

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 102

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention D.E.S. Médecine Générale

PAR
GAULT Baptiste
Né le 21 juillet 1988 à Strasbourg

PROJET FETOMP :
LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ
EXPLIQUÉS PAR LES PATIENTS PRÉCAIRES

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

Directrices de thèse : Mesdames Catherine JUNG et Léa CHARTON,
Docteurs 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
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

Edition MARS 2018
 Année universitaire 2017-2018

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



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

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

BAHRAM Séiamak

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)

DOLLFUS Hélène

Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

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

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	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 Haute-pierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	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 Seiamak 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 Haute-pierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépatogastro-intestinal de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01	Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	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 Haute-pierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	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 Haute-pierre	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 Haute-pierre	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-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
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 Haute-pierre 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-Ophtalmologie / 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'Eisau	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'Anesthésiologie-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'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	* Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	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 Ilkirch	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 - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
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
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-Ophtalmologie / 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'Eisau	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'Anesthésiologie-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'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	* Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	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 Ilkirch	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 - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
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 Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	* Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC * Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	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'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	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 Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		* Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAUHAC Benoît P0078	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
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
KEMPF 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
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	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 Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	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 Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	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 Hautepierre	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-vénérologie

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	Gynécologie-Obstétrique ; 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	Hématologie ; 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	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	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	Cancérologie ; 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	Anesthésiologie-réanimation ; 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'Hépto-Gastro-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 Haute-pierre	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 Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; 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'Hépatogastro-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 Haute-pierre	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 Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	* Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	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 Haute-pierre	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; 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) Capi : 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
 (3)
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017
 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable -> 31.08.2017
 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année)--> 31.08.2017
 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année)--> 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 Hautepierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • 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 Hautepierre	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	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER 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
PFÄFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRÄMM 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 Hautepierre	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 Hautepierre	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 Hautepierre	47.01 <u>Hématologie</u> ; 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 Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

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

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	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)
BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
 - o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
 - o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
-

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

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

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

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

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	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) / 01.09.97	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.

Admis 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.

Respectueux et reconnaissant 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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Merci au Professeur Weber d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté de consacrer une partie de leur temps à juger mon travail.

Merci à l'ensemble des médecins et à leurs patients ayant accepté de participer à l'étude et de nous permettre de réaliser ce projet.

Merci à Léa Charton, Catherine Jung, Christian Bonah pour l'encadrement de notre travail.

Merci aux traducteurs, à Vincent pour les retranscriptions, à Laurène pour sa relecture et ses conseils précieux, à Sylvie pour la correction de l'ouvrage.

DÉDICACES

À Déborah, avec qui, en plus de mon travail de thèse, j'ai décidé de partager ma vie. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

À mes parents, Danielle et Yves, pour l'éducation et l'amour que vous m'avez apporté et qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

À mes sœurs Marion et Juliette, qui m'avaient toujours supporté, dans tous les sens du terme.

À mes grands-parents, François, Yvonne, Mamé et tout particulièrement Papé, une étoile qui continue d'éclairer ma vie.

À mes amis, Alexis, Anthony, Cédric, Chloé, Gregory, Guillaume, Marion, Mickael, Maxime, Ornella, Stefka...

À mes amis des bancs de la faculté, Boris, Flavien, Florent, Quentin, Nadège...

Table des matières

Liste des abréviations.....	20
Liste des documents annexés.....	22
Liste des illustrations.....	22
Figures.....	22
Tableaux.....	23
1.Préambule.....	23
2.Introduction.....	23
2.1. La vision du poids : Histoire d'un changement de paradigme.....	26
2.2. L'obésité « problème de santé publique » : un choix politique fait au nom d'une « urgence sanitaire »	31
2.3. L'IMC : Un indicateur parfait ?.....	34
2.4. L'enjeu de l'obésité en France : de la construction des campagnes de prévention à un constat d'échec socialement situé	37
2.5. Le projet FETOMP (Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire) 40	
2.6. Mon travail en particulier au sein de FETOMP	43
3.Matériel et méthode.....	44
3.1. Première étape : la recherche bibliographique	44
3.2. Deuxième étape : l'observation de consultation.....	45
3.3. Troisième étape : les rappels téléphoniques.....	49

3.3.1.	Choix du rappel téléphonique.....	49
3.3.2.	Guide d'entretien des rappels téléphoniques	50
3.3.3.	Déroulement des rappels	52
3.4.	Travail d'analyse des données.....	52
3.5.	Procédures réglementaires et financements.....	54
4.	Résultats	55
4.1.	Ressenti du travail.....	55
4.2.	Diagrammes de flux de l'étude.....	59
4.2.1.	Sélection lors des consultations	59
4.2.2.	Sélection lors des rappels téléphoniques	60
4.3.	Présentation des échantillons	61
4.3.1.	Profils des médecins	61
4.3.2.	Profil des patients	62
4.4.	Histoire et perception du poids.....	65
4.5.	Causes du surpoids et de l'obésité selon les patients	73
4.6.	Conséquences du surpoids et de l'obésité selon les patients.....	98
4.7.	Motivations à la perte de poids des patients	110
4.8.	Objectifs de perte de poids des patients	118
4.9.	Actions menées par les patients	121
4.10.	Obstacles à la perte de poids selon les patients	140
5.	Discussion	158
5.1.	Les limites de notre étude	158
5.2.	Les forces de notre étude	162
5.3.	Comparaison des résultats entre nos thèses	164

5.3.1.	Thèse de Déborah Fontes : Analyse de consultations de médecine générale traitant du poids en QPV	164
5.3.2.	Thèse de Marine Dainotto : Prise en charge de l'obésité chez des personnes précaires par le médecin généraliste : qu'en pensent les patients ?	165
5.4.	Comparaison à la bibliographie.....	166
5.4.1.	L'identité sociale, à la fois cause et obstacle.....	166
5.4.1.1.	Représentation de la corpulence dans les milieux précaires.....	166
5.4.1.2.	Représentation de l'alimentation (abord sociologique).....	171
5.4.1.3.	Représentation des normes sociales et recommandations	175
5.4.1.4.	Vivre en QPV, facteur d'inégalités	177
5.4.2.	L'alimentation et les régimes, lorsque la solution devient un régime	179
5.4.3.	Les troubles psychologiques : causes, conséquences et obstacles	190
5.4.4.	L'activité physique, bénéfique, mais pour quel objectif ?	198
5.5.	Ouverture	207
6.	Conclusion.....	209
7.	Annexe	213
8.	Bibliographie	217

Liste des abréviations

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail

ARS : Agence Régionale de Santé

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'Examens de santé

CIM : Classification internationale des maladies

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

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

DMG : Département de Médecine Générale

ECOGEN : Eléments de la COnsultation en médecine GENérale

ENNS : Étude Nationale Nutrition Santé

EPICES : Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES

FETOMP : Formation à l'Éducation 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

INSEE Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MET : Metabolic Equivalent of Task

NIH : National Institutes of health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPV : Observatoire National de la Politique de la Ville

PNNS : Plans Nationaux Nutrition Santé

QPV : quartiers prioritaires de la politique de la ville

Liste des documents annexés

Annexe 1 : questionnaire d'évaluation de précarité EPICES

Annexe 2 : grille ECOGEN

Annexe 3 : Fiche de recueil libre

Annexe 4 : Guide d'entretien téléphonique

Liste des illustrations

Figures

Figure 1 : Tableau de Rubens (1620) : "La chute des damnés".....27

Figure 2 : Rapport entre l'IMC et le ratio de mortalité (Rapport OMS).....35

Figure 3 : Schéma récapitulatif des causes du surpoids98

Figure 4 : Schéma récapitulatif des conséquences du surpoids.....110

Figure 5 : Schéma récapitulatif des actions menées par les patients.....140

Figure 6 : Schéma récapitulatif des obstacles à la perte de poids.....156

Figure 7 : Schéma récapitulatif : le cercle vicieux du poids.....158

Figure 8 : Cercle vicieux pondéral selon Le Barzic.....197

Tableaux

<u>Tableau 1</u> : Diagramme de flux des consultations.....	59
<u>Tableau 2</u> : Diagramme de flux des rappels.....	60
<u>Tableau 3</u> : Récapitulatif des médecins.....	61
<u>Tableau 4</u> : Récapitulatif des patients.....	63

1. 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.

2. 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* » 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 !* » ¹. Elle console sa petite, ce n'est pas grave, il faut laisser les imbéciles parler ... Mais dans sa tête c'est décidé, elle va perdre du poids !

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

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

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 ».

« 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* »¹. Dans les comptes rendus de consultation de cardiologie, il est très fréquemment écrit : « *J'ai encouragé le patient à perdre du poids* »¹. 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* »¹. 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 incrédules des médecins attaqués, on entrevoit déjà un problème de sémantique : il semble exister une incompréhension entre les médecins et leurs patients, il y a des divergences sur la définition même du surpoids comme « maladie ». Ainsi, la frontière entre prévention, agression et maltraitance est ténue.

2.1. 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 boursofflures, 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, "La chute des damnés" (1620)

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 cardio-vasculaires et c'est en 1983 que l'obésité est

reconnue comme un facteur de risque indépendant (7). L'obèse est dès lors accusé de négligence personnelle qu'il conviendra de lui faire payer en augmentant ses cotisations d'assurance maladie.

Suite à ces études on s'aperçoit que grâce à l'évolution de la société (conditions de vie ...) et de la recherche médicale (commercialisation des antibiotiques notamment), les pathologies chroniques prennent le pas sur les maladies aiguës infectieuses comme cause première de mortalité précoce, ce que la santé publique décrit comme une transition épidémiologique. En même temps, la disparition des guerres et des famines dans les pays occidentaux industrialisés post 1945 et l'industrialisation agro-alimentaire établissent une abondance alimentaire sans précédent dans cette aire géopolitique. Paradoxalement, plus l'accès à la nourriture est facilité et plus la mode est à la minceur.

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

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

L'obésité était définie comme une maladie dans la classification internationale des maladies n°9 (CIM9) datant de 1977, elle est également présente dans les révisions de la CIM n°10 (1993) et n°11 (2019) (9). Mais elle devient réellement « maladie » aux yeux du public lorsque l'OMS la qualifie en 1997 de « maladie chronique » et parle pour la première fois « d'épidémie mondiale » (10). Cette épidémie est considérée comme particulièrement inquiétante dans les pays développés dont les gouvernements définissent alors l'obésité comme un « problème majeur de santé publique ». Cette décision a entraîné en France la mise en place de politique 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 problème d'inégalités sociales.

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

2.2. 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 cardio-vasculaires et endocriniennes (Diabète non insulino-dépendant, HTA, AVC, infarctus du myocarde, athérosclérose, insuffisance cardiaque...), de cirrhoses non alcooliques, de nombreux cancers (11), de pathologies rhumatismales (gonarthrose, coxarthrose) (12) et de symptômes dépressifs secondaires à la stigmatisation (13).

Selon l'OMS, 2,8 millions de personnes au moins décèdent chaque année de pathologies pour lesquelles l'obésité est reconnue comme facteur de risque. En 2009, une étude américaine portant sur 900 000 personnes retrouve que pour un IMC compris entre 40 et 45 kg/m², la survie médiane est réduite de 8 à 10 ans, des effets comparables à ceux du tabagisme (14). Une méta-analyse de 2016, regroupant 239 études et plus de 10 millions de participants sur 4 continents, montre que la mortalité

est la plus basse pour un IMC entre 22,5 et 25kg/m², elle augmente dès le grade de surpoids et atteint un risque relatif de 1,94 pour une obésité de grade 3. Elle montre aussi des variations plus importantes chez les hommes et les personnes jeunes, mais pas de différence selon l'origine géographique (15). Soulignons que ces mêmes études ont également 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 aiguë et chronique, la surcharge pondérale et l'obésité légère à modérée semblent associées à une amélioration substantielle de la survie comparativement au poids normal. Nommés « paradoxe de l'obésité », ces situations interpellent les chercheurs et les incitent à poursuivre leurs explorations pour en comprendre les mécanismes.

Dans son rapport de 2012, la HAS place le médecin généraliste comme acteur principal de la prise en charge du surpoids, intervenant de premier recours. 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. » (18)

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.

2.3. 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.

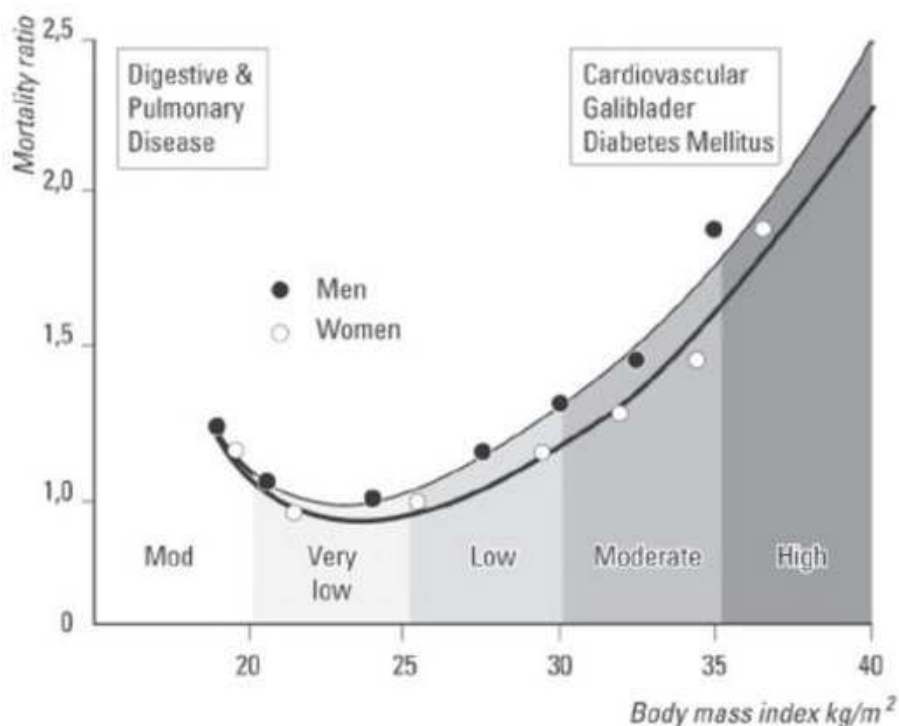


Figure 2 : Rapport entre l'IMC et le ratio de mortalité (rapport OMS)

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 est susceptible de faire basculer l'autoreprésentation du sujet de personnes en bonne santé à obèse et malade sans que sa condition biologique ne varie, par une simple opération mathématique de division. L'absence d'apprentissage d'un regard critique sur cet indicateur conduit à une construction normative de classes de corpulence, de « normo-pondéral » à « obésité morbide », qui devient une identité sociale, donnant la bénédiction à toute forme de stigmatisations et de discriminations des corps déviants de la norme. Ainsi, dans son livre « Sociologie de l'obésité » JP Poulain explique qu'« en se vulgarisant et en se diffusant dans le corps social, les classes d'indice de masse corporelle tendent à se transformer en normes sociales de corpulences « acceptables », « désirables » ou « déviantes », soutenant ainsi le processus de stigmatisation » (4).

2.4. 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), qu'en est-il de la situation en France ?

À partir de la fin des années 70, dans l'ensemble des pays développés, obésité et surpoids vont progressivement devenir un problème de santé publique. Au contraire, la France semble dans un premier temps particulièrement protégée de cette problématique, à tel point qu'on parlait d'un « paradoxe français », puisqu'on observe une plus faible propension au surpoids dans l'ensemble de la population malgré un investissement culturel fort dans l'art de la cuisine et des repas gastronomiques.

Cependant, le phénomène de l'obésité et du surpoids gagne le pays dans les années 1990 et devient même progressivement un des principaux enjeux de santé publique pour les autorités sanitaires. Actuellement, près de la moitié de la population française est concernée par un excès de poids (recensement Obépi de 2012) (24,25).

La sociologue C. Boubal retrace le processus de la construction de l'obésité comme problème de santé publique en France et dans l'Union européenne (26). La France prend en 2000 la présidence tournante du Conseil de l'Union européenne et doit donc mettre en avant des thèmes phares d'action publique. Dans un contexte où l'OMS commence à alerter sur la question du surpoids et où la crise alimentaire de la "vache folle" a frappé les esprits, l'alimentation semble porteuse et susceptible d'actions vues comme "positives" pour l'Union Européenne. La médicalisation internationale de l'obésité fournit un argument pour faire sortir cette question de la sphère privée et la porter au niveau des représentations collectives : c'est désormais un enjeu de santé publique, sur lequel le politique se doit d'intervenir.

L'auteure s'interroge ensuite sur la pertinence de campagnes nationales de préventions qui cherchent à mobiliser la responsabilité individuelle des mangeurs, alors que les déterminants du surpoids révélés par les études sont très majoritairement structurels. Deux ministères sont en charge de la question de l'obésité et de sa prévention à travers les différents Plans Nationaux Nutrition Santé (PNNS) qui s'enchaînent depuis 2001 : le ministère de la Santé et celui de l'Agriculture. Pour les responsables politiques, les campagnes de prévention doivent être consensuelles, prévenir sans froisser les acteurs industriels ; elles sont donc soumises à un système de contraintes peu conciliables. Cette action politique est qualifiée par C. Boubal de "*L'art de ne pas gouverner les conduites*". L'objectif fixé pour l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), en charge de développer ces campagnes

de prévention, est de « *transformer une norme de prévention en un mode d'épanouissement personnel* » (26) plutôt que de pointer du doigt des produits agro-alimentaires identifiés comme obésogènes. Cela a abouti entre autres au slogan « *mangez 5 fruits et légumes par jour* » qui a l'avantage d'être un message à la fois positif et qui favorise la consommation, dans l'intérêt de l'industrie agro-alimentaire.

Les sociologues F. Régnier et A. Masullo montrent en outre que ces messages de prévention ne sont pas reçus de la même façon en fonction des classes sociales : les classes supérieures vont s'approprier les normes et les diffuser alors que les « précaires » y sont indifférents (27). Or, on relève un constat épidémiologique majeur : l'obésité est socialement située. Toutes les enquêtes montrent que le taux d'obésité est inversement proportionnel à la place dans la hiérarchie socio-économique, et ce de manière encore plus marquée chez les femmes (4,28–33). Sur ce sujet, les inégalités sociales de santé s'observent tout particulièrement dans certains quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). La distribution des différentes corpulences dans l'espace social, loin d'être aléatoire ou uniquement héréditaire, est liée aux conditions de vie : ceux qui occupent les positions sociales les plus précaires ont toutes les chances d'avoir un corps plus éloigné du « corps légitime » (27,34). L'écart entre le corps qui « est » et le corps qui « devrait être » augmente à mesure que l'on s'enfonce dans la précarité, en particulier dans les quartiers défavorisés où elle est la norme. L'adhésion à la thèse du surpoids comme problème de santé publique est d'autant plus facile pour l'opinion publique qu'elle conforte les représentations corporelles dominantes, issues des classes bourgeoises et favorisées. Cette valorisation d'un éthos de classe de la minceur peut s'interpréter comme l'instauration, ou le renforcement, d'une violence symbolique corporelle à l'égard des populations pauvres : leur place dans l'espace public est d'autant moins

légitime que leur apparence est devenue le témoignage d'une supposée "faute morale", discréditante et discréditée.

Au-delà du fait sanitaire, le problème public de l'obésité ou de la sédentarité est intriqué dans une définition sociale et morale du « bon poids » ou de la bonne apparence physique qui dépasse l'enjeu de la santé. Déroger au poids "normal" dans l'espace public est sujet à discrédit, c'est un stigmat² qui justifie un "*empiètement de l'espace personnel*" des personnes grosses de la part d'anonymes normo-pondérés qui ne font pas partie du corps médical, et ne sont donc aucunement dépositaires d'un "devoir de prévention", s'autorisant à les réprimander ou à les "conseiller" sans sollicitation (35). Autant de micro-agressions stigmatisantes qu'on n'observe pas, ou très peu, pour d'autres conduites à risque telle que le tabagisme. Se pose alors la question de la spécificité du surpoids et de l'obésité, de son articulation en tant qu'enjeu sanitaire, moral et de représentation sociale.

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

Le poids, le rapport au corps, l'obésité sont des sujets abondamment traités en sociologie. En revanche, en médecine, les études restent centrées sur les conséquences bio-médicales de l'obésité ; les médecins se sentent investis d'un rôle prévention « à tout prix » : responsabiliser le patient pour qu'il soit « acteur de sa

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

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'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire), il a été imaginé en 3 phases :

- FETOMP 1 s'intéresse aux consultations de médecine générale en QPV et a donné lieu à 5 thèses de médecin générale : Qui consulte ? Pourquoi ? Quelle est la place du poids dans la consultation ?
- 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 a donné lieu à 5 travaux de thèse de médecine générale.
- FETOMP 3 est la partie finale du projet qui s'attachera à mettre en action les enseignements retirés des 2 premières phases : enseignements complémentaires à destination des étudiants en médecine, établissement de liens avec des « habitants relais » des QPV pour échanger sur la question du poids et faire émerger des pistes d'actions issues du terrain.

Ce projet propose de ne pas limiter les facteurs de la production sociale du (sur)poids à la dimension évidente des habitudes alimentaires ou de l'activité physique et sportive ; mais de traiter ces deux dimensions comme des éléments d'un système

global de pratiques et de croyances qui s'auto-alimentent et définissent le style de vie d'un groupe.

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

2.6. Mon travail en particulier au sein de FETOMP

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

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

Mon travail personnel s'inscrit dans le projet FETOMP cherche spécifiquement à comprendre ce que pensent les patients précaires ayant des problèmes d'excès de poids, de leur situation pondérale, des causes et conséquences perçus, des moyens et des obstacles à leur prise en charge.

