patient : (70)

- mauvais suivi des conseils d'activité physique pour 94% d'entre eux.
- manque de motivation pour 92,6% d'entre eux.
- mauvais suivi des conseils de diététiques pour 91,1% d'entre eux.
- présence de troubles du comportement alimentaire pour 83,8% d'entre eux.
- mauvais suivi des conseils psychologiques pour 72% d'entre eux.
- 58,8% d'entre eux se sentent inefficaces.
- 52,9% d'entre eux n'ont pas assez de temps.
- 50% pensent ne pas avoir assez de formation.
- 28% ne sont pas intéressés par l'obésité.

(70)

Une autre étude montre que le frein majeur selon les médecins généralistes à la prise en charge de l'obésité est le manque de compliance ou observance des patients. Ceci relève aux yeux des praticiens d'un manque de motivation et de volonté et participe à augmenter le sentiment de culpabilité et de honte et la mauvaise estime de soi du patient. (47) (68)

Une troisième étude faite par questionnaire envoyé à 150 médecins du département de la Meuse retrouve globalement les mêmes résultats : 53,3% d'entre eux ont répondu que les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'obésité sont le manque de motivation et/ou de compliance du patient, les contraintes de temps et de déremboursement et le sentiment d'inefficacité des soignants ensuite. (71)

Au niveau des rappels téléphoniques que nous avons réalisé chez les patients dans la thèse de Baptiste Gault, les freins à la prise en charge de l'obésité sont principalement des problèmes ostéoarticulaires et maladies cardiovasculaires qui restreignent la pratique

d'activité sportive. Puis de manière plus isolée on retrouve des soucis psychologiques à type d'anxiété, des problèmes financiers (manque d'argent pour pratiquer une activité sportive), l'absence de temps pour pratiquer une activité physique. Certains patients soulignent qu'ils ont des problèmes plus prioritaires comme des deuils dans la famille, des divorces... et le problème du poids est alors mis au second plan. Une patiente souligne que les efforts mis en place pour perdre du poids n'étaient pas à la hauteur des résultats qui eux étaient minimes : elle souhaiterait perdre plus de poids mais se sent impuissante.

Une autre étude posait la question aux patients obèses des difficultés qu'ils identifiaient dans la prise en charge de l'obésité : selon les patients les principales difficultés sont le manque de motivation pour pratiquer une activité physique (59,8% des cas), et à suivre les conseils diététiques (59,1%), le manque de temps pour l'activité physique (43,4%), le non-remboursement des consultations diététiques (43,2%). Ils proposaient comme solutions de rembourser les consultations diététiques, développer des structures d'activité physique pour obèse, des ateliers d'éducation nutritionnelle, des centres de prise en charge de l'obésité. (72)

D'autre part comme notre étude s'est déroulée uniquement en QPV, nous avons retrouvé des freins liés exclusivement au statut précaire des patients. Pour une patiente, le sport proposé par le médecin était trop onéreux pour elle : l'aspect financier est donc aussi une difficulté à prendre en compte. Le fait que beaucoup de patients viennent accompagnés d'un traducteur souligne une autre difficulté : la barrière de la langue. Beaucoup de patients présentent des difficultés pour s'exprimer en français : ils sont obligés de se faire accompagner lors des consultations mais ceci complique la prise en charge pour le médecin : mauvaise compréhension (avec souvent des traducteurs qui ne traduisent pas totalement à l'identique et qui interfèrent dans la consultation) ; manque de confidentialité ; gêne à la relation médecin-patient. On a aussi remarqué que certains patients précaires avaient peur

de maigrir alors même qu'ils présentaient des IMC élevés : pour certains l'embonpoint représente un signe de bonne santé et le fait de perdre du poids est plutôt perçu comme un signe de maladie pourvoyeur de stress et d'anxiété chez ces patients. Il existe donc des différences de représentations entre médecin et patient précaire. Dans les populations précaires perdre du poids fragiliserait même le corps et en prendre soin passerait par l'abondance alimentaire qui vient reconstituer la force de travail et l'embonpoint (73).

Ces difficultés sont retrouvées également dans la littérature.