3. Matériel et méthode

3.1. Première étape : la recherche bibliographique

La recherche bibliographique a essentiellement été menée en amont de notre travail de récolte de données pour la thèse de Mathieu Burger, « Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux : apports d'une revue de la littérature systématique et descriptive » (40), et le mémoire de Laurent Vaudevire « Prise en charge de l'obésité en médecine générale : apport d'une revue de la littérature en S.H.S » (41). Cette recherche a été réalisée dans 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.

Notre étude étant dans la continuité, je me suis servi de leur travail comme socle. Puis, j'ai effectué des recherches bibliographiques adaptées aux résultats de mon travail. J'ai utilisé pour cela les bases de données de PubMed et Science Direct pour les études médicales et celle de CAIRN pour les études sociologiques.

Nous nous sommes également servis du logiciel de référencement Zotero, qui permet aussi une mise en commun des recherches bibliographiques respectives.

3.2. Deuxième étape : l'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 sur le matériel récolté.

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive, 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 transcripteur, de traducteurs et d'un statisticien.

Nous avons contacté les médecins de Strasbourg travaillant dans les 13 QPV de la ville. Initialement nous n'avons inclus que des médecins ne connaissant 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, de la Laiterie et de la Cité de l'III.

Les seuls critères de sélection des médecins étaient : d'être thésé, d'exercer dans un QPV de Strasbourg et d'accepter d'être observé et enregistré pendant 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.

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

- Le score EPICES (annexe n°1)
- La grille ECOGEN, dont certains items ont été ajustés à notre étude (annexe n°2)
- Une grille de recueil libre à visée qualitative permettant de noter les impressions de l'observateur, les informations non sonores, l'estimation de la corpulence, la communication non verbale (annexe n°3)
- 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 score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) est un score individuel de précarité de 11 questions prenant en compte différentes dimensions : la situation sociale, le logement, la situation du ménage, les difficultés financières, les loisirs et l'entourage. Son score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). 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) (Annexe n°1)

Le questionnaire ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GÉNÉrale) 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 ayant lieu entre décembre 2011 et avril 2012. Elle a recueilli des données sur plus de 20 000 consultations (43). Différents items sont à remplir à l'aide de la Classification Internationale des Soins Primaires CISP-2. La CISP a été développée par l'Organisation Internationale de la Médecine Générale (WONCA) pour permettre aux professionnels de santé le recueil et l'analyse épidémiologique des données de consultations en médecine générale (motifs de consultations exprimés par le patient, procédures réalisées ou programmées par le médecin pendant la consultation, résultats de consultations présentés par le professionnel de santé, prescriptions), ainsi que des données épidémiologiques (44). 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. (annexe n°2)

Sur la base de la prévalence du surpoids dans la population générale de 41% chez les hommes et de 25,3% chez les femmes, nous nous sommes fixé un objectif d'environ 28 consultations par médecin, afin d'obtenir une base de 360 consultations adultes. Cependant les consultations concernant les enfants étaient également enregistrées. 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 (sauf ceux ayant participé à son élaboration).

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 cabinet de médecine générale situé au sein des quartiers prioritaires de Strasbourg. Certains de ces patients pourraient par ailleurs devenir des patients experts.

Chaque interne investigateur saisissait en différé les données recueillies sur une plateforme en ligne sécurisée (Seafire) dédiée et commune. Ces données étaient

anonymisées à la source par un code alphanumérique. Les données orales ont été intégralement retranscrites et anonymisées par un tiers.

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 25 kg/m² ou selon le jugement de l'interne investigateur en l'absence de données numériques.

3.3. Troisième étape : les rappels téléphoniques

3.3.1. Choix du rappel téléphonique

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

- Avoir participé à la première phase observationnelle de l'étude (en consultation)
- Patient de plus de 18 ans, ayant exprimé son accord pour participer au rappel
- 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.

- Possibilité de s'exprimer suffisamment bien pour être capable d'assurer une communication téléphonique en français. (Dans le cas contraire, les rappels non inclus par ce critère ont été rappelés par des traducteurs quelques mois plus tard)

Nous avons exclu les femmes enceintes. 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 la prise de poids pour les patientes durant une grossesse.

Le nombre d'entretiens téléphoniques à réaliser n'a pas été défini à l'avance, puisque tous les patients répondant aux critères de sélection ont été rappelés, même si tous n'ont pas répondu.

Les entretiens téléphoniques ont été enregistrés, après avoir obtenu le consentement oral des patients. Ils ont été retranscrits en intégralité en anonymisant les noms pouvant être cités. Les enregistrements ainsi que les retranscriptions ont été codés en utilisant le code alphanumérique donné au patient lors des consultations.

3.3.2. Guide d'entretien des rappels téléphoniques

Pour réaliser ces rappels téléphoniques, nous avons au préalable établi, en groupe, un guide d'entretien. Le choix du type d'entretien s'est porté sur la méthode semi-dirigée car elle permet de recueillir les réponses à une série de questions dans un

cadre permettant aux personnes étudiées de s'exprimer librement. Nous n'avons pas choisi l'entretien libre car il est très difficile à traiter, à catégoriser et à interpréter et implique un risque important d'être hors sujet.

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 individuels. Le guide d'entretien semi dirigé portait donc essentiellement sur la question du poids. Des questions sur la relation avec le médecin traitant étaient aussi posées, avec une attention particulière sur leur vision du rôle du médecin traitant dans la prise en charge du surpoids ou de l'obésité.

Un guide d'entretien n'est pas un questionnaire. Il s'agit d'une liste de thèmes que le chercheur aimerait aborder, sans ordre pré-défini. Afin d'élaborer un guide d'entretien, nous avons dû émettre des hypothèses de résultat. Une première grille a été éditée permettant de réaliser les premiers appels. Elle a été modifiée dans un second temps, après un premier retour des entretiens initiaux.

Une présentation standardisée de l'étude était réalisée en préalable à chaque entretien. Elle a été adaptée au public concerné. Cette présentation était volontairement vague pour limiter les biais. En effet, au cours de l'entretien, il faut libérer au maximum l'interviewé pour qu'il se laisse aller à des associations d'idées en l'aidant à soulager ses inquiétudes. C'est pour cela que nous avons utilisé des questions directives mais imprécises. Le début de l'entretien était également vague, débutant par des questions sur leur relation avec leur médecin traitant, afin d'instaurer un climat de confiance (45–47).

Une stratégie d'intervention devait être définie pour permettre de relancer le sujet au besoin au cours de l'entretien. Le guide d'entretien pouvait être modulé en fonction des réponses et du déroulé de l'entretien.

Pour les patients recontactés, le guide d'entretien initial a évolué vers un guide d'entretien final, disponible en annexe n°4.

3.3.3. Déroulement des rappels

Les rappels ont été réalisés si possible dans un délai court après la consultation enregistrée pour qu'elle soit encore présente dans le souvenir des patients. L'interne qui les rappelait était le plus souvent l'interne présent lors de la consultation, ce qui permettait aux patients de visualiser leur interlocuteur. Plus rarement c'était l'interne qui avait réalisé le score EPICES.

Le rappel était organisé selon le guide d'entretien du rappel téléphonique mis au point précédemment. Le patient était prévenu en début de rappel qu'il serait à nouveau enregistré. Si nécessaire, le rappel était reporté en fonction des disponibilités des patients.

3.4. Travail d'analyse des données

Dans un premier temps, tous les fichiers numérisés étaient nommés en fonction d'un code convenu. A chaque médecin enregistré correspondait une lettre, ainsi qu'à

chaque interne présent lors de la consultation. Étaient ajoutés la date de l'enregistrement et le numéro de la consultation du jour par ordre de réalisation, le tout définissant le code alphanumérique.

La retranscription effectuée par un tiers dans un second temps était anonymisée. Cette étape est primordiale. Elle consiste à retranscrire méticuleusement le contexte de chaque entretien et littéralement l'entretien lui-même. Ces retranscriptions ont permis de mieux contrôler l'observateur et l'interprétation des données (48). Les silences, les hésitations, les exclamations, les rires, tout l'échange fut noté le plus objectivement possible. Un autre chercheur devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux mêmes conclusions.

L'analyse des données a respecté la méthodologie de la théorisation ancrée, les hypothèses ne sont donc émises à priori mais à la suite des analyses des résultats. La première étape de cette démarche était la codification initiale. Il s'agit, à la suite d'une lecture attentive des retranscriptions, de relever les propos intéressants des patients, puis de les qualifier. La deuxième étape de catégorisation, a consisté à regrouper les codes en catégories, pour en tirer une idée ou un phénomène plus large. Au fil du temps et des relectures, nous avons retravaillé les catégories afin de les modeler, de les construire pour enfin des consolider. Les catégories ont ensuite été mises en relation. Alors seulement, nous avons pu faire émerger une problématique (49).

Afin de réaliser les codages puis la catégorisation nous avons utilisé le logiciel d'analyse qualitative RQDA. Nous avons réalisé un double codage indépendant, deux personnes distinctes ont lu et codé les entretiens, puis ces codes ont été partagés et réorganisés. Ceci a permis de renforcer la qualité du codage.

3.5. Procédures réglementaires et financements

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 imaginée 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).

4. Résultats

4.1. Ressenti du travail

Le recueil de données au sein des cabinets médicaux et les rappels ont eu lieu d'octobre 2016 jusqu' à mai 2018.

La longueur de la période de recueil est due à la difficulté de trouver des disponibilités communes entre médecins observés et les deux observateurs (ayant également des horaires de stages), mais aussi la possibilité d'avoir un local (pour que l'interne évaluant la précarité le fasse en toute confidentialité). En accord avec les médecins, la durée des recueils s'effectuait par demi-journée, afin de ne pas perturber les consultations et de manière à traiter correctement les informations recueillies. A de nombreuses reprises, il a fallu cumuler les journées de présence afin d'obtenir le quota de consultations d'adulte pour chaque médecin.

L'accueil des médecins observés était bienveillant. Ces derniers, impliqués dans l'amélioration de la prise en charge de leurs patients, étaient favorables à l'étude des populations de leur quartier. La plupart sont aussi investis dans la formation des étudiants et avait déjà participé à des études observationnelles. Ils n'étaient donc pas réticents à notre présence. Cependant, il existait une appréhension légitime à l'enregistrement audio de la consultation. La volonté de protéger les patients et la

crainte de levée du secret professionnel peut expliquer cela. La crainte du jugement extérieur de sa pratique médicale a également pu intervenir.

Cette réticence a été rapidement effacée après explication de l'usage et de l'intérêt de l'enregistrement, mais surtout grâce à une adhésion quasi totale des patients.

Ces derniers sont habitués à la présence d'étudiants stagiaires (externes ou internes) lors des consultations. Ils ont par ailleurs été compréhensifs et soucieux de nous aider, tant que notre présence n'altérait pas la qualité de leur prise en charge.

Au final l'enregistrement sonore, comme notre présence, étaient rapidement oubliés par les médecins, comme par les patients, dès la consultation débutée.

Cependant, il est arrivé de la part de certains médecins chez qui nous avons dû accumuler les demi-journées d'observation pour arriver à notre objectif de nombre de patients, qu'ils montrent des signes de lassitude. Ce sentiment était exacerbé par le fait que nous ne pouvions leur indiquer le sujet de notre étude. Toutefois, ils nous ont tous permis d'arriver à nos objectifs et d'observer un nombre suffisant de consultations dans chaque cabinet. La poursuite de leur participation et leur adhésion nous a été d'une aide précieuse.

Les rappels ont été plus difficiles à réaliser. La volonté de participation était beaucoup plus faible. La conversation était plus compliquée qu'une communication présentielle qui peut s'appuyer sur le langage non verbal. De plus, la distance sociale et de langage restent un frein qu'il est difficile d'atténuer. Tout cela a conduit à un

sentiment d'insatisfaction de ne pas avoir réussi à recueillir autant d'informations que désirées.

Enfin, l'appel téléphonique, pouvait déranger le sujet dans ses activités quotidiennes, et l'orientation de l'entretien pouvait les mettre mal à l'aise. Au final, comme lors des consultations, la crainte de gêner était plus importante que la gêne réellement occasionnée. Les patients se sont finalement facilement livrés après quelques minutes de discussion téléphonique. Il était même étonnant de s'apercevoir qu'ils pouvaient raconter des détails personnels voir intimes aux inconnus que nous étions.

Ce travail a été l'occasion de s'immiscer dans les cabinets de plusieurs médecins. Durant les consultations, moments privilégiés de confiance entre médecins et patients, j'ai pu me rendre compte de la réalité socio économique des patients précaires. Bien qu'observateur, il était difficile d'effacer l'attitude empathique que nous avons développée tout au long de notre cursus médical. J'ai été profondément touché par le contact avec la misère sociale. Les médecins exerçant dans ces milieux y sont confrontés au quotidien et doivent l'intégrer pour adapter leur pratique. Leur travail requiert la capacité de ne pas sombrer avec les situations dramatiques qu'ils rencontrent tout en arrivant à apporter l'aide que les patients viennent chercher. En effet, les médecins restent les premiers interlocuteurs d'une population pouvant être isolée et démunie. Ils représentent une main tendue pour des personnes recherchant plus qu'une expertise médicale, un contact humain, une interaction, une aide sociale.

Malgré cette caractéristique spécifique à la consultation en milieu précaire, l'observation de plusieurs praticiens m'a permis de m'apercevoir de la multitude de façons d'exercer la médecine. Chaque pratique et chaque attitude satisfont différents patients.

Enfin, le travail en groupe a permis d'augmenter la quantité du recueil de données. Il a aussi permis d'échanger régulièrement sur notre vécu des observations et des rappels. Il permettait en outre de faire évoluer les visions de chacun sur notre travail, sur la prise en charge de l'obésité et sur les consultations en milieu précaire.

Ces échanges nous ont aussi permis de maintenir notre motivation alors que la durée d'étude était longue. La répartition du travail à plusieurs implique une responsabilité pour son travail mais aussi pour celui des autres, ceci est une source de motivation et de devoir supplémentaire. Cependant j'ai ressenti un sentiment de frustration de devoir être dépendant du travail des autres et de ne pas maîtriser tous les éléments de l'étude. De même, au premier abord, il a été difficile d'accepter que le travail ou le regard des autres pouvait être différent du mien, mais finalement cela a permis d'appréhender la question sous différents angles et donc de recueillir des informations différentes et complémentaires, augmentant la qualité de notre étude.

4.2. Diagrammes de flux de l'étude

4.2.1. Sélection lors des consultations

Au total, 13 médecins ont participé à l'étude. Nous avons assisté à un total de 492 consultations, 7 données ont été perdues. 485 consultations ont été recueillies. Après exclusion des 100 consultations de mineurs, 385 consultations ont été analysées. Parmi eux 202 étaient en surpoids ou obèses, et 147 étaient également en situation de précarité.

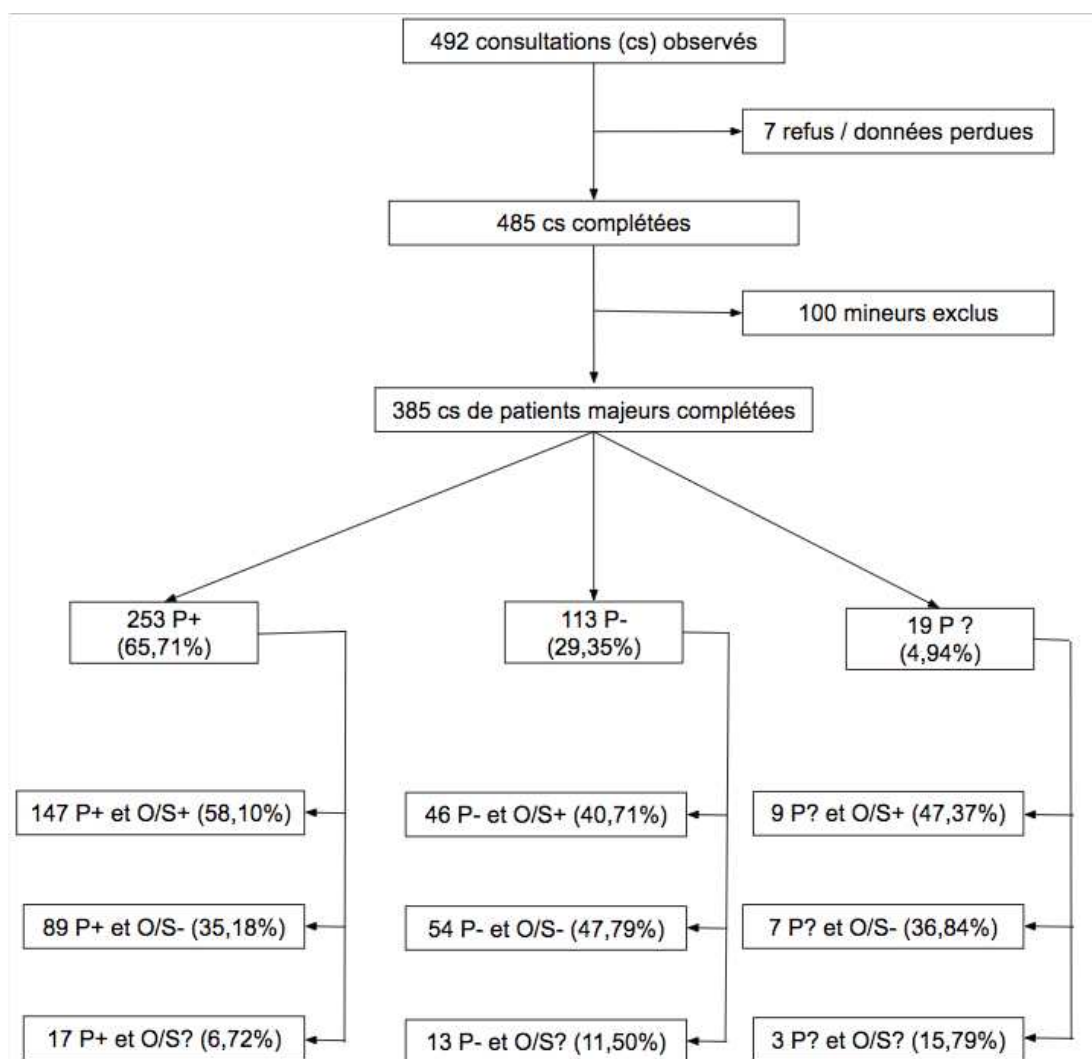


Tableau 1 : Diagramme de flux des consultations

4.2.2. Sélection lors des rappels téléphoniques

Un total de 147 patients observés en consultation étaient donc éligibles au rappel car majeurs, en surpoids ou obèses (IMC $>25\text{kg/m}^2$ ou impression de surpoids par l'observateur) et en situation de précarité (score EPICES > 30). Nous avons réussi à rappeler 39 personnes dans les jours suivants la consultation. A ces derniers s'ajoutent 2 rappels effectués par des traducteurs afin de diminuer le biais d'exclusion des populations migrantes ne parlant pas le français.

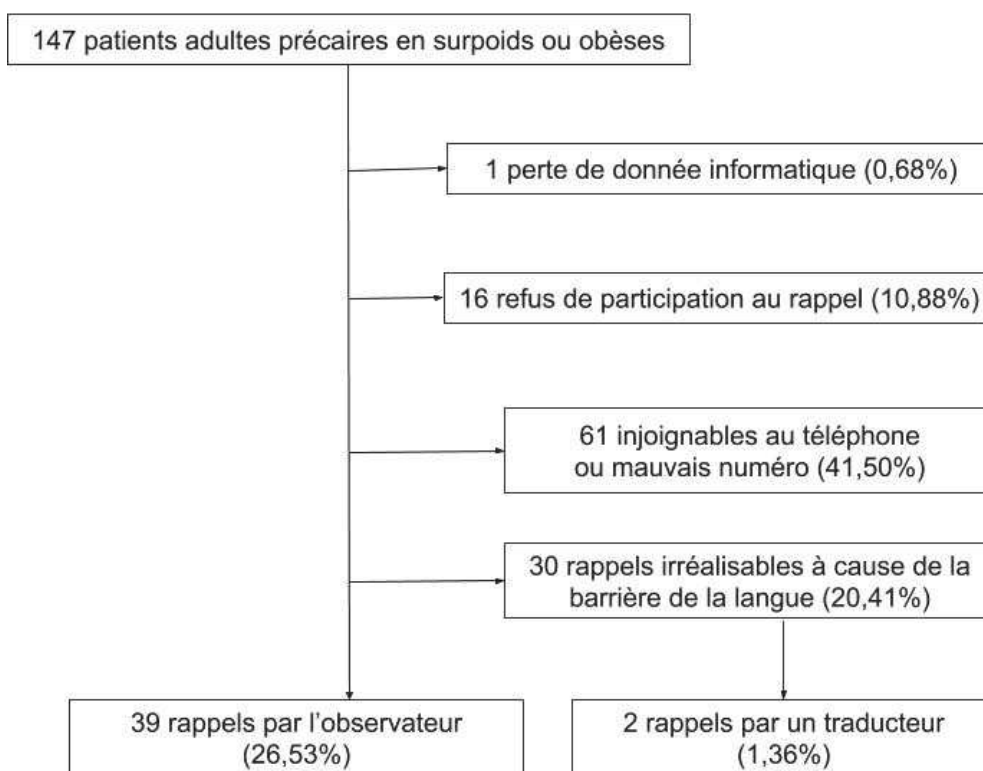


Tableau 2 : Diagramme de flux des rappels

4.3. Présentation des échantillons

4.3.1. Profils des médecins

Sur les 13 médecins participants à l'étude 11 étaient des femmes, contre 2 hommes seulement. L'âge moyen des médecins était de 46 ans. Leur ancienneté d'installation était très variée allant de 3 ans à 33 ans. Enfin aucun des médecins n'exerçait seul, ils travaillaient soit en cabinet d'association soit en maison de santé.