La France est l'un des pays où les inégalités en termes d'obésité et de diabète sont les plus prononcées. Selon l'enquête nationale OBEPI 2012, l'obésité était 1,7 fois plus élevée chez les personnes vivant avec un revenu mensuel net inférieur à 900 euros que dans la population générale (25,6% versus 15%) et 3,65 fois plus élevée que dans les ménages vivant avec plus de 5300 euros nets par mois. (77) Ces inégalités ont tendance à augmenter : la proportion d'enfants obèses a diminué pour les enfants de cadres puisqu'elle a été divisée par deux par contre pour les enfants d'ouvriers elle a augmenté, passant de 5,1% à 6,1%. (77) D'autre part si on regarde la mortalité toute cause confondue dite « prématurée » (mort avant 65 ans) celle-ci a diminué en France de manière globale mais si on compare dans la population générale il y a eu une forte augmentation de l'écart des inégalités sociales. Pour les hommes l'indice relatif d'inégalités est passé de 3,53 au cours de la première vague de recensement de cette étude à 6,54 pour la dernière vague de recensement. Pour les femmes l'indice est passé de 1,94 à 3,88 (77). Mais pourquoi observe-t-on tant d'inégalités sociales en matière de santé ?

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes en situation précaire accumulent de nombreuses difficultés par rapport à l'accès aux soins et à la santé : tabagisme/déséquilibres alimentaires/ sédentarité, conditions de travail et d'habitat défavorables. (77)

Les difficultés liées aux quartiers en termes de nutrition sont multiples :

En premier, on retrouve des difficultés financières. Plus le revenu total du ménage est bas plus la part du budget consacré à l'alimentation est forte, pour une valeur absolue qui reste pourtant très inférieure à celle relevée dans les ménages à hauts revenus. En France en 2006 le budget alimentaire par mois et par personne étaient de 236 euros pour les ménages les plus riches et seulement 130 euros/mois/personne pour les plus pauvres ce qui représentent pour eux presque le tiers de leur budget total. Le prix est le premier critère de choix en termes d'alimentation chez les personnes les plus modestes, le goût est aussi souvent un critère de choix. La priorité est d'abord de manger à sa faim, avant de pouvoir "bien" manger. Le problème est que le plus souvent les produits les moins chers ne sont pas les meilleurs pour notre santé (77). C'est ainsi que les foyers les plus modestes consomment moins de fruits et légumes, moins de poissons, moins de produits laitiers et de viande que le reste de la population générale (77).

Deuxièmement, on retrouve des difficultés liées à l'environnement. En effet, des difficultés d'accessibilité à des aliments sains ainsi qu'à des lieux pour pratiquer une activité physique pourraient également expliquer ces disparités en termes de nutrition et de santé. Une étude faite en France sur 3327 jeunes collégiens de 12 ans scolarisés dans des collèges du Bas-Rhin a montré que le fait de vivre dans un quartier où l'accessibilité géographique à des magasins d'alimentation et à des lieux d'activité physique étaient faibles multipliait presque par 2 le risque d'être en surpoids, mais seulement chez les enfants d'ouvriers et non dans les autres classes socioéconomiques. Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes de faible niveau socioéconomique n'ont pas forcément de voitures et sont donc plus dépendantes de leur environnement immédiat, tandis que les classes plus favorisées peuvent aisément se déplacer pour trouver les infrastructures qui leur manquent à domicile (77).

En troisième point, des facteurs psychosociaux peuvent aussi expliquer ces inégalités de santé. L'isolement, la déstructuration sociale, moins d'importance accordée à la santé ou une autre vision de ce qu'est la santé, un niveau d'éducation moins important, des informations nutritionnelles mal comprises, perçues négativement ou économiquement hors de portée, une mauvaise estime de soi, une tendance à vivre au jour le jour ou encore une plus grande sensibilité à la télévision sont des facteurs influençant la santé des populations précaires. L'achat d'aliments vus à la Télévision permet "l'intégration" en partageant les mêmes normes que le reste de la population. (77) Et puis la définition de « bonne santé » n'est pas la même chez les personnes de bas niveau socioéconomique que chez les personnes plus riches. En effet, dans les classes plus modestes la bonne santé s'apparente à la bonne chair et au surpoids et les aliments sains seraient les aliments qui "nourrissent", donc avec apport calorique important. (27) Les aliments sont choisis également pour faire plaisir aux membres de la famille pour atténuer les soucis quotidiens. Les enfants doivent manger en quantité importante et ce qu'ils aiment. Les recommandations nutritionnelles actuelles de santé publique ne sont pas toujours adaptées aux populations précaires car ne répondent pas à cette exigence de goût et de plaisir recherchée. (27)