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

Tableau 3 : Récapitulatif des médecins

4.3.2. Profil des patients

Comme le montre le tableau ci-dessous, l'échantillon est représenté par les différents quartiers étudiés (Neuhof, Laiterie, Cité de l'III, Hautepierre). Toutes les tranches de l'âge adulte y figurent (de 21 ans à 72 ans). La proportion de femmes participantes est plus importante que les hommes (29 femmes pour 12 hommes).

On note également une part importante de la catégorie professionnelle d'employé et de personnes sans emploi tandis que les professions intellectuelles et cadres supérieurs ne sont pas représentés.

Enfin, une part non négligeable de l'échantillon possède une langue maternelle non française. Ce dernier indicateur peut mettre indirectement en avant, que les populations migrantes sont autant voire plus sujettes à la précarité et au surpoids. La variété des langues, met en évidence le caractère cosmopolite des QPV.

Nom	Âge	Quartier	IMC/poids	EPICES	Profession	Langue Mat.
Madame A	72 ans	Neuhof	29,4	60,4	Employée	
Madame B	61 ans	Neuhof	30	73,9	NC	marocaine
Madame BA	61 ans	Hautepierre	poids: 74	33,7	Employée	turque
Madame C	55 ans	Neuhof	31,2	52,1	Employée	
Madame D	37 ans	Cité de l'III	poids: 82	90,5	Sans emploi	
Madame DE	23 ans	Hautepierre	29,13	49,11	Sans emploi	
Madame E	55 ans	Cité de l'III	(S)	47,33	Employée	
Madame F	64 ans	Neuhof	32	33,72	NC	arabe
Madame G	43 ans	Neuhof	35,6	30,2	Sans emploi	turque
Madame H	45 ans	Laiterie	poids: 77	53,25	NC	
Madame I	71 ans	Neuhof	35,5	62,13	Retraitée	
Madame J	48 ans	Neuhof	35,7	83,4	Sans emploi	turque
Madame K	25 ans	Cité de l'III	(S)	37,3	Employée	
Madame L	62 ans	Neuhof	27,1	32,5	Retraitée	bosniaque
Madame LM	57 ans	Laiterie	29,4	39,7	NC	
Madame M	42 ans	Neuhof	34	93,5	NC	congolaise
Madame N	23 ans	Cité de l'III	(S)	100	Sans emploi	angolaise
Madame O	30 ans	Hautepierre	(S)	41,42	NC	
Madame P	21 ans	Neuhof	27	52,02	NC	
Madame Q	30 ans	Laiterie	31,2	60,35	Sans emploi	
Madame R	30 ans	Hautepierre	27,1	41,41	Sans emploi	
Madame S	23 ans	Neuhof	33	44,9	Employée	
Madame T	41 ans	Neuhof	38,9	59,16	NC	ivoirienne
Madame U	39 ans	Laiterie	44,9	62,72	Employée	

Madame V	60 ans	Neuhof	31,8	68,6	NC	
Madame W	56 ans	Laiterie	poids: 80	53,9	NC	
Madame X	NC	HautePierre	(S)	60,35	NC	NC
Madame Y	59 ans	Laiterie	□	48,5	NC	
Madame Z	64 ans	Cité de l'III	36,69	38,96	Retraitée	arabe
Monsieur A	52 ans	Neuhof	26,8	42	Employé	
Monsieur B	54 ans	Cité de l'III	(S)	53,26	Employé	
Monsieur C	56 ans	Cité de l'III	35,3	43,4	Employé	
Monsieur E	43 ans	Cité de l'III	28,1	42,61	Sans emploi	arabe
Monsieur F	66 ans	Neuhof	29,1	82,3	NC	turque
Monsieur J	34 ans	Laiterie	(S)	64,5	Ouvrier	georgienne
Monsieur K	47 ans	Laiterie	30,1	100	NC	
Monsieur P	62 ans	Laiterie	31	49,1	Artisan	
Monsieur Q	62 ans	Cité de l'III	(S)	72,96	Retraité	
Monsieur R	50 ans	Laiterie	36,3	68,9	NC	
Monsieur T	53 ans	Cité de l'III	poids: 87	31,4	Employé	
Monsieur Z	46 ans	Neuhof	30,1	62,7	Sans emploi	

Légende :

- Quartier : définit le quartier où se déroule la consultation de médecin générale
- En l'absence d'IMC, le surpoids est jugé par l'observateur en fonction du poids (poids en kg) ou de l'impression visuelle (S).
- EPICES : la précarité est définie par un score supérieur à 30. Plus le score est élevé plus le patient est en situation de précarité (min : 0 et max : 100)

Tableau 4 : Récapitulatif des patients

Dans les extraits présentés ci-dessous, les patients sont présentés par leur nom d'anonymat. Afin d'améliorer la lecture, lorsqu'ils sont connus, d'autres éléments d'identification y sont associés (âge, statut pondéral, profession, langue maternelle).

4.4. Histoire et perception du poids

Il existe une multitude de parcours de poids possibles pour les individus en surpoids. Pour le patient, l'historique du surpoids commence au moment de sa prise de conscience. Mais, la situation de surcharge pondérale peut être beaucoup plus ancienne. Différents types de parcours biographique de patients en surpoids vont être présentés ci-dessous, illustrés par des extraits des rappels téléphoniques que nous avons effectués.

Dans certains cas, il n'y a pas de prise de conscience, car le patient ne "souffre" pas de son poids. L'absence de conséquence médicale ou même sociale, peut paradoxalement rendre cette pathologie, pourtant très visible, silencieuse.

Ainsi Monsieur B. jugé en surcharge pondérale par l'observateur, ne se perçoit pas en surpoids. L'enquêteur semble décontenancé par les réponses du patient. Ici, le décalage entre le regard médical et celui du patient est flagrant.

Intervenant : D'accord, et j'aurai aimé vous parler d'une question un peu plus précise, par rapport au poids, comment vous vous sentez vous par rapport à votre poids, qu'est-ce que, qu'est-ce ??? que vous en pensez ?

Monsieur B, 54 ans, employé : Ah je me sens très bien.

L : Est-ce que pour vous il y a un problème au niveau du poids ou pas du tout ?

M.B. : Je pense que oui, parce que moi j'ai perdu pas mal de poids ces derniers temps et ça m'affecte un petit peu.

L : D'accord, vous avez surtout perdu du poids ?

M.B. : Ouais.

L: Mais pour vous, vous êtes pas en surpoids ou...

M.B: Non je ne pense pas.

(...)

M.B: Comme je suis diabétique, j'ai de l'hypertension, voilà j'y vais régulièrement quoi.

L: D'accord. Et est ce qu'il vous avait déjà demandé de ? ... perdre du poids ?

M.B: Non.

L: Jamais ?

M.B: Non.

L: D'accord. Donc ni pour vous ni pour les médecins, le poids était un problème ?

M.B: Non je ne pense pas.

L: D'accord, et vous là, vous vous sentez bien avec votre poids actuel, il n'y a pas de soucis ?

M.B: Oui.

Tandis que Madame I, possède un IMC à 35,5 kg/m², et Monsieur C à 35,3 kg/m², ne perçoivent pas de problème de poids. Ils ont déjà beaucoup perdu et se sentent bien dans l'état actuel. L'absence de conséquence visible, mais surtout l'importante perte, leur font dire qu'en comparaison à leur ancien poids, l'actuel est normal et tout à fait acceptable. Ce constat est par ailleurs partagé par le médecin de Madame I.

Intervenant : D'accord. Est-ce que vous avez parlé de votre poids pendant la consultation ?

Madame I, 71 ans, IMC à 35,5 kg/m², retraitée : Là, quand j'étais chez vous ?

L: Oui.

Mme I: Non pas la dernière fois.

L: Vous en avez pas parlé.

Mme I: Non, Madame X. m'a dit ça va, c'est tout. C'est toujours normal, c'est toujours le même.

L: D'accord

Mme L: Là, c'est (inaudible).

L: Et vous, vous pensez quoi de votre poids ?

Mme L: Je ne sais pas ce que je dois penser. Avant je sais que j'avais beaucoup plus, mais... Je me sens bien comme ça autrement.

L: D'accord, vous avez déjà perdu du poids ?

Mme L: Mais bien sûr, il y a une vingtaine d'année quand même.

L: D'accord.

Mme L: J'avais 115.

L: D'accord, et actuellement vous avez combien ?

Mme L: 80.

(...)

L: D'accord, et là vous trouvez que votre poids vous convient actuellement ?

Mme L: Je ne sais pas si il est bon pour ma santé, mais normalement je me sens bien.

Intervenant: J'aimerais vous poser des questions un peu plus précises, notamment par rapport à votre poids. Est-ce que pour vous c'est... est ce que vous estimez que vous avez un problème de poids ? Est-ce-que... qu'est-ce que vous en pensez ?

Monsieur C, 56 ans, IMC à 35,3kg/m², employé: Ben, problème de poids d'après le médecin oui, bon pour moi non. Mais bon j'ai de la tension, j'ai un peu tout, j'ai du diabète. J'ai un peu, tout donc il faudrait que je maigrisse, c'est sûr. Mais par contre, j'ai ddéjà maigri, parce que bon je connais pas mais... en 2000, j'avais plus de 140 kilos alors... Là j'en ai 112, donc ça va quoi.

(...)

L: D'accord. Et donc là vous, vous vous sentez bien par rapport à votre poids ?

M. C: Ben oui.

L: Là comme vous avez perdu, là ça vous va, le poids vous correspond.

M. C: Ben oui, moi j'étais même étonné d'avoir perdu autant. Parce que 3 semaines avant, j'avais 4 kilos de plus.

L: D'accord.

M. C: Alors c'est difficile à dire, mais oui.

D'autres patients, eux, ont toujours eu conscience d'un excès pondéral dès le plus jeune âge. Cette morphologie est donc devenue une habitude, une norme individuelle. Cependant, elle est définie comme en dehors de la norme par le corps médical, politique, social et médiatique.

Madame BA pèse 74 kg. Elle se rappelle que dès l'enfance, elle avait déjà un problème de poids. Madame W. 80 kg, également en surpoids depuis l'enfance insiste sur le fait qu'elle n'a jamais connu d'autre situation que le surpoids.

Intervenant : Et qu'est-ce qui pour vous provoque ce trop de poids ?

Madame BA, 61 ans, 74 kg, employée, d'origine turque : Mais pour moi c'est trop, oui.

L : C'est trop pour vous. Et est-ce que vous avez des idées de pourquoi vous prenez du poids ?

Mme BA : Ça je ne sais pas.

L : Vous ne savez pas d'accord. Est-ce que en étant plus jeune vous aviez déjà des difficultés avec votre poids ?

Mme BA : Oui, oui. J'ai toujours eu du poids.

L : D'accord. Ok, et est-ce que c'était lié avec des... suite à des grossesses ou des choses comme ça ou déjà avant ?

Mme BA : Déjà avant. Même quand j'étais jeune fille, c'est pas trop trop mais...

L : Un peu.

Mme BA : Ouais un peu.

Intervenant : Mais c'est intéressant, parce que vous remarquez vous même les erreurs que vous avez l'impression de faire.

Madame W, 56 ans, 80 kg : Oui, oui là c'est trop tard, là j'ai fait une grand erreur oui. Moi j'étais tout le temps obèse. Tout le temps.

(...)

L : Et juste pour en revenir au poids, est ce que vous aviez essayé de comprendre un peu les causes du poids ? Pourquoi est-ce que vous aviez un peu de surpoids ?

Mme W : Moi, quand j'étais toute petite j'étais en surpoids. Toute petite !

L : Oui.

Mme W : Dès que la naissance... pas à la naissance, mais d'après mes parents dès que j'étais petite j'étais toujours en surpoids. Tout le temps, tout le temps. Tout le temps, tout le temps. Et je suis restée comme ça en surpoids jusqu'à maintenant.

Madame E en surpoids depuis l'âge adulte, explique l'importance du lien familial avec le surpoids. Elle a grandi avec le surpoids comme norme au sein de la famille. Elle a pu s'identifier à cette normalité.

Intervenant : Et vous avez des problèmes de poids depuis longtemps ?

Madame E, 55 ans, employée : Oui, c'est dans la famille.

L : Donc depuis l'enfance ? la puberté ?

Mme E : Non c'est depuis mes 20 ans.

Madame C, Madame X ou Madame S n'ont pas toujours été en surpoids. Elles se perçoivent en surpoids, mais se rappellent avoir au cours de leur vie, un poids moins important. La prise de poids peut avoir été progressive ou rapide, avec ou sans raisons identifiées. Les causes relevées par les patients seront développées dans un prochain chapitre.

Madame C, 55 ans, IMC à 31,2 kg/m², employée : Il y a 6, 7 ans. Je mettais du 38. Avant je mettais pas du 42.

Madame X : Avant je faisais 45 kilos. Maintenant j'ai 83 kilos.

Intervenant : Avant la grossesse vous étiez bien avec votre poids.

Madame S, 23 ans, IMC à 33 kg/m², employée : Non ça allait, j'avais un peu de ventre mais moins que après la grossesse.

J'ai montré ci-dessus que le moment d'entrée dans le surpoids diffère énormément d'un patient à un autre. Il s'agit maintenant de décrire la multitude de façon de percevoir le poids comme un problème. L'importance varie beaucoup selon les situations.

Madame U possède un IMC à 44,9, son obésité est toujours vécue comme un problème bien qu'elle ait déjà perdu du poids. Les conséquences de la surcharge pondérale ont une grande importance dans la perception du poids en tant que problème.

Intervenant : Vous avez déjà abordé la question du poids avec votre médecin ?

Madame U, 39 ans, IMC à 44,9m², employée : On l'a abordé plein de fois, faut savoir que j'ai perdu. J'étais arrivée à 130 kilos tellement j'étais pas bien. Je suis tombée à 115 kilos.

Monsieur P. ou Madame B. surveillent l'évolution de leur poids, ce dernier ne semble pas leur poser de problème actuellement. On perçoit qu'à leurs yeux, il deviendra préoccupant s'il venait à augmenter.

Intervenant : Votre poids actuel il vous va bien ?

Monsieur P, 62 ans, IMC à 31kg/m², artisan : Pour l'instant il est stable.

L : Pour vous ça va vous voudriez pas avoir plus ou moins.

M.P : Non pas plus, surtout pas.

Intervenant : D'accord. Et actuellement votre poids ça vous convient.

Madame B. 61 ans, IMC à 30 kg/m², d'origine marocaine : Je fais 86 kilos.

L : Et vous vous souhaitiez conserver ce poids ou maigrir.

Mme B : Ça va ...

L : Ça va là...

Mme B : Je veux pas que je dépasse 86 (...) Non mon poids ça va. J'ai parti en vacances et maintenant que je reviens j'ai 86. Mais après je reçois que 82, 83.

Pour Madame BA le poids est un problème, mais pas de premier ordre. D'autres sources d'inquiétude sont pour elle plus importantes que le poids.

Intervenant : D'accord, est ce que c'est quelque chose que vous discutez avec le docteur ?

Madame BA, 61 ans, 74 kg, employée, d'origine turque : Ouais, toujours j'ai discuté. Mais d'abord il y a un autre problème et maintenant un peu ça.

L : D'accord, une chose après l'autre.

Mme BA : Oui, voilà.

L : Est-ce que c'est quelque chose ou vous avez des difficultés à parler avec votre docteur, la question du poids ou ça va ?

Mme BA : Non, ça ne va pas, mais je parle après, parce que d'abord j'ai un autre problème là.

L : D'accord.

Mme BA : J'ai fait une opération au bras et tout.

L : D'accord, ok. Donc pour vous il n'y a pas de difficultés à parler du poids ?

Mme BA : Ouais.

L : C'est juste que vous avez d'autres problème plus urgent ?

Mme BA : Voilà, voilà, c'est ça, oui.

L : Ok, d'accord, j'ai bien compris là. Ok, et est-ce que votre poids actuel il vous pose problème est-ce que pour vous ça vous convient le poids que vous avez ou bien ça...

Mme BA : Euh, le poids, c'est toujours problème.

L. : D'accord.

Mme BA. : Oui, oui. Oui, toujours problème.

Une partie importante des patients déclare que le poids est un problème et aimerait le modifier.

Intervenant. : Vous actuellement est-ce que ce poids vous convient ?

Monsieur Z. 46 ans, IMC à 30,1 kg/m², sans emploi. : Non franchement dit non

L. : Pourquoi ça vous convient pas ?

M.Z. : J'ai un ventre et j'aime pas ça... et voilà, c'est ces problèmes là que j'ai vraiment.

Intervenant. : Souhaitez-vous modifier votre poids ? Pour quelles raisons ?

Monsieur J. 34 ans, ouvrier, originaire de Géorgie. : Oui, parce que c'est un problème pour moi.

Madame A. 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée. : Je suis à la limite en surpoids je suis en surpoids. D'où mon diabète. Il faut que je fasse du régime, mais j'ai vraiment pas envie.

Enfin, la notion de perte de poids est valorisée par les patients. Elle est vécue positivement. Cela peut être dû au bénéfice ressenti, mais aussi par une valorisation de notre société de la minceur et de la perte de poids, à laquelle est associée la notion de contrôle de soi, et de promotion sociale.

Madame U, 39 ans, IMC à 44,9 kg/m², employée. : Mais aujourd'hui **je me sens beaucoup mieux**, quand je marche, etc... Je pense que vous avez raison, effectivement c'est pas un travail évident mais c'est un beau combat effectivement.

*Madame L, 62 ans, retraitée, IMC à 27,1 kg/m², retraitée, d'origine bosniaque : Je perds une dizaine de kilos, c'est **super**.*

Les nombreuses histoires pondérales des patients montrent qu'il n'y a pas une seule trajectoire, mais de multiples parcours de vie. Chaque individu perçoit son poids en fonction de son passé, de sa culture et de son environnement.

La reconnaissance du surpoids constitue un préambule indispensable à toute prise en charge. Quand le statut pondéral est perçu comme indésirable, les patients vont établir une stratégie pour résoudre ce problème. La première étape est l'identification des facteurs responsables de leur état. Cette identification fait suite à des réflexions personnelles mais aussi à l'intrusion de discours extérieurs.

4.5. Causes du surpoids et de l'obésité selon les patients

Les patients, de même qu'ils ont des histoires et des attitudes variables face à leur surpoids, attribuent également leur statut à des causes différentes.

Dans certains cas, comme avec Madame T, le patient est conscient de sa situation pondérale mais n'arrive pas à en retrouver la cause. On peut alors se demander pourquoi la patiente ne trouve pas de réponse. Soit, elle a déjà eu une réflexion à ce sujet, mais n'a pas réussi à en trouver la cause. Soit, elle ne pense pas commettre d'erreurs hygiéno-diététiques. Elle peut aussi être prise de court par cette question et n'y a jamais vraiment réfléchi.

Intervenant : D'accord. Et vous aimeriez perdre du poids ?

Madame T, 41 ans, IMC à 38,9 kg/m², d'origine ivoirienne : Ah ben oui.

L : Et vous pensez que votre excès de poids il est lié à quoi ?

Mme T : Ben je sais pas moi.

L : Vous pensez, pourquoi vous êtes en surpoids ? C'est lié à quoi ?

Mme T : Ben je ne sais pas pourquoi je suis en surpoids. Je ne sais pas.

L : Et là vous êtes en surpoids depuis combien de temps ? Ça fait combien de temps ?

Mme T : Je n'ai pas compris.

L : Ça fait combien de temps que vous êtes en surpoids ?

Mme T : Je ne sais plus si ça fait deux ans, une année, je ne sais plus.

L : Et vous savez, ça a commencé quand ? Vous savez comment ça a commencé ?

Mme T : Ça, je ne sais pas.

L : Il n'y a pas eu d'événement particulier qui a fait que vous avez pris du poids ?

Mme T : Non, moi je ne remarque pas tout ça.

Lorsque le poids a été identifié comme un problème, les patients peuvent procéder à une réflexion afin d'en identifier les causes. Celles-ci sont multiples et peuvent être intriquées. Elles peuvent provenir d'une déduction personnelle, ou être influencées par les discours extérieurs. On peut questionner l'importance de la diffusion de la pensée dominante de la société : le surpoids est lié à une alimentation trop grasse et trop sucrée ou un manque d'activité physique. Ce message est propagé de multiples manières à travers les discours politiques (plan national nutrition santé), médiatiques, sociaux, mais également par le corps médical, dont le médecin traitant est le premier interlocuteur.

Mme LM (IMC à 29,4 kg/m²) remarque que la transmission du surpoids est familiale. Elle relève ainsi le caractère héréditaire de la surcharge pondérale. Le poids possède

donc à ses yeux un facteur intrinsèque, non modifiable, qui complique sa prise en charge.

Cependant la famille transmet également son mode de vie, par la culture, les habitudes, les goûts alimentaires ou encore la pratique d'une activité physique. Il est difficile de quantifier l'importance de l'innée et de l'acquis, mais il paraît évident que les deux parties interviennent.

Intervenant : Pour vous c'était vraiment l'alimentation le problème ?

Mme LM, 57 ans, IMC à 29,4kg/m² : Non, c'est juste l'alimentation parce que je mangeais sans fin.

L : Ouais, d'accord, donc en quantité surtout alors.

Mme LM : Des grandes quantités.

L : D'accord, et du coup les régimes n'étaient pas efficaces chez vous ?

Mme LM : Non, pas du tout, en plus le poids, le surpoids, c'est quelque chose de la famille des deux côtés c'est à dire de mon père et de ma mère. C'est un peu héréditaire.

L : Mais vous avez raison, ça joue.

Mme LM : Tout à fait.

Lors des rappels, les causes de surpoids les plus fréquemment évoquées sont les erreurs diététiques. Là encore, on peut se demander quel est l'impact des messages, des recommandations sur les représentations des patients.

Le déséquilibre entre les dépenses et les apports énergétiques est intégré par les patients. Ainsi, un apport calorique supérieur aux dépenses est considéré comme responsable du surpoids. Le champ lexical d'excès inclut la notion d'une quantité alimentaire normale que le patient définit et qu'il dépasse.

Monsieur T. 53 ans, 87 kg, employé : Je me suis laissé aller à manger un peu **plus riche en calories, en tout ce qu'on veut**. Donc là j'ai pris du poids ouais.

Intervenant : Et selon vous qu'est-ce qui entraîne l'excès de poids ?

Madame V. 60 ans, IMC à 31,8 kg/m² : Le fait que **je mange beaucoup** et que je mangeais assez gras quand même.

Intervenant : Selon vous, qu'est ce qui entraîne l'excès du poids ?

Monsieur J. 34 ans, ouvrier, originaire de Géorgie : Dans mon cas précis c'est lié aux nerfs. Comme je suis nerveux, je **mange beaucoup** et je prends du poids.

L'alimentation est également définie par son aspect qualitatif. Les patients opposent volontiers une « bonne » alimentation, saine, à une « mauvaise » alimentation. Ils reproduisent ainsi une vision manichéenne, souvent véhiculée dans les médias ou les publicités pour des compléments alimentaires “magiques” ou des régimes “faciles” ; ces messages promouvant l'application de régime plutôt qu'un rééquilibrage alimentaire plus nuancé.

Madame K. 25 ans, employée : **La malbouffe**, on peut appeler ça comme ça je mange des pizzas, Je mange des repas sautés, une alimentation irrégulière je mangeais un peu n'importe quoi n'importe quand. C'est le tout qui a fait que... 20 kilos en plus.

Madame D. 37 ans, 82 kg, sans emploi : Je mange de tout, même quand je sais que **c'est pas bien pour mon organisme**, je peux pas m'empêcher.

Un apport trop riche en lipides ou en glucides est perçu par les patients comme une cause de prise pondérale. On peut mettre les réponses en rapport avec les actions de sensibilisation sanitaire, comme par exemple les messages publicitaires télévisés

“pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé”. Le message touche ainsi sa cible et a été intégré par les populations précaires en surpoids. Cependant bien que ces patients aient assimilé l'information, ils n'ont pas modifié leur alimentation, et restent en situation de surcharge pondérale.

Intervenant : Pendant les vacances vous avez pris un petit peu. Vous aviez mangé un petit peu ?

Madame B. 61 ans, IMC à 30 kg/m², d'origine marocaine : **Un peu sucré oui... Un peu gras...**

Intervenant : Et selon vous qu'est-ce qui entraîne l'excès de poids ?

Madame V. 60 ans, IMC à 30,8kg/m² : Le fait que je mange beaucoup et que je mangeais **assez gras quand même.**

L'impact politico-médiatique sur la consommation des fruits et légumes “pour votre santé mangez au moins 5 fruits et légumes par jour” est également intégré. Ils sont perçus comme bénéfiques pour la santé, et leur absence comme un facteur de prise pondéral.

Monsieur T. 53 ans, 87 kg, employé : Même dans mes jours de repos j'ai pas beaucoup de repos. Je suis un peu à 200 à l'heure un peu tout le temps, et à un moment, je fatigue, je vais manger plus simplement une **pizza** plutôt que de me dire que je vais faire des **légumes**. Après vous prenez des habitudes de facilité et c'est ce qui est pas bon.

D'autres aliments sont quant à eux stigmatisés : Les pizzas, les fast-food, le chocolat, les pâtes... sont désignés mauvais pour la santé.

Madame A. 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : C'est pas uniquement ça mais moi j'aime beaucoup des choses que je dois pas manger.

Intervenant : Vous pensez que ça c'est ça qui entraîne l'excès de poids ?

Mme A : Ben oui... Quand on mange **du chocolat, du pain**, trop de matières grasses **pas assez de légumes** pas assez de légumes évidemment oui.

La consommation de plats préparés, figure de proue de l'industrie agroalimentaire, peut être jugée responsable de la prise de poids. Cette notion est à mettre en opposition avec des plats "fait maison" jugés plus sains. En effet l'intérêt économique des filières agro-industrielles peut être responsable de l'augmentation de matières grasses ou de sucres à index glycémiques élevés dans ces produits. A contrario la préparation des plats, permet un contrôle des ingrédients et de leur quantité.

Monsieur T. 53 ans, 87 kg, employé : Comme je suis souvent en déplacement, comme aujourd'hui je suis à Bugatti, donc je suis un peu... pour faire des repas équilibrés, c'est compliqué. J'ai tendance à **acheter des trucs un peu cuisinés**, ce qui est pas forcément bon bien sûr.

Enfin, des causes moins en accord avec les représentations classiques peuvent être évoquées selon les représentations individuelles, comme l'association de plusieurs aliments, ou la consommation de boissons, notamment alcoolisées.

Madame H, 45 ans, 77 kg : Alors comme je **bois**... Ça rajoute encore... Le poids ça rajoute (...) Peut être que je **mélange** la graisse, je mélange plein de trucs.

La structuration des repas a une importance dans l'équilibre pondéral. Ainsi leur désorganisation, en sautant des repas ou en grignotant, va être jugée responsable d'une prise de poids.

Madame K, 25 ans, employée : J'ai arrêté le sport, la malbouffe, on peut appeler ça comme ça je mange des pizzas, Je mange des repas sautés, une alimentation irrégulière je mangeais un peu n'importe quoi n'importe quand. C'est le tout qui a fait que... 20 kilos en plus.

Les régimes restrictifs sont mis en cause par Mme G. Elle explique que grâce à la privation elle va perdre quelques kilogrammes, mais qu'elle ne peut pas maintenir cette restriction dans le temps. Il s'en suit, une phase de rupture du régime avec reprise compulsive de l'alimentation écartée. Ce phénomène est responsable d'une reprise supérieure à la perte. Cette reprise risque à terme de motiver la réalisation d'un nouveau régime restrictif. Le cercle vicieux est alors enclenché. Le poids évolue en dent de scie, s'élevant progressivement au fil des régimes.

Madame G. 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Et après pour perdre 10 kilos, j'ai fait du régime, j'ai pris 15 kilos, pour perdre mes 15 kilos j'ai fait encore du régime, j'ai pris 20 kilos... C'est toujours... Tout ce que je voulais faire des mauvaises choses, là je prenais du poids, chaque fois.

La prise de poids est directement liée à l'alimentation. Ceci est intégré par de nombreux patients. Cependant l'alimentation est elle-même influencée par de nombreux autres facteurs. Elle est un fait social et est influencée par l'environnement du sujet, par sa culture, sa religion, son mode de vie, son niveau socio-économique ou encore son état psychologique. Ainsi il existe une multitude de facteurs causaux

influençant indirectement la prise de poids par l'alimentation. La précarité influence de nombreux champs de la vie quotidienne, et par conséquent l'alimentation.

Les facteurs modifiants l'alimentation peuvent donc être multiples et intriqués, et la précarité ajoute un niveau de complexité supplémentaire.

Madame T, d'origine ivoirienne a un IMC à 38,9 kg/m². Elle explique que la migration dans un autre pays a complètement bouleversé son alimentation. Les aliments proposés et les systèmes d'approvisionnement ne sont pas les mêmes que dans son pays d'origine. Elle y trouvait des produits endémiques, non transformés, mais n'a pas réussi à trouver de produits équivalents dans son nouveau mode de vie. Ses habitudes diététiques passées lui avait permis un équilibre alimentaire et pondéral, elles ont été rompues lors de l'émigration.

Cette situation implique un effort et surtout une capacité d'adaptation importante, qui n'est pas forcément un problème prioritaire pour cette population. Le changement de mode alimentaire peut également être, lors de la migration un facteur d'intégration à la société d'accueil, la nourriture ayant une forte valeur identitaire.

Enfin, le climat devenu plus tempéré induit une augmentation de la prise alimentaire, ainsi qu'une préférence pour les aliments caloriques.

Intervenant : D'accord. Mais mis à part l'arthrose, est-ce qu'il y a d'autres raisons qui pourrait vous pousser à perdre un peu de poids ?

Madame T, 41 ans, IMC à 38,9 kg/m², d'origine ivoirienne : Ben oui, ça ne me plait pas ce poids. C'est quand je suis arrivée en France que j'ai commencé à avoir ce poids.

L : D'accord, donc le poids, vous l'avez pris quand vous êtes arrivée en France.

Mme T : Ben oui.

L: D'accord, et donc, vous pensez que c'était lié à quoi alors ? vous faisiez plus d'activités avant ?

Mme T: Non parce qu'ici tout ce que nous consommons, tout est rempli de vitamines.

L: D'accord, vous pensez que l'alimentation, elle est trop riche ici ?

Mme T: C'est pas question de « riche », il y a trop de vitamines dedans.

L: Oui.

Mme T: Tout n'est pas naturel comme chez nous.

L: D'accord, donc vous pensez que l'alimentation elle n'est pas naturelle et que c'est ça qui cause un peu le surpoids ?

Mme T: Euh oui.

L: D'accord, et vous pensez que vous mangez plus qu'avant ? Qu'avant d'arriver en France ?

Mme T: Ben, je peux dire que oui, parce qu'ici quand il fait froid c'est là que j'ai envie de manger.

L: D'accord...

Mme T: Ça, il n'y a pas ça chez moi là-bas.

L: Chez vous il fait plus chaud et du coup vous mangez moins ?

Mme T: Oui.

Durant les rappels, de nombreux patients expliquent qu'un état anxieux perturbe leur équilibre alimentaire. La nourriture peut être vue comme un refuge, pour permettre de trouver du réconfort, d'échapper à l'environnement anxiogène. Ainsi, un état de stress, peut conduire, à une augmentation de l'apport quotidien mais aussi à des crises de compulsion alimentaire et à des phénomènes de grignotage. La notion "d'aliment plaisir", à index glycémique élevé ou riche en lipides, permet également d'expliquer la prise de poids.

On peut là encore supposer que la situation de précarité de la population étudiée favorise les situations anxieuses (difficultés économiques, administratives, isolement social, insécurité...) et donc possiblement la prise de poids.

Madame H explique ainsi que l'angoisse l'a fait manger en continu, son apport alimentaire quotidien est donc totalement désorganisé.

Madame H, 45 ans, 77 kg : Le stress, un côté angoisse... Attention... Avec l'angoisse, t'as envie de manger tout le temps. Ça me rajoute encore... (...) Ça fait deux ans que je fais des crises d'angoisses alors j'ai les kilos, j'ai pris 24 kilos.

Madame J. raconte que le stress lui fait perdre le contrôle de son alimentation. Elle vit un problème conjugal face auquel elle n'a d'autre échappatoire que la nourriture. Ainsi elle répond à chaque situation anxiogène par un apport alimentaire.

Intervenant : D'accord. Et du coup, elle qu'est-ce qu'elle pense de son poids actuellement, est ce que son poids lui convient ou comment ça se passe ?

(fille traduit à la mère, qui lui répond)

Madame J, 48 ans, IMC à 35,7 kg/m², sans emploi, d'origine turque (traduite par sa fille) : Elle aime pas non plus son poids, ça lui convient pas vraiment. Mais elle arrive pas à faire des régimes parce que, quand elle stresse elle mange.

L : D'accord et elle trouve qu'elle est beaucoup stressée en ce moment ?

(fille traduit à la mère, qui lui répond)

Mme J (traduite par sa fille) : Oui.

L : D'accord, et il y a une raison particulière ?

(fille traduit à la mère, qui lui répond)

Mme J (traduite par sa fille) : C'est à cause de problème de famille avec le père.

L : D'accord, donc elle pense que son poids est dû aux problèmes familiaux, quoi qu'elle mange trop à cause des problèmes de famille.

Fille de Mme J : C'est pour ça qu'elle stresse. C'est à cause des problèmes familiaux qu'elle stresse beaucoup.

Il faut cependant nuancer cette relation par les réponses interindividuelles face à l'angoisse. En effet, comme le met en évidence Monsieur K, le stress peut également

chez certaines personnes avoir un effet anorexigène. Quoi qu'il en soit un état anxieux est une situation qui risque de déséquilibrer une alimentation contrôlée.

Monsieur K. 47 ans, IMC à 30,1 kg/m² : Le stress, il y en a qui maigrissent, il y en a qui prennent du poids, ça dépend de votre vie, de plein de choses, de plein de paramètres.

Monsieur K. poursuit en expliquant que la vie dans un QPV est en soi une source importante d'anxiété. Pour lui, cette même anxiété est responsable de sa prise pondérale.

Monsieur K, 47 ans : Ça dépend des gens aussi. Les gens aussi je veux dire, c'est comme un environnement où vous vous sentez bien j'habite dans un quartier de merde, malheureusement c'est comme ça. Il fut un temps c'était très agréable à vivre mais là ça s'est dégradé.

Intervenant : Ça ajoute du stress en plus.

M.K. : Ça rajoute énormément de stress. C'est mon stress principal.

L'apport alimentaire peut également être une échappatoire à un état de tristesse. De la même façon que pour fuir un état anxieux, la personne va trouver du réconfort dans la nourriture.

Au Québec, l'expression "manger ses émotions" est employée pour définir ce phénomène. Cet état de souffrance peut être idiopathique, secondaire à des événements de vie, et même secondaire à sa situation pondérale.

Là encore, la précarité par définition, entraîne une charge mentale plus importante, qui peut expliquer partiellement un taux d'obésité plus élevé dans les milieux précaires.

Par ailleurs, on peut s'étonner qu'à l'abord de la question du poids, les réponses s'étendent rapidement et davantage sur les difficultés de vie plutôt que sur l'alimentation et l'exercice physique, en dépit des messages de santé publique qui se concentrent sur la nutrition.

*Madame U. 39 ans, IMC à 44,9 kg/m², employée : J'ai eu deux cancers, j'ai eu un cancer à la jambe, un cancer de la peau, j'étais une femme violentée, j'étais massacrée par un homme pendant sept ans, donc voilà, tout fait que... Je dis souvent que le poids que je porte est le **poids de la souffrance** que j'ai eue.*

Madame M. explique que ses problèmes personnels et familiaux ont impactés son alimentation et sont donc indirectement responsables de sa prise de poids.

Madame M, 42 ans, IMC à 34 kg/m², d'origine congolaise : Après j'ai négligé... J'ai eu quelques soucis J'ai perdu ma sœur, j'ai fait une fausse couche, beaucoup de soucis dans ma vie, le divorce. J'ai dit bon... ça a pas marché. Donc, c'était compliqué quoi, c'est là où je savais plus, côté budget aussi revenu, j'avais eu des soucis, donc j'arrivais plus à faire le sport et j'arrivais plus à acheter de la nourriture comme j'achetais avant de la nourriture saine. Je mangeais ce qui se présentait devant moi.

Madame A met en évidence le lien étroit entre environnement et alimentation. La charge de travail et la pénibilité du quotidien l'ont empêchée de manger comme elle l'aurait voulue. On peut se demander si ses problèmes l'ont empêchée de préparer des repas sains ou si cet état de stress était propice à une alimentation réconfortante mais déséquilibrée.

Madame A, 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : J'ai fait des travaux chez moi, j'ai beaucoup de problèmes. J'ai mangé, j'ai repris deux kilos, au lieu d'aller en cure j'ai refait mon sol, c'était tellement pénible que je pouvais pas manger correctement.

A la suite de problèmes familiaux, Mme DE a augmenté sa ration alimentaire et ne ressentait plus de sensation de satiété. Dans ces conditions, l'apport alimentaire répond à une souffrance psychologique mais pas à une faim, encore moins à un besoin physiologique d'apport.

Intervenant : Ah voilà, ouais. D'accord, et en fait pour vous la raison d'avoir pris du poids, c'est vraiment suite à cette prise de médicament ?

Mme DE, 23 ans, IMC à 23,9 kg/m², sans emploi : Euh, bon avant j'étais pas... Enfin quand j'étais au lycée j'étais au 58 kilos, ensuite suite à des problèmes, j'avais pris un petit peu de poids, mais j'ai pris vraiment du poids (inaudible) j'étais un peu dégoutée, (inaudible) je pouvais bouffer le soir et dix minutes plus tard c'est comme si j'avais rien mangé. (rire)

L : D'accord.

Mme DE : Franchement, c'était, c'était fort.

L : D'accord, vous avez dit un moment, au lycée vous aviez 58 kilos et après vous aviez eu quelques problèmes, et ce que vous aimeriez parler un peu de ça. Qu'est ce que vous appelez des problèmes ?

Mme DE : Des problèmes familiaux, enfin bon la vie.

L : D'accord. Du... C'était... vous mangiez plus, ou bien vous étiez ? Enfin qu'est ce qui pour vous explique la prise de poids ?

Mme DE : Ouais, voilà. Plus jeune, quand j'avais des soucis et tout ça, je ne mangeais pas. Alors que quand j'ai eu ces problèmes-là, je mangeais plus. Je mangeais plus et du coup, après avec la dernière année je mangeais, on avait pas le temps de rentrer en fait. Donc on mangeait 4 fois dans la semaine dehors. Donc je ne vous raconte pas les Döner, les McDo et les Quick.

Comme l'indique plus haut Madame DE, le rythme de vie peut empêcher une diététique plus équilibrée. Par manque de temps, elle fréquentait la restauration rapide

et consommait ainsi une nourriture jugée moins saine mais plus facilement accessible, et plus pratique au quotidien.

Dans cet extrait déjà cité plus haut, Monsieur T explique aussi qu'ayant un emploi du temps chargé, il se retrouve fatigué. Il lui est alors plus simple de consommer des plats qu'il juge pourtant néfaste pour sa santé.

Monsieur T, 53 ans, 87 kg, employé : Oui, enfin mon problème d'estomac n'est toujours pas trop réglé. J'ai vu l'infirmière hier, on a parlé diabète, alimentation et plein de choses, on a fait un peu le topo, on se revoit dans quinze jours. Il m'a fait le résultat de l'analyse aussi.

Intervenant : Et comment vous avez trouvé cette rencontre avec l'infirmier ?

M.T. : C'était intéressant dans le sens où il m'a expliqué les produits à marier ensemble on va dire. Je lui ai expliqué, comme je suis souvent en déplacement, comme aujourd'hui je suis à Bugatti, donc je suis un peu ... pour faire des repas équilibrés, c'est un peu compliqué. Donc j'ai plus tendance à acheter des trucs un peu cuisinés, ce qui est pas forcément bon bien sûr. Je me suis engagé à le revoir dans 15 jours, en faisant quand je suis chez moi, des plats un peu plus avec des légumes et des trucs un peu plus légers. (...)

Même dans mes jours de repos j'ai pas beaucoup de repos. Je suis un peu à 200 à l'heure un peu tout le temps, et à un moment, je fatigue, je vais manger plus simplement une pizza plutôt que de me dire que je vais faire des légumes. Après vous prenez des habitudes de facilité et c'est ce qui est pas bon.

Mme L. décrit des phénomènes de compulsion alimentaire lors du sevrage tabagique, qui persistent encore malgré la reprise de la cigarette. Bien que le sevrage tabagique soit évidemment bénéfique pour la santé du patient, il est à noter que chaque tentative de sevrage est une période à risque de compulsion alimentaire et donc de prise de poids à plus ou moins long terme. La consommation tabagique étant plus élevée en milieu précaire, on peut se demander si la fluctuation de la

consommation au sein de cette population peut jouer un rôle dans la surreprésentation de la surcharge pondérale.

Madame L. 62 ans, IMC à 27,1 kg/m², retraitée, d'origine bosniaque : J'ai arrêté de fumer et je mangeais, je mangeais... tout ce que je trouvais je l'avalais et j'ai pris du poids, j'avais plus perdu, j'ai recommencé à fumer mais ça restait toujours à une dizaine de kilos.

La pauvreté économique est en grande partie responsable des situations de précarité dans notre pays. Les difficultés financières obligent les personnes précaires à ne dépenser que ce qui est nécessaire à leur vie quotidienne. Le premier besoin vital reste l'alimentation. Les patients ont dû établir une stratégie afin de respecter leur budget et leur permettre de pourvoir à leurs autres champs de dépense.

A l'achat, l'apport calorique à moindre coût est recherché. Les patients sont conscients des aliments qui leurs permettraient d'équilibrer leurs apports, mais s'interdisent leur consommation du fait de leur prix. Cela bouleverserait complètement l'équilibre financier fragile qu'ils ont réussi à trouver.

Les difficultés financières expliquent donc aussi en partie la répartition de la surcharge pondérale en milieu précaire par la limitation, voire l'impossibilité pour certains, d'accès à une alimentation de qualité.

Mme M. explique qu'à la suite de problème financier, elle a dû réajuster son budget alimentaire et ainsi ne plus avoir accès à des aliments qu'elle juge plus sains.

Madame M, 42 ans, IMC à 34 kg/m², d'origine congolaise : Côté budget aussi, revenu, j'avais eu des soucis donc j'arrivais plus à faire du sport et j'arrivais plus à acheter de la nourriture comme j'achetais avant de la nourriture saine. Budget aussi, ça a compliqué... ça a compliqué un peu, parce que contrôler les aliments c'est un budget.

Mme W. a bien intégré les recommandations diététiques. Elle se heurte cependant au prix des aliments recommandés. Elle explique que pour équilibrer son budget elle doit toujours consommer les produits les moins chers, qui sont souvent plus sucrés ou plus gras.