4.7. La consultation de médecine générale traitant du poids

J'ai constaté dans mon corpus de consultations que le sujet du poids est très rarement abordé en consultation et lorsqu'il l'est, il n'est pas souvent abordé de front : ce sont des analyses de résultats para cliniques qui permettent de parler du poids ou de diététiques, la pesée permet aussi d'ouvrir le sujet du poids. Il semble que les médecins ne se sentent pas légitimes sur la question du poids et préfèrent parler avec leurs patients de sujets perçus comme plus "médicaux" comme des analyses biologiques perturbées ou bien lorsqu'ils ont des chiffres objectifs tels que les IMC. On ressent parfois une certaine gêne de la part des médecins lorsqu'il s'agit d'aborder ce sujet de but en blanc avec leurs patients, peut être par peur de les vexer. On retrouve des résultats similaires dans une étude où les médecins disaient se sentir légitimes à parler du poids uniquement lorsqu'il y avait des complications liées au poids telles que diabète/ HTA... ou quand l'IMC était très élevé. Sinon, ce n'était selon eux pas un problème médical, donc pas de leur ressort. Ils pensaient également que parler du surpoids ou de l'obésité avec leurs patients pouvaient nuire à la relation médecin-malade, ils utilisaient alors des moyens détournés pour en parler (74) (69).

On a remarqué, d'autre part, une certaine minimisation du surpoids à l'oral de la part des médecins avec l'utilisation de termes comme "un petit peu", "léger". Peut-être ont-ils

encore une fois peur de vexer leurs patients et de nuire à la relation médecin-patient. Ou bien ne veulent-ils pas inquiéter leurs patients. On retrouve cette tendance à la minimisation dans l'étude Intermède qui inclut 30 médecins généralistes et 640 patients. La question du surpoids avait été abordée dans 40% des consultations et une sous-estimation du poids a été observée chez les patients eux-mêmes mais aussi de la part des médecins : cette sous-estimation de la part des médecins était cependant plus forte lorsque les patients avaient un niveau socioéconomique plus élevé (75).

Enfin, on constate parfois que le médecin change de sujets ou bien oriente rapidement le patient vers un autre professionnel de santé (souvent l'infirmière ASALEE dans notre étude) lorsqu'il est en demande de conseils vis à vis du surpoids. Cette manière d'éluder la question est peut-être le reflet d'un sentiment d'impuissance ou qu'il ne se sent pas légitime sur le sujet. On retrouve dans une étude qualitative ce constat que le sujet du poids est plutôt délégué aux infirmières de santé publique car les médecins ne pensent pas que la prise en charge de l'obésité ou du surpoids soit de leur ressort, il leur ferait même perdre leur temps. En revanche ils s'assurent qu'une autre personne s'en charge à leur place (ici l'infirmière) (76).

Dans mes résultats, je n'ai pas constaté que le poids est plutôt abordé en fin/milieu ou début de consultation : il peut être abordé à tout moment de la consultation et ceci n'impacte pas vraiment la prise en charge qui reste globalement la même. Le sujet est globalement un peu plus abordé par le médecin que le patient dans mon corpus ceci peut refléter le fait que dans les populations précaires le surpoids n'est pas considéré comme un problème médical mais bien au contraire serait un signe de bonne santé. Ou bien que les patients pensent que le médecin généraliste ne peut pas les aider sur ce sujet.

On voit qu'il existe de nombreuses difficultés à la prise en charge de l'obésité en médecine générale : les médecins ne se sentent pas forcément légitimes pour parler de ce

sujet avec leurs patients, ils ont peur de nuire à la relation médecin-patient qu'ils ont tissé au fil des années, ils se sentent plus à l'aise lorsqu'il existe déjà des complications car leur prise en charge est plus formalisée, plus "médicale" et ils ont probablement moins peur de vexer leurs patients. D'autre part les patients ne viennent globalement pas chez leur médecin traitant pour parler de leur poids. Le premier point vers la prise en charge paraît ici déjà difficile : comment aborder ce sujet en consultation ?