Intervenant : Oui, d'accord. D'accord. Et du coup vous aviez déjà essayé vous même c'est ça ? Mais sans consulter de médecin ?

Madame W, 56 ans, 80 kg : Voilà, oui, oui. Je me suis dit je vais faire des efforts...

L : C'était quoi les efforts ?

Mme W : Manger pas trop sucré. Pas trop sucré peut être ? Mais après plusieurs fois j'arrivais pas, j'oublie et je recommence à manger.

L : D'accord, vous arrêtez les régimes, vous grignotez vous... ?

Mme W : Oui. Et en plus ils disent il faut acheter des bonnes choses, des bons aliments... là c'est trop cher. Il faut aller toujours vers les produits les moins chers, et c'est eux qui faut acheter des trucs...

L : C'est très intéressant, oui.

Mme W : Il y a trop de sucres, il y a trop de... oui, j'ai vu que aussi ça c'est un poids aussi qui... les bonnes choses, c'est trop cher pour nous.

L : Je pense que vous avez raison, c'est...

Mme W : Pour aller faire les rayons, là où c'est cher, on peut pas y aller.

L : Vous avez l'impression que c'est parce que vous avez pas beaucoup d'argent, vous avez moins de chances de... de vous en sortir ?

Mme W : Voilà... Moins de chances de vivre avec une alimentation saine, par rapport à moi, ce que je vois. Mais c'est vrai que les légumes sont pas trop chers, c'est vrai. Mais par rapport aux confitures, aux biscuits, des choses bio... on peut même pas regarder.

L : Ouais.

Mme W: Les fromages, ou il y a pas trop de gras. Il faut aller toujours vers les fromages les moins chers, les gruyères les moins chers. Vous voyez, donc c'est ça.

L: Oui.

Mme W: Les courses c'est tout le temps comme ça, on remplit le caddie.

Une patiente raconte son antécédent d'anorexique boulimique. Il l'a amenée à avoir un rapport pathologique à la nourriture, qu'elle relie à sa situation d'obésité actuelle.

Madame U. 39 ans, IMC à 44,9 kg/m², employée: Je suis quand même une ancienne anorexique boulimique je l'ai été toute mon adolescence, jusqu'à 20 ans. J'ai été anorexique et boulimique de 15 ans à 20 ans je suis restée malade. J'ai été reconnue anorexique mentale, c'est une maladie, on en guérit pas, elle peut se redéclencher à n'importe quel moment, face à une frustration y a deux ans j'avais encore des grosses crises de boulimie, je pouvais me faire vomir jusqu'au sang en fait j'ai trouvé le moyen de pallier aux crises je m'occupe à faire autre chose, je sors, j'évacue cette frustration. Il y a deux ans, j'avais encore de grosses crises de boulimie.

A côté de l'alimentation, la diminution de la dépense énergétique peut également induire un déséquilibre de la balance énergétique et être responsable du surpoids.

L'activité physique est définie par un mouvement produit par les muscles responsables d'une augmentation de la dépense énergétique, quel que soit son contexte (sportif, loisir, professionnel, déplacement...). L'activité sportive, implique la notion de loisir et de règles du jeu, tandis que la sédentarité est un mode de vie impliquant une faible fréquence de déplacement et une station assise ou allongée prolongée. Durant les entretiens ces notions sont assez confuses. Le terme de sport est probablement utilisé par abus de langage et englobe toute activité physique.

L'absence ou l'arrêt d'une activité "sportive" pourrait selon des patients favoriser la prise de poids.

Madame Z pense ainsi ne pas commettre d'erreur diététique, mais elle estime ne pas marcher assez pour dépenser les calories ingérées.

Intervenant : Et du coup vous pensez que c'est quoi qui fait que le poids il a augmenté comme ça ?

Madame Z, 64 ans, IMC à 36,69 kg/m², retraitée, d'origine arabe : Ouais, ouais. Non, le manger ça va, peut-être c'est comme je marche pas beaucoup, je brûle pas les calories. Parce que quand je pars en vacances, tellement je mange beaucoup mais je marche beaucoup, je maigris, même pas 80 kilos.

L : D'accord. Quand vous marchez, quand vous allez en vacances, vous perdez du poids, et quand vous revenez vous...

Mme Z : Oui, je marche pas, ça ne part pas, ça reste de la graisse.

Pour Madame D, l'absence d'activité sportive s'ajoute à une mauvaise hygiène alimentaire, ainsi les différentes causes de surpoids peuvent se cumuler.

Madame D, 37 ans, 82 kg, sans emploi : Je me disais c'est ma faute, je fais pas le sport, je contrôle pas ce que je mange... Du coup j'ai pas pensé à voir le médecin pour le poids. C'était un peu... J'ai pas une très bonne hygiène de... Je mange de tout... Je contrôle pas ce que je mange, je mange de tout, même quand je sais que c'est pas bien pour mon organisme je peux pas m'empêcher et je fais pas le sport...

Une explication possible de cette baisse d'activité pour les populations migrantes est l'adoption d'un mode de vie occidental. En effet l'urbanisation et l'aménagement des infrastructures permet une diminution des distances à parcourir. Les moyens de

locomotion physique sont remplacés par la voiture ou les transports en commun. Les activités professionnelles quand il y en a, sont de manière générale plus automatisées et moins physiques.

La pratique du sport implique un investissement financier, voir une cotisation ou une licence. Bien que n'apparaissant pas pendant les rappels, on peut légitimement penser que les difficultés financières éprouvées par les patients précaires les privent d'activités sportives encadrées.

Le changement de statut professionnel peut empêcher la poursuite d'une activité physique.

Madame K. explique que sa pratique d'activité sportive était liée à sa formation professionnelle, l'arrêt de cette dernière s'est accompagné d'une baisse de dépense énergétique.

Intervenant : Vous pensez que c'est arrivé en combien de temps ?

Madame K, 25 ans, employée : J'ai arrêté ma formation en école de police en 2012

L : Donc avant vous étiez très sportive avec l'école de police ?

Mme K : Oui... Avant je partais courir. Je faisais 15km. J'étais quand même assez sportive.

Le travail peut, par la tâche demandée contribuer à augmenter la dépense énergétique quotidienne. Le chômage, plus fréquent dans les QPV, pourrait donc impliquer à contrario une baisse d'activité physique.

Des événements de vie ou l'apparition de pathologies peuvent également interrompre les habitudes sportives des patients. Mme DE explique que son surpoids est lié à l'arrêt d'une pratique sportive imposé par sa grossesse.

Intervenant : D'accord, et est-ce que vous aviez déjà parlé de cette question du poids avant, avec votre médecin avant la grossesse je parle ?

Mme DE, 23 ans, IMC à 29,13 kg/m², sans emploi : Euh... Non pas plus que ça, parce qu'en fait avant je faisais du sport, j'étais à 64, et après j'avais pris un petit peu. Et du coup après, il y a eu la grossesse.

Les problèmes médicaux sont en partie responsables de la surcharge pondérale pour plusieurs patients. La situation de surpoids devient alors une conséquence de la maladie : le surpoids est un symptôme qui s'intègre dans un cadre syndromique plus vaste, pouvant faire passer la problématique pondérale au second plan.

Contrairement aux situations alimentaires et de dépenses énergétiques où un sentiment de culpabilité peut exister, ici, le patient subit une pathologie qui s'abat sur lui. Il en est la victime. La perception du poids est modifiée, la personne peut ressentir un sentiment d'injustice ou de fatalité.

En accord avec les connaissances médicales, les patients pensent que les pathologies endocriniennes peuvent être responsables d'une prise de poids.

Le diabète est souvent corrélé à une situation de surpoids. Plusieurs patients, comme Monsieur R. pensent que leur surpoids est secondaire au diabète.

Intervenant : Est-ce que vous avez déjà parlé du poids avec votre médecin ?

Monsieur R. 50 ans, IMC à 36,3 kg/m² : Il me dit... Je lui dit que je ne mange pas autant qu'il peut le penser. C'est plutôt à cause de mon diabète.

Par ailleurs, on remarque sur cet extrait un préjugé du corps médical puisque son médecin suppose que Monsieur R. est en surpoids car il mange trop. Cette association est en décalage avec la vision du patient.

D'autres ont remarqué que la prise de poids est un effet secondaire d'une insuffisance thyroïdienne.

Madame Y, 59 ans, IMC à 30,2 kg/m² : J'ai trop de problèmes endocriniens. Y a les (inaudibles) et tout ça.

Intervenant : Vous pensez que ça peut jouer sur le poids ou ça peut jouer complètement ailleurs.

Mme Y : Ca joue sur le poids parce que auparavant je n'avais jamais pris.

(...) L'hypothyroïdie, ça crée tout ça, ça créer des problèmes de poids.

Madame G. 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Un professeur, il m'avait dit je dois utiliser un médicament de thyroïde toute ma vie, 25 mg Et quand je suis venue en France vous avez pas besoin de prendre toute votre vie. Ils m'ont coupé. Depuis ce jour-là, petit à petit, j'ai pris beaucoup de poids.

A plusieurs reprises, la grossesse est l'évènement précurseur de la prise de poids. Pour la patiente, elle marque la porte d'entrée d'une situation de surpoids pouvant persister dans le temps.

Intervenant : Ça fait combien de temps que vous avez eu cette grossesse ?

Madame S. 23 ans, IMC à 33 kg/m² employée : Ben, elle va avoir 3 ans.

L : D'accord, vous aviez pris pendant la grossesse ?

Mme S : Oui.

L : Avant la grossesse, vous étiez bien avec votre poids ?

Mme S : Non, ça allait, j'avais un peu de ventre mais moins que après la grossesse.

Madame D, 37 ans, 82 kg, sans emploi : C'est pas mon poids habituel mais **depuis mon accouchement** j'ai pris des kilos que j'ai pas perdus.

Intervenant : D'accord. Et vous avez pris du poids ça fait longtemps ? Qu'est ce qui s'est passé ?

Madame Z, 64 ans, IMC à 36, 69 kg/m², retraitée, d'origine maghrébine : Euh... depuis... Ça fait 29 ans que j'ai perdu du poids et j'ai porté le poids (inaudible) à mon fils.

L : Depuis que vous avez accouché ?

Mme Z : Oui, oui c'est le dernier.

L : D'accord.

Mme Z : Le 5ème.

L : D'accord, après le 5ème...

Mme Z : Avant ça va.

L : Avant ça va ?

Mme Z : Oui avant 70, ça dépasse pas 70, après ça monte à 80 jusqu'à arriver à 100 kilos, 104 kilos.

A de nombreuses reprises, des situations d'iatrogénie sont décrites. La prise de poids peut être imputée à la prise d'un traitement médicamenteux, qui peut modifier le comportement alimentaire.

Madame O. explique l'effet orexigène de son traitement contraceptif, qu'elle associe à sa prise pondérale. De nombreux traitements peuvent augmenter la sensation de faim, donc être responsable d'une prise de poids comme les neuroleptiques, certains antidépresseurs, thymorégulateurs ou encore certaines pilules contraceptives.

Intervenant : D'accord et vous aviez pris du poids depuis longtemps ?

Madame O, 30 ans : Après c'est aussi à cause du moyen de contraception que je prenais beaucoup de poids aussi, à cause de mon stérilet je prenais beaucoup de poids aussi, parce que j'avais tout le temps faim, je voulais tout le temps manger, tout le temps faim. Depuis que j'ai enlevé le moyen de contraception ça m'aide. J'ai moins d'appétit qu'avant aussi.

L : D'accord, donc ça, ça a aidé aussi.

Mme DE explique avoir pris du poids suite à la prise d'un médicament pour traiter une paralysie faciale. On peut supposer qu'il s'agisse d'une corticothérapie, responsable d'une hausse de l'appétit mais aussi une modification du métabolisme glucido-lipidique par insulino-résistance.

Intervenant : D'accord. (rire). Parce que pour vous aussi, l'activité physique le sport c'est quelque chose qui vous, qui vous f...

Madame DE, 23 ans, IMC à 29,13 kg/m², sans emploi : Ben, on va dire qu'autrefois j'aimais le sport quand j'étais... Il y a 4-5 ans, j'aimais beaucoup le sport, à l'école et tout ça. Et après, j'avais arrêté (inaudible) et avec les médicaments j'avais pris énormément de poids.

L : D'accord.

Mme DE : Et après, je me sentais très mal dans mon corps. Après j'ai commencé à faire un peu de sport et j'ai perdu des kilos.

L : D'accord. Ca c'était quand vous étiez adolescente vous aviez dit au lycée ?

Mme DE : Ouais quand je... Ma paralysie faciale je l'ai eu il y a 2 ans.

D'autres traitements sont désignés comme responsables par les patients bien que moins en accord avec les connaissances scientifiques comme une chimiothérapie ou un traitement par opioïde. Une corrélation temporelle a été mise en évidence par les patients, sans tenir compte d'un éventuel facteur confondant. Ainsi une rémission post

chimiothérapie de Madame F a pu permettre de reprendre le poids perdu lors d'une altération d'état général associée à un cancer.

Madame LM décrit une prise de poids sous morphine, donc durant une période avec des douleurs intenses. Ces dernières ont pu être responsables d'une baisse d'activité.

Intervenant : D'accord et vous avez toujours eu ce poids ? Ou à l'époque vous étiez plus maigre ?

Madame F, 64 ans, IMC à 32 kg/m², d'origine maghrébine : Non, non avant j'étais moins grosse. Depuis que je suis avec le... Un petit peu avant la chimio aussi. Comme ça 73 avant la chimio après ça a augmenté un petit peu.

L : D'accord, c'est avec les soucis de santé alors, que vous avez pris un petit peu.

Mme F : Oui. Mais ça va, maintenant, la santé, la maladie que j'ai eu, ça va, je m'en sors très très bien.

Madame LM, 57 ans, IMC à 29,4kg/m² : Ouai. Et même actuellement parce que j'ai pris du poids avec la morphine. J'ai fait presque 4 ans sous morphine.

Une opération chirurgicale peut être vécue comme le point de départ de la situation de surpoids. Là aussi on peut supposer l'existence d'un facteur confondant, l'alitement prolongé, la baisse d'activité physique imposée par période post opératoire.

Madame C. 55 ans, IMC à 31,2 kg/m², employée : Ça a commencé après l'opération, parce qu'avant l'opération j'avais pas de ventre.

Intervenant : C'est l'opération de votre prothèse c'est ça ?

Mme C. : Ouais.

Intervenant : Ca fait combien de temps que vous avez votre poids actuellement ?

Monsieur R, 50 ans, IMC à 36,3 kg/m² : Après la greffe en 2009, je me suis retrouvé à... J'ai 1m70, je me suis retrouvé à 78-80.

Intervenant : D'accord, et par rapport à votre poids est ce que vous avez déjà parlé de ça avec votre médecin de manière générale ?

Mme P, 21 ans, IMC à 27 kg/m² : Non.

L : Non ? Vous pensez quoi de votre poids vous ? Vous êtes contente comme ça ?

Mme P : En fait, moi j'ai pris du poids après l'opération donc oui, c'est vrai que ça me dérange.

Au final, les causes de l'excès pondéral ne se limitent pas qu'au simple "big two" de l'alimentation et de la dépense énergétique, notamment les problèmes psychologiques qui sont fortement évoqués.

Les patients décrivent des situations multiples. Pour une même personne il peut y avoir plusieurs causes associées, une même cause peut être influencée par de nombreux autres facteurs, ce qui va augmenter la difficulté de la prise en charge.

De la même façon que les patients ont identifiés de nombreuses causes de leur surpoids, les conséquences de leur corpulence sont très variables.

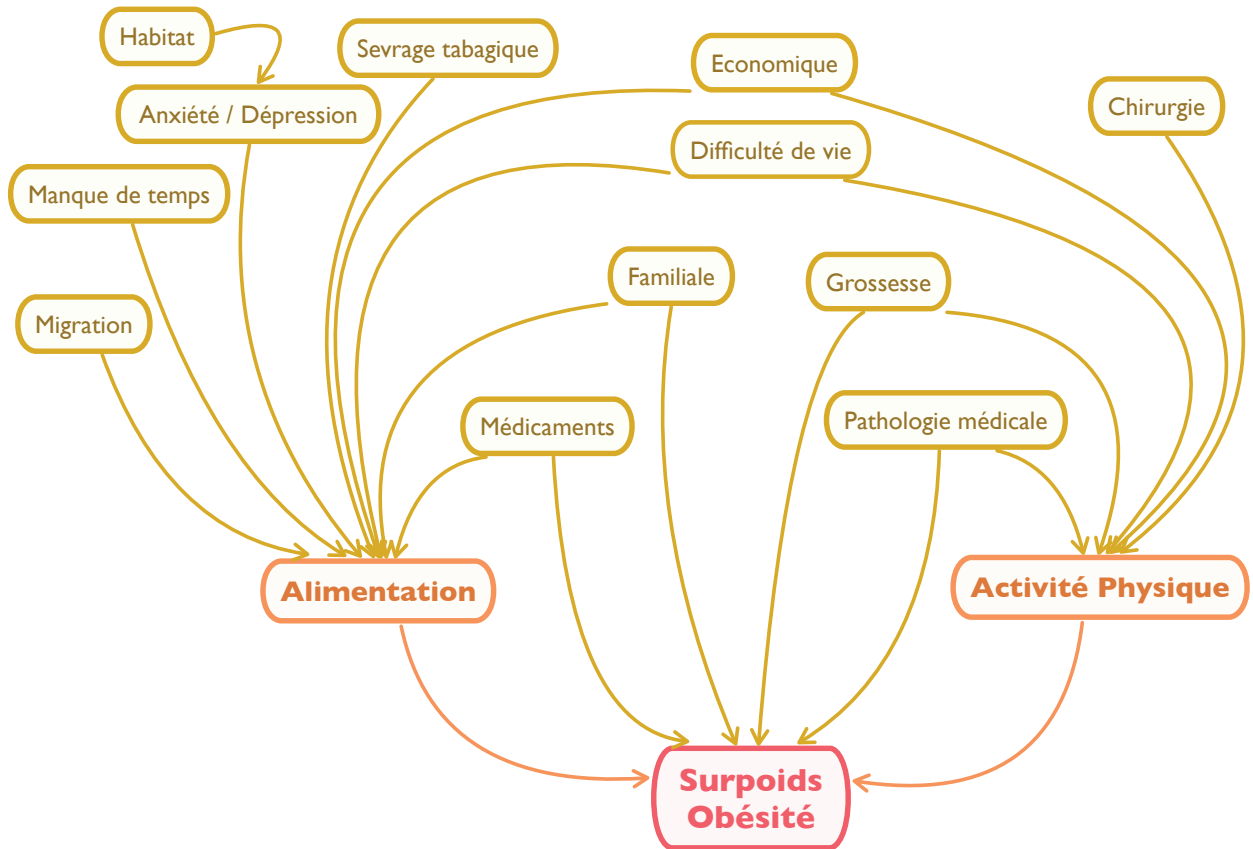


Figure 3 : Schéma récapitulatif des causes du surpoids et de l'obésité

4.6. Conséquences du surpoids et de l'obésité selon les patients

Comme développé précédemment, certaines personnes en surpoids n'ont pas conscience de cet état de fait et par conséquent n'en ressentent pas d'inconvénient. Cette perception des conséquences attribuées au surpoids ou à l'obésité est donc éminemment subjective. Cependant une grande majorité des personnes interrogées évoquent des conséquences négatives.

L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. La principale conséquence évoquée lors des rappels concerne l'impact psychologique de la surcharge pondérale. Cet impact compromet donc bien l'état de santé des patients.

Le surpoids est généralement vécu négativement par les patients qui le conscientisent. Ils emploient volontiers un vocabulaire dur. On peut observer l'utilisation répétitive d'un langage très cru chez Madame C, mettant en valeur l'impact psychologique de sa situation pondérale.

*Madame C. 55 ans, IMC à 31,2 kg/m² employée : Parce que je suis **grosse** (...) **Ce gros bide** ouais (...) C'est juste le fait de voir comment je suis, **ça fait dégueu** (...) Je **déteste** mon ventre (...) C'est vraiment **ma hantise** (...) Ça oui... Je vous dis, c'est un **cauchemar** (...) Je sais pas comment dire c'est un **désastre** !*

Madame U utilise le champ lexical de la mort en comparant l'obésité à une mort à petit feu.

Madame U, 39 ans, IMC à 44,9 kg/m², employée : Je dis souvent que le poids que je porte est le poids de la souffrance que j'ai eue. Et aujourd'hui, je vais beaucoup mieux dans ce sens là. C'est un suicide lent, faut pas se mentir... C'est se laisser mourir petit à petit.

Dans un contexte sociétal où les personnes en surpoids sont dévalorisées, stigmatisées et discriminées, l'impact négatif sur l'estime de soi est important.

Mme LM explique que son poids en tant que tel ne la gêne pas au quotidien, qu'elle ne pense pas avoir de problème médical à cause de ce dernier. Elle souffre par contre du statut de "gros", objectivé par son poids affiché sur la balance. Ainsi son mal être est occasionné par sa propre représentation de l'excès pondéral.

Intervenant : Une quinzaine de kilos. D'accord. Parce que là vous êtes gênée au quotidien par ça ?

Mme LM, 57 ans, IMC à 29,4 kg/m² : Non, ce n'est pas ça, mais je ne me sens pas bien.

L : Ouais.

Mme LM : Je ne me sens pas bien, je me sens grosse parce que j'ai pris du poids, donc je fais... Quand je monte sur la balance je vois que j'ai repris du poids, donc je me sens grosse.

L : Et quand vous dites, vous vous sentez pas bien, ça veut dire quoi, vous avez déjà eu des problèmes médicaux à cause de ça ?

Mme LM : Non, non, je me sens pas bien dans mon corps.

L : D'accord.

Mme LM : Mon corps ne me convient pas.

Monsieur R explique que son statut pondéral et la vision de son corps lui posent problème. Son poids lui pose un problème identitaire, comparé à une situation antérieure ou à un poids désiré. Cette transformation identitaire est responsable d'une baisse de moral, et donc à un déclin de sa santé mentale.

Monsieur R, 50 ans, IMC à 36,3 kg/m² : Ça m'indispose, **psychologiquement ça me... Ça me diminue**. Je ne sais pas comment résoudre ce problème. Physiquement je me reconnais plus Et parfois j'ai un coup de blues.

Monsieur T. explique qu'à son travail la majorité des personnes sont "maigres". Il définit ainsi une corpulence majoritaire qui devient la normalité et de laquelle il s'exclut.

D'une manière plus globale, pour conforter son intégration dans une société ou dans un groupe social, un individu va chercher à partager des marqueurs identitaires du groupe. Dans une société où la minceur est définie comme la normalité, on comprend donc la sensation d'exclusion vécue par les personnes en surpoids.

Monsieur T, 53 ans, 87 kg, employé : Comme je travaille à Bugatti ils sont tous maigres (inaudible) donc forcément...

Dans notre société, la construction identitaire est fortement influencée par l'apparence de l'individu. Le regard d'autrui a une importance capitale dans la représentation et l'acceptation de son corps. La corpulence est un trait physique rapidement identifiable visuellement. Les personnes en surpoids ont donc l'impression d'être rapidement jugées par la société.

Intervenant : Pourquoi ça vous convient pas ? [votre poids]

Monsieur Z, 46 ans, IMC à 30,1 kg/m², sans emploi : J'ai un ventre et j'aime pas ça (inaudible) et voilà, c'est ces problèmes là que j'ai vraiment.

Intervenant : Vous avez l'impression qu'ils vous jugeraient ?

Madame C. 55 ans, IMC à 31,2 kg/m², employée : Je sais pas... Moi je... J'ai l'impression qu'on voit que ça.

L : Qu'est-ce que ça représente pour vous d'avoir ce ventre ?

Mme C. : Sérieux c'est dégueu (...) C'est surtout au niveau du ventre mon problème.

L : Qu'est-ce que ça vous pose comme problème ?

Mme C. : Je déteste mon ventre.

Madame C explique que ce statut rend plus difficile l'accès à certains lieux publics où son corps pourrait être vu. De cette manière une personne en surpoids subit encore une discrimination, en se privant de liberté de déplacement. Certaines activités deviennent l'objet d'une autocensure par les patients en surpoids.

Intervenant : Dans votre vie quotidienne, ça a des conséquences ?

Madame C : Comment ça ?

L : Ben c'est à dire, ça change quelque chose pour vous depuis que vous avez pris le poids, vous avez dû modifier des choses que vous faisiez avant que vous faites plus.

Mme C : Je fais toujours pareil, c'est juste que je m'interdis d'aller à la piscine, des trucs comme ça quoi.

L'excès pondéral a un impact sur la façon de s'habiller des patients, ici aussi sur le mode d'une autocensure. Ils peuvent s'empêcher de mettre des vêtements à cause de leur morphologie, en privilégier d'autres pour cacher leurs formes. Cette discrimination peut aussi être due à la plus grande difficulté d'accès à l'achat de vêtement. Le choix d'articles de mode est beaucoup plus faible pour les patients obèses, les habits désirés n'étant souvent pas disponibles en grande taille. Ces conséquences du surpoids entraînent une dévalorisation de l'estime de soi et une souffrance psychologique.

Madame C, M et S mettent en évidence les discriminations et autocensures vestimentaires subies par les personnes en surpoids. Le recueil de donnée montre que cette préoccupation est essentiellement féminine.

Madame C. 55 ans, IMC à 31,2 kg/m², employée : J'achète toujours des trucs larges pour pas qu'on me voit. Des fois ça fait un peu sac, mais voilà.

Intervenant : C'est important pour vous que les gens... Vous avez l'impression qu'ils vous jugeraient ?

Mme C : Je sais pas... Moi je... J'ai l'impression qu'on voit que ça.

(...) Mettre des trucs serrés... Je les mets pas.

Intervenant : Donc au niveau de votre choix vestimentaire...

Mme C : C'est difficile parce que je trouve pas. Il faut que ce soit large, faut pas qu'on me voit. Donc un petit peu les activités et un peu les vêtements qui ont changé quand même.

L : Surtout les vêtements...

Mme C : Maintenant c'est fini tout ça.

L : Ça joue un peu sur le moral ?

Mme C : Un peu ouais quand même Y en a qui sont toujours bien habillés, modernes. Moi je peux pas Pourtant je vois des femmes fortes qui le font, mais moi je peux pas.

L : Vous avez un blocage.

Mme C : Moi ça me bloque tout à fait. Ma fille elle est quand même assez forte. Elle s'en fout, elle met des trucs à sa taille Moi je peux pas.

Madame M, 42 ans, IMC à 34 kg/m², d'origine congolaise : Je me sens un peu complexée quand je mets mes habits, ça entre pas, quand je vois des jolis habits, j'aimerais bien essayer, ça passe pas, ça fait trop mal au cœur.

Madame S. 23 ans, IMC à 33 kg/m², employée : Ça pend quand même, du coup question vestimentaire c'est un peu complexe quoi... Faut toujours que je trouve des hauts adaptés pour pas avoir mon ventre qui dépasse. C'est chiant à vivre.

Les personnes habitant dans des QPV sont déjà souvent discriminées, que ce soit au niveau social ou professionnel. L'ajout d'une discrimination supplémentaire dû au statut pondéral participe à accroître les inégalités des patients précaires et obèses.

Après avoir décrit les difficultés psychologiques comme causes potentielles de la prise de poids, on remarque ici, qu'elles peuvent aussi en être la conséquence. On rentre dès lors dans un cercle vicieux : le surpoids entraîne une souffrance morale, qui va elle-même être responsable d'une prise pondérale. Cette problématique va complexifier la prise en charge des patients en surpoids.

Les problèmes médicaux dus au poids sont l'autre catégorie importante de complications décrites par les patients.

Les patients utilisent le terme de santé qu'ils opposent à leur statut pondéral. Cette notion de santé reste vague. Elle est souvent vécue comme l'absence de maladie. Pour eux, leur situation pondérale favoriserait l'apparition de pathologies.

Madame M, 42 ans, IMC à 34 kg/m² d'origine congolaise : Et côté santé aussi je pense, ça [le surpoids] joue aussi, ça joue beaucoup.

Madame Q, 30 ans, IMC à 31,2 kg/m², sans emploi : Ça me convient pas dans le sens où ça va contre ma santé. (...) J'ai l'impression que je suis malade à cause de mon poids.

Intervenant : D'accord. Ensuite, j'aimerais vous poser quelques questions, un peu plus, particulièrement sur le poids, qu'est-ce que vous en pensez ?

Madame T, 41 ans, IMC à 38,9 kg/m², d'origine ivoirienne : Je sais qu'avoir trop de poids... Ça pèse... Ça fait que tu n'es pas tout le temps en bonne santé.

Là encore, on peut se demander l'importance de l'influence du discours du médecin sur l'opposition du surpoids et de la santé exprimée par les patients.

La majorité des complications médicales évoquées sont des pathologies dont les symptômes, bruyants, sont ressenties subjectivement par les patients. Au premier rang, on retrouve les troubles ostéoarticulaires causant des douleurs et des limitations, impactant les actes de la vie quotidienne.

Madame X explique par exemple que son poids complique ses déplacements et rend plus difficile ses obligations parentales.

Intervenant : *Qu'est-ce qui est difficile pour vous il y a autre chose ?*

Madame X : *Quand je me lève, j'ai des difficultés à me lever, faut que j'attrape quelque chose sinon je peux pas.*

(...) Faut que je perde du poids pour mieux m'occuper les enfants.

De nombreux patients observent un lien entre la prise pondérale et l'apparition de douleurs. Ces douleurs sont diffuses mais prédominent sur les membres inférieurs et le rachis, parties du corps subissant de manière accrues les contraintes mécaniques augmentées par le surpoids.

Madame B. 61 ans, IMC à 30 kg/m², d'origine marocaine : *Je veux pas que je dépasse 86 [kg] à cause de l'arthrose.*

Intervenant : *Vous pensez que ça peut faire mal ?*

Mme B. : *J'ai grossi, j'ai un peu mal dans les pieds.*

Madame X : *Cette fois j'ai pris 40 kilos c'est difficile pour moi, j'ai mal aux jambes.*

Intervenant : Ah oui, donc vous avez réussi à modifier votre poids ?

Madame L. 62 ans, IMC à 27,1 kg/m², retraitée, d'origine bosniaque : Oui, parce que je me sentais vraiment mal, à ma taille, 1m45, 46 avec 67 kilos, j'avais des problèmes avec le dos des problèmes de tout quoi, à cause du poids.

Monsieur T fait le lien entre l'alimentation liée à son ancien poids et l'apparition de crises de goutte. Cette complication l'a amené à perdre du poids pour éviter sa récurrence.

Intervenant : Selon vous votre poids il est stable depuis plusieurs temps ou vous avez pris ? Comment vous vous décririez un petit peu ?

Monsieur T. 53 ans, 87 kg, employé : Ben disons que quand j'ai eu les crises de goutte en 2013 ou en 2014, j'avais déjà baissé. Là, j'avais vraiment fait un régime très strict, de peur de refaire des crises parce que ça fait mal quand même.

Ici aussi, les troubles ostéoarticulaires déjà vécus comme une cause du surpoids, puisqu'ils réduisent la possibilité d'une activité physique régulière, en sont aussi une des principales conséquences.

Les difficultés respiratoires sont également des complications ressenties par les patients et impactant leur quotidien. Elles sont donc logiquement citées lors des entretiens téléphoniques.

Intervenant : Et aujourd'hui votre poids il vous gêne pour des raisons particulières ou c'est... Vous pouvez me dire ce qui...

Madame K 25 ans employée : Particulière oui... Je suis rapidement essouffée au moindre effort.

Intervenant : Et pour vous est ce que le poids avant, c'était un problème pour vous ou est-ce que ça vous importe peu ?

Madame W, 56 ans, 80 kg : Oui, oui oui.

L : Pour vous c'était un problème ?

Mme W : Oui, bien sûr que oui que c'est un problème, la fatigue... J'ai l'essoufflement, je ne me sens pas du tout bien non. Non ça me posait énormément de problèmes.

L : À cause du poids oui ?

Mme W : Oui. Oui, oui, oui, oui.

Mme W. pense également que l'apparition d'une pathologie tumorale est la conséquence d'une vie d'obésité. Aujourd'hui, l'obésité est reconnue comme un facteur de risque d'apparition de nombreux cancers. Durant l'entretien, elle raconte que le corps médical lui a expliqué que son poids pourrait en être la cause. Ce message a bien été intégré par la patiente.

Mme W : Ma priorité c'est la maladie. Avec tout d'un coup les radios, les consultations, les prises de sang, donc... On était dans ce... Tout d'un coup la maladie, elle est venue comme ça, elle est tombée sur ma tête comme ça.

L : Ouais. Mais là c'est la priorité, pour vous c'est pas un problème actuellement, ça je comprends bien.

Mme W : Mais c'est vrai que par rapport à la maladie, ils m'ont dit c'est une cause de... mais il y en a plusieurs causes, peut être que le surpoids aussi.

(...)

Mme W : Oui, oui là c'est trop tard, là j'ai fait une grand erreur oui. Moi j'étais tout le temps obèse. Tout le temps.

L : Oui, depuis petite ?

Mme W : Oui, oui.

L : D'accord.

Mme W : C'est vrai que le résultat est là, c'est la maladie.

(...)

L : Ouais. Après c'est pas forcément lié effectivement... Mais là c'est sûr que...

Mme W : Ben il y a les causes. Mais toujours on dit qu'est-ce qu'on a... De quoi elle arrive la maladie, et ils disent qu'il y a probabilité, parce que moi je n'ai jamais fait de sport, j'ai jamais bougé. Et peut-être si vous bougez, faites le sport, une bonne alimentation, équilibrée, il y en a moins de risque.

L : Pourquoi ? Par rapport au poids ou pour la maladie ?

Mme W : Par rapport à la maladie.

Des symptômes plus vagues sont aussi décrits. Madame Q. explique qu'elle ressent une plus grande fatigue et des sensations de fébrilité lorsqu'elle grossit.

Madame Q, 30 ans, IMC à 31,2kg/m², sans emploi : Je sens que mon poids me fatigue.
(...)

J'ai du mal quand je grossis, j'ai l'impression que j'ai du mal à respirer Et... J'ai des fièvres, je suis comme il disait, chaud froid.

Lors des rappels, la surcharge pondérale a aussi été désignée comme responsable de l'apparition de pathologie endocrinienne.

Madame A. lie l'apparition de son diabète à son surpoids.

Madame A. 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : Je suis à la limite en surpoids je suis en surpoids. D'où mon diabète.

Les patients désignent à nouveau une des causes du surpoids comme une conséquence de celui-ci. Causes, conséquences et maladies s'entremêlent dans l'esprit des patients.

Intervenant : D'accord, vous avez des problèmes de santé lié au poids ?

Madame E, 55 ans, employée : Ben j'ai un problème de thyroïde et de diabète.

L : Donc tout est un peu mêlé quoi.

Mme E : Voilà tout à fait.

Les patients évoquent aussi les conséquences cardiovasculaires liées au surpoids. Ces conséquences peuvent être silencieuses, non ressenties par le patient, mais diagnostiquées par un médecin lors d'une consultation, comme l'hypertension artérielle, ou encore objectivées par un indicateur biologique. La perception de la maladie est alors secondaire à l'annonce du médecin, puis probablement renforcée par les conversations sur les causes et leur prise en charge. Le surpoids est par exemple désigné comme une cause et la perte de poids un moyen de traiter l'hypertension artérielle. On comprend alors l'utilisation d'un langage plus scientifique que pour les autres complications médicales.

Monsieur T, 53 ans, 87 kg, employé : Mais grossir c'est pas bon, ça non.

Intervenant : Vous pensez que c'est pas bon pour quoi ?

M.T : Pour la santé **cardiovasculaire**, pour le **diabète** non plus je suppose.

Madame M, 42 ans, IMC à 34 kg/m², d'origine congolaise : **Hypertension** ça a baissé pendant... C'était quand même pendant un an, ça a beaucoup baissé.

Intervenant : Vous pensez que votre médecin généraliste pourrait vous aider à maigrir, à contrôler le poids ?

Madame B, 61 ans, IMC à 30 kg/m², d'origine marocaine : Pour maigrir non, non... J'ai fait la marche... Je mange pas parce que j'ai le **cholestérol** et j'ai la **tension**.

Les patients relatent des domaines de complication très vastes, incluant des comorbidités qui sont surtout bruyantes, des troubles psychologiques, des

discriminations. Les complications directes ressenties des patients peuvent être en désaccord avec les préoccupations préventives du médecin.

Les conséquences du surpoids ont souvent déjà été citées comme cause de cet état et ne peuvent donc que compliquer la prise en charge du poids.

Ces conséquences peuvent être source de motivation à perdre du poids.

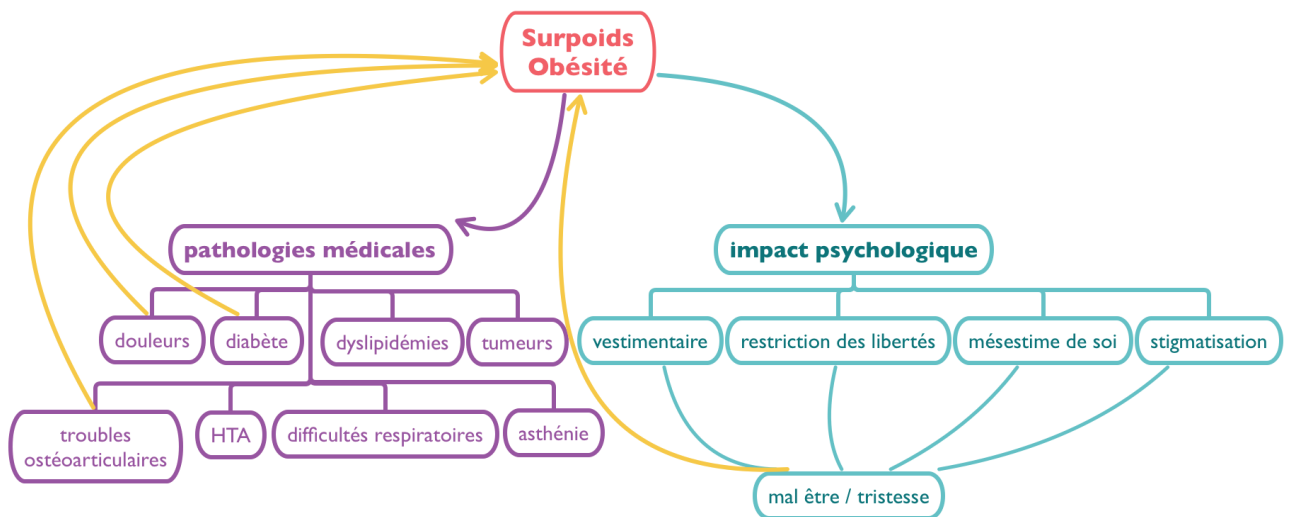


Figure 4 : Schéma récapitulatif des conséquences du surpoids et de l'obésité

4.7. Motivations à la perte de poids des patients

Bien que généralement perçu comme un problème, le surpoids peut être considéré comme une préoccupation secondaire, moins important que d'autres comorbidités, la

motivation à perdre du poids faiblit donc en cas d'autres affections considérées comme plus graves et passe au second plan.

Intervenant : Et je voulais vous demander je sais qu'en ce moment il y a cette maladie (pathologie tumorale), donc que c'est pas la priorité, mais est-ce que vous aviez déjà abordé la question du poids avec votre médecin ?

Madame W, 56 ans, 80 kg : Non, pas encore. Parce que dès que je l'ai vue elle m'a demandée dès le début... parce que la première consultation chez elle, elle m'a demandée de faire d'abord la mammographie parce que l'autre il me demande pas de la faire.

L : D'accord.

Mme W : Je l'ai déjà pas fait, je n'ai pas pris le temps, parce que lui il me demande. Moi j'ai dit, bon, je vais pas demander...

L : D'accord...

Mme W : Donc c'était un petit peu retard, c'est pour cela j'ai eu cette maladie du cancer du sein.

L : D'accord. Il a...

Mme W : Là, elle m'a demandé que ça, mais le poids euh... Non.

L : Là, l'important c'est de garder le poids pour l'instant. Et avant que vous avez ce...

Mme W : Elle m'a pas regardé, elle m'a pas parlé ce que je dois manger ou... Non, pas encore.

L : Ouais, et avant que vous ayez...

Mme W : Ma priorité c'est la maladie. Avec tout d'un coup les radios, les consultations, les prises de sang, donc... On était dans ce... Tout d'un coup la maladie, elle est venue comme ça, elle est tombée sur ma tête comme ça.

Le regard extérieur, notamment celui du cercle familial est important. L'entourage peut influencer la perception du poids des patients. Madame LM explique avoir pris conscience de son problème de poids et de comportement alimentaire, à la suite d'une conversation avec sa fille. Cette dernière emploie des mots très durs et dévalorisants. Cette mise en garde par l'entourage proche peut déclencher un déclic comme ici, mais il peut aussi être source de conflit au sein de la famille, et de perte d'estime de soi, qui

peut être contre-productif en créant du stress ou un mal-être chez la personne en surpoids.

Intervenant : Et quelles sont les raisons pour vous de l'échec ?

Madame LM, 57 ans, IMC à 29,4 kg/m² : Exact. Et après entre temps j'ai perdu ma mère. Ma mère était bien malade et donc entre temps qu'est-ce que j'ai fait, j'ai compensé la douleur, comme je voyais ma mère mourir à petit feu, je compensais avec la nourriture. **C'est ma fille qui m'a sauvée la vie**, parce que je mangeais sans fin. C'est à dire je mangeais, je mangeais, je mangeais. Et un jour elle m'a dit maman on dirait que **tu es une vache et que tu as 3 estomacs comme une vache**. Alors je lui ai dit arrête de dire ça sinon je t'en mets une, et c'est ça qui m'a fait le déclic.

L : Ouais, vous vous êtes rendue compte qu'il y avait des problèmes du coup ? Vous pensez que vous aviez des problèmes de poids à cause de l'alimentation, vous mangiez trop ?

Mme LM : Ben oui déjà ça et après comme j'ai eu des soucis, j'avais un lumbago et le médecin m'avait envoyé consulter, je suis allé faire un EMG pour les jambes, et elle m'a dit **si je continuais à prendre du poids comme ça, ben bientôt je ne marcherai plus**.

L : D'accord.

Mme LM : Ça a fait deux claques en l'espace de quelques jours.

L : Pour vous le poids ça posait un problème avant ou pas du tout ?

Mme LM : Tout à fait.

L : Ça vous posait un problème ?

Mme LM : Ouais.

Dans la citation ci-dessus, on peut par ailleurs souligner l'assimilation du poids à la mort. La patiente ressent la nécessité d'une prise en charge radicale et rapide afin d'éviter une issue fatale. On voit bien ici que le surpoids peut être une préoccupation forte, même au sein des populations précaires ou ce statut pondéral est presque une "norme", comparé aux classes favorisées.

La crainte de ne pas correspondre aux critères de beauté, voire de « normalité » peut être la source d'une volonté de perte du poids. La minceur est une caractéristique physique valorisée par notre société. Les modèles, les personnages publics vus dans les médias ou les publicités sont en très grande majorité minces. La perte de poids est alors motivée par la volonté d'assimilation à la norme sociale, surtout dans les lieux publics, à la plage ou à la piscine, où le corps est exposé au regard des autres. L'estime de soi passe par celle de la société.