Notre travail est le point de départ d'un projet plus vaste qui tend à améliorer la prise en charge de l'obésité des patients précaires. Il a déjà permis de mettre en place un enseignement complémentaire (EC17) sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité pour les étudiants en médecine en 2ème année (Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 2ème année : DFGSM2) à la faculté de Strasbourg ; par ailleurs, des actions de santé publique vont être réalisées par des étudiants de 3ème année de médecine (DFGSM3) dans le cadre du service sanitaire, en se servant des conclusions des différentes études menées sur le terrain. Enfin, nous avons déjà pu sélectionner des patients experts prêts à s'impliquer dans une démarche réflexive et participative autour de la question du poids et de la santé en QPV.

5. Conclusion

L'obésité est considérée comme un problème de santé publique avec une prévalence en hausse ces dernières années et ceci est encore plus marqué chez les populations défavorisées. Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus facilement accessible et le plus consulté par la population générale tout venant. Il est donc légitime qu'il joue un rôle pilier dans la prise en charge de l'obésité. A travers mon travail, j'ai cherché à savoir comment se déroulent les consultations de médecine générale de patients en situation de précarité où le sujet du poids est abordé au niveau des QPV de la ville de Strasbourg.

Le premier résultat que nous avons mis en évidence est que le sujet du surpoids et de l'obésité n'est pas un sujet courant en médecine générale. Il n'est pas souvent abordé pendant les consultations tout venant, que ce soit de la part du médecin ou des patients. Lorsqu'il est évoqué cela se fait souvent au décours d'analyse de résultats biologiques ou après la pesée du patient mais rarement de but en blanc. Que ce sujet soit abordé au début, milieu ou fin de consultation, la prise en charge reste globalement identique. Les causes du surpoids et de l'obésité évoquées en consultation par les médecins sont principalement le "trop manger", le "mal manger" et le manque d'activité physique, d'autres causes comme des dérèglements hormonaux, du stress ou encore les grossesses sont aussi évoquées mais de façon plus anecdotique. La prise en charge du poids par les médecins généralistes qui en découle est donc basée sur des conseils diététiques et une augmentation de l'activité physique. Ils vont presque à chaque fois chercher les "erreurs" commises par leur patient dès que le sujet du poids est abordé. Les conseils sont donnés sous la forme d'interdits : le médecin énumère aux patients tout ce qu'il n'a pas "le droit" de manger mais ne propose pas d'alternative. Ils adressent aussi facilement les patients à l'infirmière ASALEE (Actions de Santé Libérale En Equipe) quand il s'agit du surpoids.

Concernant la partie activité physique le vocabulaire utilisé est moins négatif et les médecins adressent fréquemment leurs patients au dispositif "sport santé" en leur remettant pour cela une ordonnance. Rares sont les médecins qui parlent conjointement de l'activité physique et des conseils diététiques. Lors de mes observations aucun médecin n'a proposé de prise en charge psychologique, même lorsque le patient identifie clairement le stress comme responsable de son surpoids. La réaction des médecins lorsque le poids est abordé, est souvent une tendance à la minimisation du surpoids de leurs patients.

Pour le versant patient, les causes du surpoids sont également l'alimentation et l'activité physique mais aussi le stress, les difficultés du quotidien. Leurs moyens pour prendre en charge leur poids est de réaliser des régimes, de supprimer certains aliments ou bien de réduire les quantités ingérées, l'activité physique est aussi utilisée. Les freins qu'ils évoquent en consultations sont des problèmes financiers, un manque de temps pour pratiquer une activité physique. Certains patients ont aussi tendance à changer de sujets lorsque le médecin aborde le surpoids et pour d'autres le fait de maigrir est vécu péjorativement car signerait la maladie.

Dans mes recherches bibliographiques, j'ai trouvé des résultats globalement similaires. Le problème du surpoids et de l'obésité n'est pas motif fréquent de consultations en médecine générale et le recensement de l'obésité, phénomène en augmentation, est même paradoxalement en baisse. D'autre part, les médecins utilisent des moyens détournés pour en parler avec leurs patients et minimisent le problème. Tout ceci révèle une gêne du médecin, une peur de vexer leurs patients et de nuire à la relation médecin malade. Les freins à la prise en charge selon les médecins, dans la littérature, sont d'abord liés aux patients : manque de volonté du patient, manque de motivation, mauvais suivi des conseils diététiques et d'activité physiques. Ensuite, on retrouve les causes liées aux médecins : manque de temps, sentiment d'impuissance, manque de formation et absence

de cotations spécifiques de la consultation “poids”. Certains médecins ne considèrent pas l'obésité comme de leur ressort ou seulement lorsqu'il y a des complications déjà présentes. Il paraît donc ici déjà complexe pour les médecins généralistes la première étape de la prise en charge, à savoir : comment aborder le sujet du surpoids avec leurs patients ?

Le fait que pour la plupart des médecins la prise en charge des problèmes de poids reste une balance à trouver entre apports et dépenses, limite la portée de leur action et les restreint à “responsabiliser” les patients : mieux manger et plus bouger. Or, ce discours peut sous-entendre que le patient manque de volonté et de motivation. Il peut donc avoir un effet délétère en favorisant un sentiment d'infériorité et de mésestime de soi que peuvent déjà ressentir les patients en surpoids souvent quotidiennement confrontés à des situations discriminantes et/ou stigmatisantes (moqueries, discrimination à l'embauche, préjugés des professionnels de santé, ...). Le rôle à jouer du médecin dans la prévention est important mais il ne doit pas se faire au détriment du patient. La frontière entre prévention et stigmatisation est facilement franchissable, il faut y être attentif et adapter la prise en charge à chaque patient en tenant compte de son statut socio-économique, de ses représentations, de sa culture mais aussi de ses croyances religieuses.

Cette tâche est vaste et une prise en charge personnalisée à chaque patient serait plus adaptée : commencer par évaluer la motivation qu'a le patient au changement à travers notamment la technique de l'entretien motivationnel qui a fait ses preuves dans la prise en charge du sevrage tabagique et qui permet d'aborder la question sans craindre de nuire à la relation médecin patient. Si le patient ne souhaite pas prendre en charge son surpoids, il faut alors essayer de dépister les complications liées au surpoids et de les traiter. Si le patient dit vouloir prendre en charge son surpoids, il faut essayer de trouver

des solutions tenables dans la durée et adaptées à chacun. Cette prise en charge devrait s'intégrer dans une démarche globale et pluridisciplinaire, notamment avec le développement de la prise en charge psycho comportementale encore trop peu utilisée dans ce domaine. Il faudrait également essayer de mieux former et sensibiliser les médecins généralistes sur la question et faciliter la coordination des soins entre les différents acteurs. Le dispositif sport santé paraît quant à lui prometteur et devrait être plus largement diffusé sur l'ensemble du territoire.

Notre travail a déjà permis de mettre en place un enseignement complémentaire (EC17) sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité pour les étudiants en médecine en 2ème année (Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 2ème année : DFGSM2) à la faculté de Strasbourg ; par ailleurs, des actions de santé publique vont être réalisées par des étudiants de 3ème année de médecine (DFGSM3) dans le cadre du service sanitaire, en se servant des conclusions des différentes études menées sur le terrain. Enfin, nous avons déjà pu sélectionner des patients experts prêts à s'impliquer dans une démarche réflexive et participative autour de la question du poids et de la santé en QPV. Notre travail n'est que le début d'un projet plus large qui vise à trouver des solutions concrètes pour améliorer la santé et le bien être des patients.

VU
Strasbourg, le 25 mai 2020
Président du jury de Thèse
Professeur WEBER Jean Christophe



VU et approuvé
Strasbourg, le 26/05/2020
Le Doyen de la Faculté de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



6. Annexes

Annexe 1 : 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 2 : 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 ¹ <input type="checkbox"/> Ouvrier ² <input type="checkbox"/> Cadre sup., profession intellectuelle ³ <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire ⁴ <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)				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 : Fiche de recueil libre

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

7. 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 JP. Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité. *Obésités*. 1 mars 2009;4:7-16.
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 Francaise Sociol.* 4 déc 2019;Vol. 60(3):457-81.
27. Régnier, Faustine, et Ana Masullo. « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, vol. vol. 50, no. 4, 2009, pp. 747-773.
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. Hsiung L, Supper I, Guérin M-H, Pillot A, Ecochard R, Letrilliart L. Les procédures de soins en consultation de médecine générale : analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. Vo U M E. :8.