Intervenant : C'est quelque chose qui vous travaille un petit peu, de vouloir maigrir ?

Monsieur T, 53 ans, 87 kg, employé : Non, mais c'est quand même l'été, pour aller à la piscine ou à la plage, faut pas que je ressemble à un boudin non plus.

La valeur quantitative du poids, interpelle Monsieur Z. Franchir le seuil des 100 kilogrammes représente pour lui un changement de statut, qu'il juge négatif.

Monsieur Z, 46 ans, IMC à 30,1 kg/m² sans emploi : Bien sûr. J'ai 80 kilos. Encore ce matin j'ai pensé, si je prends 20 kilos je suis à 100 kilos. C'est pour ça que je fais un régime.

Un avenir avec un poids moins important est perçu comme étant moins porteur de contraintes. Les personnes pensent pouvoir mieux assurer leurs obligations quotidiennes. Elles pensent aussi mieux se sentir dans leur corps. Les patients utilisent le champ lexical du bien-être, on peut se demander s'il s'agit du bien-être physique ou psychologique, probablement des deux.

Intervenant : Aujourd'hui, vous aimeriez encore modifier le poids ? Ou...

Madame M, 42 ans, IMC à 34 kg/m², d'origine congolaise : J'aimerais bien perdre 15 à 20 kilos, parce que je me sens plus bien dans mon corps. (rire)

Intervenant : Oui c'est sûr. D'accord. Et donc pour en revenir au poids, vous avez d'autres souhaits ? Quelque chose d'autre ?

Madame F, 64 ans, IMC à 32 kg/m², d'origine maghrébine : Mon souhait, je veux un petit peu baisser le poids pour être mieux, parce que j'ai senti aussi quand je suis un peu moins lourd, je me sens mieux. Il faut... Je suis pas bien, je suis dérangée des fois. Quand je... Ouais.

L : Quand vous... Vous trouvez que quand vous avez trop de poids ça vous...

Mme F : Ouais.

L : Ça va pas.

Mme F : Ouais.

Madame U explique vouloir perdre du poids pour être présente plus longtemps pour ses enfants. Elle projette une mort précoce secondaire à son obésité. Cette femme a une conscience accrue des enjeux sanitaires liés à son obésité. Elle est sensibilisée à la prévention de leur apparition. Le lien qu'elle entretient avec ses enfants est un facteur positif renforçant sa motivation.

Madame U. 39 ans, IMC à 44,9 kg/m², employée : La vie est faite de challenge La vie est tellement courte et on a encore tellement de choses à apprendre que pour mon bien être et surtout j'ai envie d'être là le plus longtemps possible là pour mes enfants (...) Je pense que j'ai des enfants, j'ai pas envie de les laisser.

Cependant la plupart des patients ne pensent pas au décès, mais utilisent volontiers la notion de santé. L'excès de poids est associé aux "problèmes de santé", tandis qu'une perte de poids est reliée à une meilleure santé. Le terme n'est pas plus détaillé et reste très global. S'agit-il de la santé psychologique, du traitement des complications ostéo articulaires, cardiovasculaires ou même de prévenir l'apparition de comorbidité ? Ce langage peut aussi refléter l'intégration des messages de prévention de santé

publique ou du corps médical, eux-mêmes souvent vagues, dont le public récite simplement les paroles, sans y associer une vision précise des « problèmes de santé » associés.

Intervenant : Et pour quelles raisons vous aimeriez perdre un peu de poids ?

*Madame V. 60 ans, IMC à 31,8 kg/m² : Ben déjà pour me sentir mieux. Je pense que ce serait **mieux pour ma santé** aussi.*

*Madame G. 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Quand je lâche je prends plus de poids. Voilà, comme ça j'ai fait dix ans. J'ai 42 ans mais je veux plus avoir de **problèmes de santé**.*

D'autres patients sont plus précis, ainsi la première cause de motivation médicale est de soulager les douleurs articulaires. Le surpoids est symptomatique, il ne s'agit plus de prévenir l'apparition de complication mais de diminuer l'intensité des symptômes ou leur aggravation.

*Madame B. 61 ans, IMC à 30 kg/m², d'origine marocaine : Je veux pas que je dépasse 86 à cause de **l'arthrose**.*

Intervenant : D'accord. Et vous vous pensez que le fait de perdre du poids, ça va vous aider pour quoi ?

Madame T. 41 ans, IMC à 38,9 kg/m², d'origine ivoirienne : Ben pour l'arthrose.

L : Parce que vous avez de l'arthrose, du coup ça vous aiderait pour l'arthrose.

Mme T : Ben, je pense.

L : Et il y a d'autres raisons pour lesquelles vous aimeriez perdre du poids ?

Mme T : Euh, pour (inaudible), ils m'ont dit de perdre du poids, parce que voilà... Ça va m'aider un peu, d'avoir moins de douleurs dans les genoux, ils m'ont dit.

Enfin, d'autres complications sont indirectement évoquées au cours de conversations sur la perte de poids. Madame B explique ainsi pouvoir perdre du poids grâce à l'alimentation qu'elle a modifiée à cause d'un diagnostic de dyslipidémie. Tandis que Monsieur T. explique avoir modifié son alimentation pour éviter la réapparition des douleurs liés à une arthropathie goutteuse.

Intervenant : Donc vous pensez que vous arriverez à reperdre [du poids] toute seule ?

*Madame B. 61 ans, IMC à 30 kg/m², d'origine marocaine : Oui, oui, je fais attention à ce que je mange **à cause du cholestérol.***

*Monsieur T, 53 ans, 87 kg, employé : J'avais vraiment fait un régime très strict, **de peur de refaire des crises** parce que ça fait mal quand même. [crise de goutte]*

La prévention est plus difficile à mettre en œuvre dans les populations précaires. Les difficultés à assurer les nécessités vitales, comme payer un loyer ou remplir le réfrigérateur occupent une place prépondérante en ce qui concerne le rapport à l'alimentation. Les patients qui appartiennent à ces populations ont alors du mal à s'inquiéter d'une éventuelle complication dans un avenir qui paraît lointain et incertain.

Lors des rappels, à de nombreuses reprises, le champ lexical est centré sur la notion d'obligation. Cette vision peut être mise en rapport avec une soumission à la norme sociale de minceur, établie par les classes sociales aisées. L'application des normes serait une source de motivation inconsciente. Les personnes ayant une position sociale affaiblie se sentent obligées de respecter ces normes pour ne pas être écartées de la société.

L'obligation se retrouve dans la nécessité d'appliquer les recommandations alimentaires.

*Madame A, 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : Je fais tout **ce qu'il faut faire**. (...) Moi j'aime beaucoup des choses que **je dois pas** manger.*

Les patients subissent aussi les normes esthétiques.

*Madame C. 55 ans, IMC à 31,2 kg/m², employée : Moi **il faut que** je camoufle.*

La perte de poids répond aussi à une soumission aux règles sociales.

*Madame X : Il **faut** que je perde... Faut que ça se fasse vite (...) **Faut** que je perde du poids pour mieux m'occuper les enfants.*

*Monsieur T. 53 ans, 87 kg, employé : Donc **faut** perdre un peu de poids.*

L'activité physique non plus, n'échappe pas à ce sentiment d'obligation.

*Madame L, 62 ans, IMC à 27,1 kg/m², retraitée, d'origine bosniaque : Il m'a dit **faut** faire sport, faut marcher.*

La préoccupation pondérale est confrontée aux multiples autres soucis rencontrés par les personnes précaires. Elles peuvent reléguer la prise en charge du poids au second plan. Les discours des institutions, la pression sociale et les normes esthétiques soumettent le patient précaire à une mise en conformité. D'ailleurs, leur

entourage aussi ne manque pas de le leur rappeler. Des notions plus vagues de santé sont aussi décrites. Ils mettent en lumière le lien établi entre obésité et altération du bien-être. On peut alors se demander l'origine de ce raisonnement, par intégration de la pensée dominante ou par expérience ? Il en va de même pour la prise en charge des problèmes médicaux, ou l'on peut se demander s'il provient d'un raisonnement ou d'une expérience personnelle, ou simplement de réciter les discours médicaux qu'ils entendent. Quelle qu'en soit la cause, le patient va se projeter dans une perspective d'un avenir meilleur avec une perte pondérale.

Une fois le patient motivé et décidé à perdre du poids, il va définir un objectif à atteindre.

4.8. Objectifs de perte de poids des patients

Comme pour l'histoire du poids, les causes, les conséquences et les motivations, les objectifs de poids sont très variés. Certains patients souhaitent uniquement maintenir leur poids, tandis que d'autres souhaitent perdre de quelques kilogrammes à plusieurs dizaines de kilogrammes. La volonté de vitesse de perte peut être rapide comme plus progressive. Enfin certains souhaitent perdre sur le court terme, tandis que d'autres insistent sur la nécessité de conserver cette perte de poids sur le long terme.

Ainsi on peut comparer la volonté de 3 patientes à perdre du poids dans le temps. Pour la première c'est la rapidité de la perte qui importe, la suivante insiste sur la notion

de progressivité, tandis que pour la dernière ajoute la volonté d'une perte régulière et durable.

Intervenant : Là c'est quelque chose que vous aimeriez régler rapidement ?

Madame X : Avant trois mois faut que je perde du poids.

L : Pour vous c'est important que ça aille assez vite.

Mme X : Avant l'été prochain il faut que je perde... **Faut que ça se fasse vite.**

Madame LM, 57 ans, IMC à 29,4kg/m² : J'avais perdu plus de... 60 kilos, en l'espace de 2mois et demi 3 mois.

Intervenant : Ah c'était bien... Mais trop rapide alors ?

Mme LM : Trop rapide alors ça me faisait des malaises.

L : Ouai, et donc là l'objectif il est de reperdre du poids progressivement c'est ça ?

Mme LM : C'est ça tout à fait.

Madame U. 39 ans, IMC à 44,9m², employée : Voilà. Je risque pas de perdre 30 kilos d'un coup, l'objectif il est pas là, mais **c'est de perdre bien et durablement**, aujourd'hui c'est ce que je veux. (...) Bien sûr, je suis toujours en quête de perdre du poids Après je suis réaliste, quand je me suis mariée la première fois je faisais 45 kilos, je retrouverai jamais mes 45 kilos mais aujourd'hui je me mets des challenge par mois, ben tiens ce mois-ci faut que je perde 1kg et demi. Ce mois-ci faut que je perde 2 kilos. Quand je monte sur la balance, voilà, mon challenge il est réussi. J'essaie, petit à petit aujourd'hui je suis à 114, dans un mois et demis, deux mois, j'ai envie d'être à 110.

La comparaison des envies de Madame F et de Madame J montre encore l'hétérogénéité des objectifs fixés par les patients, cette fois ci d'un point de vue quantitatif.

Intervenant : D'accord, et pendant la consultation est ce que vous avez parlé de votre poids ?

Madame F, 64 ans, IMC à 32 kg/m², d'origine maghrébine : Oui, elle m'a posé la

question combien je pesais, et après elle m'a pesé et je faisais 82.

L: D'accord, et du coup ce poids-là, c'est votre poids habituel ?

Mme F: Non, je faisais... 83... 80... Quelque chose comme ça, toujours.

L: D'accord et vous, vous pensez que c'est votre poids... Qu'il vous convient votre poids ou vous voudriez le changer ?

Mme F: Moi j'aimerais bien descendre un peu.

L: Vous avez déjà essayé un peu de faire du régime ou du sport ?

Mme F: Oui parce que avant je faisais 83, maintenant ça a baissé un petit peu.

Madame J 48 ans, IMC à 35,7 kg/m², sans emploi, d'origine turque (traduite par sa fille):
Elle n'a rien d'autre à dire sur ce que... Ben elle voudrait bien perdre du poids jusqu'à 65 kilos.

Intervenant: D'accord. Donc elle aimerait perdre combien encore là ? Elle a combien actuellement ?

(fille traduit à la mère, qui lui répond)

Mme J (traduite par sa fille): Elle a entre 85 et 87.

L: D'accord, donc encore une vingtaine en fait. Ok.

Ainsi les objectifs varient énormément d'un patient à un autre. Ils se modifient probablement aussi au cours du temps chez un même patient. Cette variabilité n'est pas en accord avec un discours médical nettement dominant d'une perte lente, progressive et durable. Mais la médecine n'est pas l'unique sphère d'influence dans la perte de poids des patients. Les publicités de régimes ou de produits miracles influencent toutes les couches de la société. Ils promettent une perte de poids massive et rapide qui se diffuse aux représentations incorporées par les patients sur les régimes. Enfin, le lien social établi par les patients en surpoids modifie aussi leur perception du problème, donc leur objectif.

Poursuivant sa réflexion, le patient va élaborer un plan d'action afin d'atteindre l'objectif pondéral qu'il vient de définir.

4.9. Actions menées par les patients

Les patients définissent des modes d'action pour perdre du poids quand celui-ci est défini comme un problème, à fortiori lorsque des complications sont ressenties.

L'alimentation est la principale cause de surpoids pour les patients. Il n'est pas surprenant qu'elle devienne le principal mode d'action pour perdre du poids.

Le changement de l'alimentation ne repose que rarement sur une mesure isolée, mais s'articule la plupart du temps sur l'association de plusieurs méthodes, complémentaires et appliquées en même temps. Ainsi, les mêmes personnes peuvent énumérer dans la même phrase plusieurs stratégies alimentaires. L'importance et la multiplicité des informations diffusées aux patients font, qu'ils doivent en retenir les mesures perçues comme plus pertinentes, en faire une synthèse pour les appliquer.

L'adaptation de l'alimentation va dépendre des représentations de la personne en surpoids de sa nutrition et d'une nutrition qu'elle juge plus propice à la perte de poids.

Les patients utilisent abondamment le champ lexical de l'attention et du contrôle. Cela montre la nécessité d'une vigilance quotidienne, d'un effort mental pour s'éloigner d'une alimentation plus spontanée qui serait responsable de leur prise de poids, comme en témoigne l'emploi du verbe « réapprendre » par Monsieur A.

Intervenant : D'accord. Et les informations par rapport au poids, vous vous renseignez comment pour savoir un peu comment gérer votre poids.

Monsieur A, 52 ans, IMC à 26,8 kg/m², employé : Ben, la base quoi, faut faire attention à l'alimentation et tout donc... Voilà, comme j'ai fait un infarctus donc...

(...)

L : D'accord, donc vous en avez discuté là-bas aussi avec la diététicienne ?

M.A : Ah oui.

L : D'accord...

M.A : Il faut réapprendre à manger quoi, correctement.

Intervenant : D'accord. Vous avez déjà essayé d'en perdre ?

Madame BA, 61 ans, 74 kg, employée, d'origine turque : Oui, oui.

L : D'accord, par quel moyen ?

Mme BA : J'ai fait attention et tout.

L : Hein, hein, je crois que quand elle vous avait pesé, vous aviez effectivement perdu un peu de poids.

Mme BA : Oui, un peu, cette année un peu, j'ai perdu un peu.

L : D'accord.

Mme BA : Pas beaucoup, mais bon au moins 5 kilos j'ai perdu.

Madame U explique l'importance de maintenir en permanence une vigilance alimentaire accrue. Cela lui demande une importante motivation, une certaine force mentale, de chaque instant et qu'il faut maintenir dans le temps. Cet effort centré sur l'alimentation, peut être mis en concurrence avec d'autres préoccupations : financières, sociales ou professionnelles, rencontrées par les patients précaires.

Intervenant : Comment vous avez réussi à perdre du poids ?

Madame U, 39 ans, IMC à 44,9 kg/m², employée : Ben moi-même. J'ai rééquilibré mon alimentation toute seule. J'ai fait super attention, je prends conscience (...) Il faut être armé mentalement et continuer à se donner les moyens de pas flancher. Après je dis pas que y'a que des interdits. Je vous cache pas que si j'ai envie d'un gâteau... C'est sûr que ce sera pas tous les jours mais si un jour je craque pour une pâtisserie je me rendrai pas malade. Le soir je mangerai light, je mangerai une salade et un yaourt ou

une soupe. Voilà, j'essaie que ma vie ne soit pas faite que d'interdits sinon je vis plus non plus. Mais aujourd'hui je me sens beaucoup mieux, quand je marche, etc. (...) J'achète plus de gâteau ou de chips. Y a plus rien à la maison, y'a pas de tentation possible.

On remarque aussi qu'en rééquilibrant son alimentation madame U. a une vision positive de sa prise en charge. Elle évite les privations, les frustrations et la culpabilité de ne pas respecter à la lettre un régime.

Madame D. décrit ainsi son intention de changer "son" alimentation. L'usage d'un adjectif possessif pour parler des habitudes alimentaires met en évidence le lien identitaire fort de l'alimentation. L'identité d'une personne, comme son alimentation est influencée par sa famille, sa culture, son histoire.

Madame D, 37 ans, 82 kg, sans emploi : J'ai essayé de modifier mon alimentation, mais j'ai pas tenu.

La notion de rééquilibrage est aussi importante. Les patients perçoivent des excès et des carences dans leur alimentation. Certains produits sont perçus comme néfastes et trop présents dans l'alimentation. Leur réduction doit permettre une perte de poids. Les patients les désignent lors des rappels.

Ils peuvent l'être par catégorie de macronutriments, les aliments gras et sucrés. On peut alors s'interroger sur l'impact des plans de prévention relayés par les médias et de l'importance des campagnes télévisées désormais connues : "pour votre santé, ne mangez ni trop gras, ni trop sucré, ni trop salé".

À d'autre moment les patients désignent directement un aliment comme responsable : le pain, les pâtisseries, ou encore les chips.

Intervenant : D'accord. Et au niveau de l'alimentation vous faites quelque chose de particulier ou... Vous mangez comment ?

Madame P, 21 ans, IMC à 27 kg/m² : En ce moment oui, j'essaye de faire attention, de ne pas grignoter de ne pas manger des choses sucrées.

Madame G, 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Je fais juste attention... Pas beaucoup manger du pain, pas manger le soir tard... Là je fais... Je bois pas beaucoup de l'eau quand je mange, je fais attention. Y a des trucs comme ça.

Monsieur C, 56 ans, IMC à 35,3kg/m², employé : Ben, problème de poids d'après le médecin oui, bon pour moi non. Mais bon j'ai de la tension, j'ai un peu tout, j'ai du diabète. J'ai un peu, tout donc il faudrait que je maigrisse, c'est sûr, Mais par contre, j'ai déjà maigris, parce que bon je connais pas mais... En 2000 j'avais plus de 140 kilos alors... Là j'en ai 112, donc ça va quoi.

Intervenant : D'accord. Et vous avez maigri tout seul ou comment ça s'est passé ?

M. C. : Ben euh, tout seul non, avec oui, oui et non, c'est avec lui, je pense, mais je sais pas. Je mange un peu moins, un peu moins de cochonnerie qu'avant, mais ça c'est grâce au médecin.

D'autres aliments représentent une alimentation plus saine. Les légumes en sont la figure de proue. Leur augmentation est donc souvent décrite comme un moyen parmi d'autres, pour perdre du poids.

Intervenant : Ouais, et donc là l'objectif il est de reperdre du poids progressivement c'est ça ?

Madame LM, 57 ans, IMC à 29,4 kg/m² : C'est ça tout à fait.

L : Et alors comment est-ce que vous envisagez les choses ?

Mme LM : Ben, faire un régime, manger moins, une autre alimentation...

L : Vous avez modifié votre alimentation depuis que vous aviez vu le...

Mme LM: Mais j'ai déjà, j'ai déjà modifié.

L: Ouai, qu'est ce que vous avez changé du coup ?

Mme LM: Ben c'est à dire je mange plus de légumes. Je mange très peu de fromages, mais je mange surtout pas mal de légumes.

Intervenant: D'accord, vous avez déjà perdu du poids ?

Madame I, 71 ans, IMC à 35,5 kg/m², retraitée: Mais bien sûr, il y a une vingtaine d'année quand même.

L: D'accord.

Mme I: J'avais 115.

L: D'accord, et actuellement vous avez combien ?

Mme I: 80.

L: 80. D'accord. Donc vous aviez perdu, vous aviez fait un régime ou comment vous aviez perdu ?

Mme I: Oui, mais ça fait quelques années déjà, plusieurs années, avant que j'aille chez Mme Y, j'avais ça.

L: Et vous aviez fait un régime avec un médecin ou par vous-même ?

Mme I: Non, non, j'ai fait moi même. J'essaye de plus manger entre temps, je mangeais beaucoup de légumes, comme maintenant je fais encore.

Sans parler de modification qualitative, d'autres patients vont essayer de diminuer leur apport calorique. Ils diminuent la taille des portions de leur repas.

Madame V. 60 ans, IMC à 31,8 kg/m²: Je mange un peu moins et tout mais ça part pas tellement le poids.

Une autre stratégie mise en place est de porter une attention sur la qualité nutritionnelle d'un aliment en recherchant comme pour Madame P. son apport calorique. Cela nécessite déjà une recherche et une prise d'information, il faut arriver à déchiffrer les étiquettes des produits ou rechercher ailleurs les informations pour les produits frais. Il faut surtout comprendre ce qu'est l'apport calorique journalier, le

calculer et établir un objectif quotidien. Outre la démarche intellectuelle qui n'est pas accessible à tous, cela reste très chronophage et nécessite une attention est une vigilance importante. La démarche est difficile à tenir sur le long terme.

Intervenant : D'accord et...

Madame P, 21 ans, IMC à 27 kg/m² : Je ne me suis jamais renseignée, on a jamais parlé de ça.