41. 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.
42. Loddo C. L'impact de la précarité dans l'obésité dans la filière Surcharge Pondérale du service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition au CHU de Bordeaux. :76.
43. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne: comment travaillent les généralistes [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes_847151
44. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med*. 14 mars 1991;324(11):739-45.
45. O'Rourke RW. Metabolic thrift and the genetic basis of human obesity. *Ann Surg*. avr 2014;259(4):642-8.
46. Vigarello G. L'obésité, mal identitaire, mal sournois. *Esprit*. 2010;Février(2):14.
47. 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>
48. 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.

49. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity « epidemic » and harms health. *BMC Med.* 15 2018;16(1):123.
50. 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
51. Code pénal - Article 225-1. Code pénal.
52. Coudin E, Souletie A. Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire. *Econ Stat.* 2016;486(1):79-102.
53. Peretti-Watel P. De quelques maux de la prévention contemporaine. Le cas de l'obésité et du surpoids. *Cah Nutr Diététique.* sept 2011;46(4):173-7.
54. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in france. *Obes Res.* avr 2005;13(4):787-95.
55. Obèses, ils dénoncent des médecins grossophobes sur un mur de la honte | egora.fr [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/39078-obeses-ils-denoncent-des-medecins-grossophobes-sur-un-mur-de?nopaging=1>

56. Kopp W. <p>How Western Diet And Lifestyle Drive The Pandemic Of Obesity And Civilization Diseases</p> [Internet]. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy. 2019 [cité 15 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.dovepress.com/how-western-diet-and-lifestyle-drive-the-pandemic-of-obesity-and-civil-peer-reviewed-fulltext-article-DMSO>
57. Carof S. Des femmes corpulentes sous contrainte : acquisition et négociation des normes nutritionnelles en France, en Allemagne et en Angleterre. *Année Sociol.* 2017;67(1):107.
58. Phelan SM, Burgess DJ, Puhl R, Dyrbye LN, Dovidio JF, Yeazel M, et al. The Adverse Effect of Weight Stigma on the Well-Being of Medical Students with Overweight or Obesity: Findings from a National Survey. *J Gen Intern Med.* sept 2015;30(9):1251-8.
59. Francis J, Roche M, Mant D, Jones L, Fullard E. Would primary health care workers give appropriate dietary advice after cholesterol screening? *BMJ.* 1 juill 1989;298:1620-2.
60. Fayemendy P, Avodé Z, Pivois L, De Rouvray C, Jésus P, Desport J-C. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? *Cah Nutr Diététique.* 1 sept 2011;46(4):199-205.
61. Ville de Strasbourg - Service promotion de la santé de la personne. Sport Santé sur ordonnance : Rapport d'activité 2016. 2016.
62. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 2016-1990 déc 30, 2016.

63. Yates EA, Macpherson AK, Kuk JL. Secular Trends in the Diagnosis and Treatment of Obesity Among US Adults in the Primary Care Setting. *Obesity*. 2012;20(9):1909-14.
64. Yoong SL, Carey ML, Sanson-Fisher RW, D'Este C. A cross-sectional study assessing the self-reported weight loss strategies used by adult Australian general practice patients. *BMC Fam Pract*. déc 2012;13(1):1-7.
65. Helman A. Nutrition and general practice: an Australian perspective. *Am J Clin Nutr*. 1 juin 1997;65(6):1939S-1942S.
66. Quilliot D, Roché G, Mohebhi H, Sirvaux M-A, Böhme P, Ziegler O. Prise en charge de l'obésité de l'adulte. *Presse Médicale*. 1 sept 2010;39(9):930-44.
67. Strasbourg.eu. Direction de projet politique de la ville-Eurométropole. Egalité urbaine et cohésion sociale. [Internet]. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/egalite-urbaine-cohesion-sociale>
68. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes*. sept 2005;29(9):1100.
69. Dewhurst A, Peters S, Devereux-Fitzgerald A, Hart J. Physicians' views and experiences of discussing weight management within routine clinical consultations: A thematic synthesis. *Patient Educ Couns*. 1 mai 2017;100(5):897-908.
70. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. *Cah Nutr Diététique*. 1 juin 2015;50(3):142-9.
71. Hélas-Lubraniecki S. Management of overweight and obesity: survey of general

practitioners in a rural french county (Meuse); Prise en charge de l'excès pondéral de l'adulte : enquête auprès des médecins généralistes de Meuse. 2014;

72. Pouchard L, Jésus P, Fayemendy P, Desport J c. P136: Évaluation par les patients de la prise en charge (PEC) de leur obésité en médecine générale et suggestions d'amélioration. *Nutr Clin Métabolisme*. 1 déc 2014;28(Supplement 1):S139-S139.
73. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation. *Rev Francaise Sociol*. 1 déc 2009;Vol. 50(4):747-73.
74. Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B, Orzano AJ, Gregory P, Flocke SA, et al. Speaking of weight: how patients and primary care clinicians initiate weight loss counseling. *Prev Med*. 1 juin 2004;38(6):819-27.
75. Afrite A, Dourgnon P, Pascal J, Jusot, F., Lang T, Lombrail P. Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé (Intermède). 2008;
76. Mercer SW, Tessier S. A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health Bull (Edinb)*. juill 2001;59(4):248-53.
77. Darmon N, Carlin G. Alimentation et inégalités sociales de santé en France. *Cah Nutr Diététique*. nov 2013;48(5):233-9.
78. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. Paris: InterEd.; 2016.

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 : FontèsPrénom : Déborah

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 25/05/2020

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

RESUME : L'obésité, problème de santé publique, est plus marquée chez les populations précaires. Le médecin généraliste est le professionnel de santé de premier recours. Ce travail consiste en l'analyse de consultations de médecine générale traitant du poids dans les quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg.

L'étude a permis d'observer des consultations en QPV : chacune a été enregistrée et un questionnaire de précarité a été rempli. Sur 385 consultations de personnes majeurs : 147 étaient précaires et obèses ou en surpoids. Parmi elles, seules 21 consultations traitent du poids.

Les résultats montrent que le sujet du poids n'est pas fréquemment abordé. Il existe une gêne de la part des médecins à l'aborder : le poids est minimisé et le sujet est rarement évoqué frontalement. La prise en charge des médecins repose sur la diététique et le sport, occultant l'aspect psychologique. Les conseils diététiques sont des interdits déconnectés de la réalité. Ils adressent leurs patients vers des infirmières ASALEE et des diététiciennes. Le sport est valorisé, avec le dispositif Sport Santé largement utilisé. Les freins à la prise en charge sont des pathologies contre indiquant la pratique de sport, des problèmes financiers, un manque de temps ou des douleurs.

ABSTRACT : Obesity is a public health issue over-represented among vulnerable populations. General practitioner being in the front line, this thesis studies consultations with general practitioners in targeted underprivileged district of Strasbourg (QPV) in which overweight has been discussed.

We observed 385 grow-up consultations in QPVs, each of these were recorded and patients filled up a precarity form. 147 of them were overweight or obese and precarious ; 21 consultations among this specific population discussed weight.

Our results show that weight is not an usual topic. Practitioners are uncomfortable about this subject, they are used to dwarf the issue and not to talk about it directly. Patient care consists of nutrition and physical activity recommendations, occulting psychological aspects. Nutritional advices are bans, disconnected with the patient material conditions. Practitioners refer patients to dieticians or dedicated nurses. Sport is praised, "Sport Santé" policy is widely used. Disabling pathologies, pain, lack of time and money are impediments to treatment.

Rubrique de classement : D.E.S. Médecine Générale

Mots-clés : surpoids ; obésité ; précarité ; Strasbourg ; médecine générale ; consultation.

Président : Pr Jean Christophe WEBER

Assesseurs : Pr Bertschy Gilles, Dr Chambe Juliette, Dr Jung Catherine, Dr Charton Léa.

Adresse de l'auteur : 7 rue de Saint Dié 67100 STRASBOURG