L : D'accord et vous vous trouvez vos renseignements sur internet alors pour les régimes et tout ça ou vous faites comme ça ?

Mme P : Oui des fois, ou sinon je regarde ce que je peux manger et ne pas manger. Voilà je regarde des fois les calories, tout ça...

Une autre façon d'améliorer son mode d'alimentation est de mieux structurer les repas au cours de la journée, afin d'éviter les grignotages.

Intervenant : D'accord, et du coup vous avez commencé à faire un régime ou comment ça se passe ?

Madame O, 30 ans : Écoutez, j'ai pas fait de régime, j'ai rien fait de spécial. En fait j'ai pas fait un régime, mais je surveille mon alimentation, j'ai moins de grignotage, je fais un peu de sport, et j'ai perdu, ben là, je suis à 8 kilos.

L : D'accord, vous avez déjà perdu 10 kilos ?

Mme O : 8.

L : 8 kilos. Ah ben, c'est bien.

Mme O : Oui, juste en surveillant mon alimentation, manger moins gras, j'ai enlevé beaucoup les... Moins grignoter entre les repas. Manger équilibré... Et j'ai fait un peu de sport, j'ai perdu déjà 8 kilos.

Comme nous le développerons plus loin, Madame O a modifié son régime alimentaire, pourtant elle oppose ce rééquilibrage au terme de régime qu'elle associe au régime restrictif.

Madame U précise que le phénomène de grignotage est surtout lié à la tentation par certains aliments. Elle évite d'avoir des aliments à grignoter à disposition. Par ailleurs sa journée est structurée en trois repas : matin, midi et soir.

Madame U, 39 ans, IMC à 44,9 kg/m², employée : Y a plus rien à la maison, y a pas de tentation possible et donc je mange matin, midi et soir.

Plusieurs patients comme Madame J ont modifié la répartition de leur repas, en diminuant la ration du soir, ainsi un diner léger est un moyen d'action courant pour essayer de perdre du poids.

Intervenant : Et là qu'est-ce qu'elle aimerait faire pour améliorer son poids ? Est-ce qu'elle a déjà des idées ?

(fille traduit à la mère, qui lui répond)

Madame J, 48 ans, IMC à 35,7 kg/m², sans emploi, d'origine turque (traduite par sa fille): Elle dit que le soir il faudrait mieux pas beaucoup manger. De toute façon avant elle était beaucoup plus grosse que ça. Mais elle dit que si vous lui conseillez une diététicienne, elle serait d'accord.

(...)

Fille de Mme J : Non elle fait pas de sport, elle fait juste le ménage.

L : D'accord, ben c'est bien, c'est sûr que c'est fatiguant aussi. Et vous disiez, avant elle était pas comme ça ? Elle a pris c'est ça ? Ou comment ça s'est passé ?

Fille de Mme J : Non avant elle était plus grosse, genre elle avait beaucoup plus de poids que maintenant.

L : D'accord. Donc elle a déjà bien perdu alors.

Fille de Mme J. : En deux ans, elle a perdu plus de 25 kilos.

L. : Ah oui, donc ça c'est déjà bien. Et elle a fait comment pour perdre tout ce poids ?
(fille traduit à la mère, qui lui répond)

Mme J (traduite par sa fille). : Le soir après 7h elle ne mangeais plus rien, et les matins elle mangeait du pain complet avec une omelette.

L. : D'accord, et ça... Elle a réussi à perdre comme ça alors ?

Fille de Mme J. : Oui, elle a réussi à perdre comme ça.

Intervenant. : Et vous pensez que le médecin traitant il peut vous aider aussi à gérer le poids et les régimes ?

Madame I, 71 ans, IMC à 35,5 kg/m², retraitée. : Oui, je me fais conseiller par le médecin, mais il y a beaucoup de chose que je fais moi même.

L. : Vous faites quoi vous même par exemple ?

Mme I. : Il faut que je me parle moi même, il faut que je fasse ça, il faut que je diminue quelque chose, mais maintenant il y a plus grand chose à diminuer... avec le manger et tout. Parce que je mange souvent pareil, et le soir je mange plus beaucoup.

L'usage du mot régime est très fréquent. Bien que non détaillé lors des rappels, ce terme renvoie à la notion de régime restrictif. Pendant une période définie le sujet doit appliquer des règles. Il augmente, ou au contraire, diminue, voire, enlève complètement, la quantité de certains produits au sein de son alimentation. Il faut alors suivre cette conduite nutritionnelle, sans pouvoir l'adapter ou personnaliser son alimentation. De plus cette notion de régime renvoie à un changement brutal des habitudes alimentaires. Il ne correspond pas forcément au goût, à la culture ou aux habitudes du sujet et comporte donc un important risque d'échec.

Intervenant. : D'accord. Et vous aviez déjà essayé d'autres choses avant l'opération... Pour perdre du poids ?

Madame LM, 57 ans, IMC à 29,4kg/m². : J'avais essayé différents régimes : Weight Watchers j'avais bien pris mais après quand on est seule on est pas motivée... c'est pas

bien, mais j'ai essayé différents régimes.

L: Et comment vous aviez choisi ces régimes ? C'était sur des conseils de médecins ou c'était autour de vous ?

Mme LM : Non, c'était des conseils autour de moi, on discutait comme ça, « tiens, je vais essayer ça » et finalement à chaque fois on replonge quoi.

L: Ouais, et c'était efficace au départ ou pas du tout ?

Mme LM : Si c'était efficace au départ, mais après quand vous êtes seule à le faire vous lâchez vite quoi.

Madame G. 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Et après pour perdre 10 kilos, j'ai fait du régime, j'ai pris 15 kilos, pour perdre mes 15 kilos j'ai fait encore du régime, j'ai pris 20 kilos... C'est toujours... Tout ce que je voulais faire des mauvaises choses, là je prenais du poids, chaque fois.

Intervenant : Les régimes c'était pas la bonne solution.

Mme G : Voilà, c'est mauvaise solution.

L'application d'un régime a une connotation fortement négative chez les patients rappelés, en particulier si ceux-ci ont déjà connus des « rechutes » après des régimes restrictifs passés. Madame A. précise que ces derniers jouent sur son moral. Pour rappel, la baisse thymique est citée comme une des causes les plus importantes de prise de poids.

Par ailleurs elle fait le lien entre alimentation et plaisir. L'alimentation est une source de plaisir qui reste accessible aux populations précaires, contrairement à d'autres moyens comme les loisirs, l'accomplissement professionnel ou social. A travers le régime, l'interdit et les règles qu'il impose, les patients, dans un environnement déjà difficile, perdent une de leur dernière valeur refuge, qui leur apportait liberté, plaisir, et sécurité.

Madame A. 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : Je trouve que c'est démoralisant de faire des régimes. (...) Mais parce qu'on se prive de tout ce qu'on aime.

Madame G. 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Le mot de régime ça... Je déteste... (...) J'en ai marre de faire des régimes. Je veux plus faire de régime. Je fais juste attention (...) si je fais encore... Une fois du régime je vais péter les câbles Ça va maintenant, ni grossir ni maigrir.

Enfin d'autres méthodes, non conformes au discours médical se propagent au sein de la population. Madame G explique avoir des petites astuces l'aidant à perdre du poids. Le patient obèse recherche et applique aussi des mesures en dehors du cabinet médical.

Madame G. 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Je fais juste attention... (...) Je bois pas beaucoup de l'eau quand je mange, je fais attention. Y a des trucs comme ça.

Au final, les mesures prises par les patients sont des interventions directes sur l'alimentation. Or, comme développé précédemment, de nombreux facteurs influencent l'équilibre alimentaire. Bien que les difficultés psychologiques soient une des causes principales d'une mauvaise alimentation, la prise en charge de ces dernières n'est jamais citée comme un moyen d'action.

Après l'alimentation, l'activité physique est l'autre mode d'action privilégié par les patients pour perdre du poids.

L'activité physique est définie par tout mouvement musculosquelettique responsable d'une augmentation de la dépense énergétique. Elle est souvent confondue avec une activité sportive, qui, elle, suppose en supplément la notion de jeu et le respect d'un règlement. Le travail, le mode de déplacement, le ménage, le jardinage sont autant d'activités physiques non sportives. Or les patients utilisent surtout le terme de "sport" comme moyen de perte de poids. On peut alors se demander si l'activité physique non sportive n'est pas perçue comme moyen de perte de poids, ou s'il s'agit d'un simple abus de langage.

A contrario, la sédentarité est caractérisée par un mode de vie avec une fréquence faible voire nulle de déplacement non-motorisé (marche, vélo...), avec un temps de station assise ou allongée important.

Madame C. précise qu'elle est en surpoids bien qu'elle reste active. Elle ne parle pas d'activité physique, mais précise que son mode de vie n'est pas sédentaire. La persistance de son statut corporel malgré sa dépense énergétique peut la décourager et développer un fatalisme face à sa situation pondérale.

Madame C, 55 ans, IMC à 31,2 kg/m², employée : C'est juste le ventre... C'est stable C'est vraiment ma hantise, je travaille, je bouge... Voilà...

Intervenant : Oui vous êtes active.

Mme C : Je suis pas assise dans mon canapé du matin au soir.

Monsieur T. en difficulté financière, précise qu'il n'a pas d'alternative à la marche pour se déplacer. La locomotion en voiture ou même à vélo nécessite un coût d'achat puis d'entretien. Cet investissement peut être hors de portée pour une personne en

situation précaire. Il peut aussi mettre en danger un équilibre financier déjà fragile. Dans ce cas précis, la précarité favorise l'activité physique, mais il peut également favoriser l'isolement et la sédentarité (renoncement à des déplacements faute de moyen...).

Par ailleurs, la dépense énergétique importante liée au travail n'empêche pas les populations précaires ouvrières ou employées d'avoir une forte prévalence de surpoids. D'autres facteurs confondants interviennent.

Monsieur T, 53 ans, 87 kg, employé : Sinon je fais quand même plusieurs heures de marche par jour.

Intervenant : Avec le travail ?

M.T. : Avec le travail oui... Je suis toujours quelqu'un qui marche puisque j'ai pas de véhicule donc je suis obligé de marcher souvent. Même quand je vais en ville, Je traverse la ville en me baladant donc j'ai pas peur de marcher. Le problème est pas là.

La marche est un moyen de lutter contre la sédentarité et d'augmenter l'activité physique journalière, donc la dépense énergétique. Ce moyen est accessible quelles que soient les conditions de revenus et est facilement praticable.

Madame U. 39 ans, IMC à 44,9m², employée : Si je veux maigrir, c'est à moi de faire des efforts, de reprendre une activité. Donc voilà, je marche plus, je marche au moins une demi-heure, 45 min par jour voire une heure par jour (...)

Intervenant : Vous avez entrepris ce changement de mode de vie depuis quand ?

Mme U. : Ça fait au moins six mois maintenant.

Madame L précise que la pratique de la marche est réalisée en famille. Sa réalisation en groupe permet de favoriser le lien social et de rendre l'activité plus agréable, donc plus facile à maintenir dans la durée.

Madame L, 62 ans, IMC à 27,1 kg/m², retraitée, d'origine bosniaque : J'ai dit maintenant stop, je fais la gym, surtout, je marche beaucoup. (...) Ça fait quatre cinq ans que j'ai commencé à marcher. Je marche deux ou trois fois par semaine 5 km hein (...) j'ai dit je marche assez comme ça, j'y vais pas quoi. (...) Je suis pas seule, j'ai mon mari, j'ai mes petits enfants, j'ai mon mari avec moi On marche tous ensemble.

Mais la dépense énergétique est surtout reliée à la pratique sportive encadrée. La démarche la plus importante chez les patients pour perdre du poids est alors de se mettre à faire du sport.

Madame A, 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : Ecoutez j'étais chez Diam 67 [structure sportive] et j'ai quand même pendant... Depuis 2009, pratiquement jusqu'en 2015, j'ai fait pas mal de sport...

Madame M, 42 ans, IMC à 34 kg/m², d'origine congolaise : Moi-même je fais le sport. J'avais fait des contrôles alimentaires et j'avais pas fait le régime chaque fois que je fais (inaudible) j'avais trouvé une bonne solution.

Madame Y, en situation précaire, a investi dans un équipement sportif. Cela démontre que le surpoids est vécu comme un problème. Le patient s'implique activement dans sa prise en charge, quitte à faire des sacrifices dans les autres secteurs de dépenses.

Madame Y, 59 ans, IMC à 30,2 kg/m²: J'avais acheté un vélo d'appartement, J'essaie de pédaler de temps en temps.

Les sports sont variés : Madame A. pratique l'aquagym, Madame O s'est inscrite dans une salle de sports, Madame S fait du tapis de course, entre autres. A chaque fois, il s'agit de pratiques nécessitant une participation financière.

Alors que dans notre société, la précarité est intimement liée aux difficultés économiques, il est étonnant que les activités sportives relatives impliquent un investissement financier ou la fréquentation d'un établissement disposant d'infrastructures et souvent d'un droit d'entrée payant. Cependant, nos résultats ne nous disent pas si les sports cités par les patients ont été pratiqués dans le cadre du programme de la ville de Strasbourg "Sport santé sur Ordonnance" qui garantit leur gratuité durant 3 ans. La question de la poursuite de la pratique après les 3 années du programme se pose puisqu'elle risque alors d'être limitée par les contraintes financières.

Si ces sports n'ont pas été pratiqués dans le cadre du sport santé, ils nécessitaient une certaine implication financière. Cette implication financière est peut-être consentie car vu comme un élément motivationnel, une sorte d'obligation auto-infligée. Cependant l'effort financier bien que consenti initialement, peut n'être que transitoire surtout sur les résultats ne sont pas à la hauteur des espérances.

Madame A, 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : Et l'aquagym, j'ai fait deux ou trois ans d'aquagym j'ai aussi arrêté, aussi à cause du pied...

Madame O, 30 ans : Manger équilibré... Et j'ai fait un peu de sport, j'ai perdu déjà 8 kilos.

Intervenant : D'accord. Et vous avez fait du sport par vous-même alors ?

Mme O : Oui, je suis inscrite dans une salle de sports.

L : D'accord, c'est bien. Et vous avez le temps d'y aller régulièrement ?

Mme O : Oui, j'essaie d'y aller tous les matins ou un matin sur deux dès que je peux.

Madame S, 23 ans, IMC à 33 kg/m², employée : J'ai fait du sport, j'ai fait régime, mais le ventre il reste (...)

Intervenant : Vous aviez fait du sport ?

Mme S : Oui.

L : Qu'est-ce que vous faisiez ?

Mme S : Abdos, vélo et course sur tapis.

Madame A décrit également la pratique d'une activité physique en collectivité, mais à travers un programme de reconditionnement à l'effort. Dans ce cas précis, la pratique en groupe, avec du matériel coûteux n'est pas un frein à la pratique des patients précaires puisque pris en charge par l'assurance maladie.

Madame A, 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : Je faisais du vélo. Vous connaissez ? ça s'appelle le centre alsacien du mieux-être des séniors.

Intervenant : Non, je connais pas.

Mme A : C'est très bien ça on fait du cardio sur des vélos.

L : C'est bien.

Mme A : J'ai fait ça pendant trois ou quatre ans mais avec ma bosse au pied ils ne veulent plus, ils disent que je risque de rompre le muscle. Ça, ça me plaisait bien.

Madame F espère pouvoir pratiquer la natation. Cependant elle doit avoir recours à la prescription du sport santé sur ordonnance pour espérer y avoir accès.

Intervenant : D'accord, et elle vous a déjà proposé des activités, des choses pour vous aider ?

Madame F, 64 ans, IMC à 32 kg/m², d'origine maghrébine : Non.

L : Et ça, ça vous intéresserait éventuellement ?

Mme F : J'aimerais oui. Je pense une fois je pense je lui ai posé la question, elle m'a dit pas tout de suite, parce qu'il y avait les vacances, c'était en été, et c'est tout.

L : D'accord. Et au niveau du sport vous faites un petit peu ou rien du tout ?

Mme F : Des fois, je fais le vélo, un petit peu. C'est tout. Je voulais faire la piscine. Si elle peut Dr X. m'inscrire à faire la piscine, j'aimerais bien ça aide un petit peu.

L : Oui, tout à fait. Oui effectivement, il y a du sport sur ordonnance qui existe et donc on peut faire du sport avec un coach spécial, ça peut être bien d'en parler éventuellement avec elle.

Mme F : Oui, je vais parler avec Dr X oui.

Comme pour la marche, la pratique d'une activité en groupe, est associée à la notion de lien social, de plaisir, en plus de l'amélioration ressentie de l'état de santé.

Madame G. 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Depuis six mois je fais du sport, musculation parce que comme j'ai mal au dos, donc... Musculation **ça m'a trop aidé** pour... Pour le mal au dos. Et une fois par semaine je nage. Six mois j'ai nagé, **ça m'a trop aidé**... Là maintenant sport santé ça continue pendant trois ans et j'ai aussi dit à tout le monde de prendre des ordonnances pour sport santé mes copines, tout le monde Y a trois ou quatre personnes ils ont déjà demandé à madame X elle m'aide beaucoup.

Madame B. 61 ans, IMC à 30 kg/m², d'origine marocaine : Je veux quelqu'un qui fait moi des sports, des activités parce que comme je suis une femme seule, je veux sortir un petit peu.

Intervenant : Vous ce qui vous plairait c'est faire du sport avec plusieurs personnes.

Mme B : Comme l'autre fois.

L : Vous l'avez déjà fait ?

Mme B : Oui.

L: Ça vous avait plu ?

Mme B: J'ai fait une fois avec l'infirmière.

L: L'infirmière Y. c'est ça ?

Mme B: Oui, oui.

L: Et donc ça vous souhaiteriez ça vous avait plus.

Mme B: J'aime sortir un petit peu.

L: Voir des gens et...

Mme B: Voilà, j'aime ça.

Les patients précaires en surpoids associent la possibilité de perte à un investissement financier, que ce soit, comme vu précédemment dans l'alimentation ou dans l'activité physique. Madame A, sans préciser les champs de dépenses ni un ordre de grandeur, pense avoir dépensé beaucoup d'argent pour essayer de maigrir.

Madame A. 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : Je fais tout ce qu'il faut faire. J'ai dépensé un fric fou dans tous les trucs pour maigrir.

La prescription pharmacologique peut être perçue comme une solution pour perdre du poids.

Cela signifie que l'obésité est vécue comme une pathologie en tant que telle, donc dans l'esprit des patients, qu'un traitement médicamenteux dédié ou adapté existe.

Par ailleurs, cette vision montre aussi la perception, l'intégration et l'approbation des messages publicitaires vantant des produits miracles brûleur de graisse.

A contrario, les scandales sanitaires, tel que celui du "Mediator", ayant largement été relayés dans les journaux d'information ne paraissent pas dissuader l'usage d'un

traitement médicamenteux. Mais cela pose la question de qui est le public récepteur de ce genre de média.

Intervenant : D'accord. Et est-ce que vous avez pu en parler avec quelqu'un, avec votre docteur, à l'époque ?

Mme BA : À l'époque oui, j'ai beaucoup parlé, mais... Parce que à cause du diabète, ils ont pas donné des médicaments et tout.

L : D'accord, ok.

Mme BA : Pour perdre du poids.

L : Parce que pour vous pour perdre du poids il faut prendre des médicaments ?

Mme BA : Je crois oui, maintenant je... Oui.

La chirurgie bariatrique connaît une forte augmentation d'activité. Il s'agit d'une solution radicale qui est connue des patients. Ils envisagent une opération ou l'ont déjà réalisée. L'acte est pris en charge par la sécurité sociale, ce qui facilite l'accès pour les patients précaires et rend cette solution plus accessible que d'autres.

Madame K, 25 ans employée : L'année dernière j'avais envie de faire une (inaudible) je voulais faire en Tunisie mais du coup au vu des retours suivi médical j'ai préféré mettre ça de côté.

Intervenant : Est-ce que vous avez déjà évoqué la question du poids avec votre médecin ?

Madame LM, 57 ans, IMC à 29,4 kg/m² : Ben oui parce que j'ai fait un by-pass en 2010. Elle m'a suivi à partir de 2010... Fin de l'année 2010.

L : C'était elle qui vous avait conseillé le by-pass ? Ou comment vous aviez pris cette décision ?

Mme LM : Non, non pas du tout. C'était (inaudible) qui m'avait proposé, c'était une amie à elle qui l'avait fait et donc j'ai fait les démarches et après j'ai eu des complications c'est Dr X qui m'a soutenu et qui m'a conseillé de faire ceci ou cela...

L: Quelle complication vous aviez eu ?

Mme LM: Ben, c'est à dire, j'ai perdu trop vite au niveau du poids.

L: D'accord.

Mme LM: Donc j'ai eu des malaises à répétition, j'étais malade presque 8 mois d'affilés.

L: À cause de l'opération ?

Mme LM: Oui.

Les patients arrivent à élaborer des plans d'actions pour perdre du poids. La soumission aux règles et aux régimes les privant de liberté et de plaisir est mal vécue. Tandis que l'activité physique, surtout lorsqu'elle est pourvoyeuse d'interaction sociale, est plébiscitée.

Cependant la résolution du problème pondéral ne repose que sur la dualité alimentation/activité physique. Cette vision est en désaccord avec la multitude des causes énumérées dans le chapitre précédant. Les patients expliquent ainsi que les troubles psychologiques sont sources de prise de poids, mais n'intègrent pas leur traitement pour améliorer la situation.

Bien qu'ils arrivent à percevoir le problème de poids, à en identifier les causes et les conséquences, et à mettre en œuvre des moyens pour perdre du poids, les patients précaires doivent encore faire face à de nombreuses difficultés pour y parvenir.

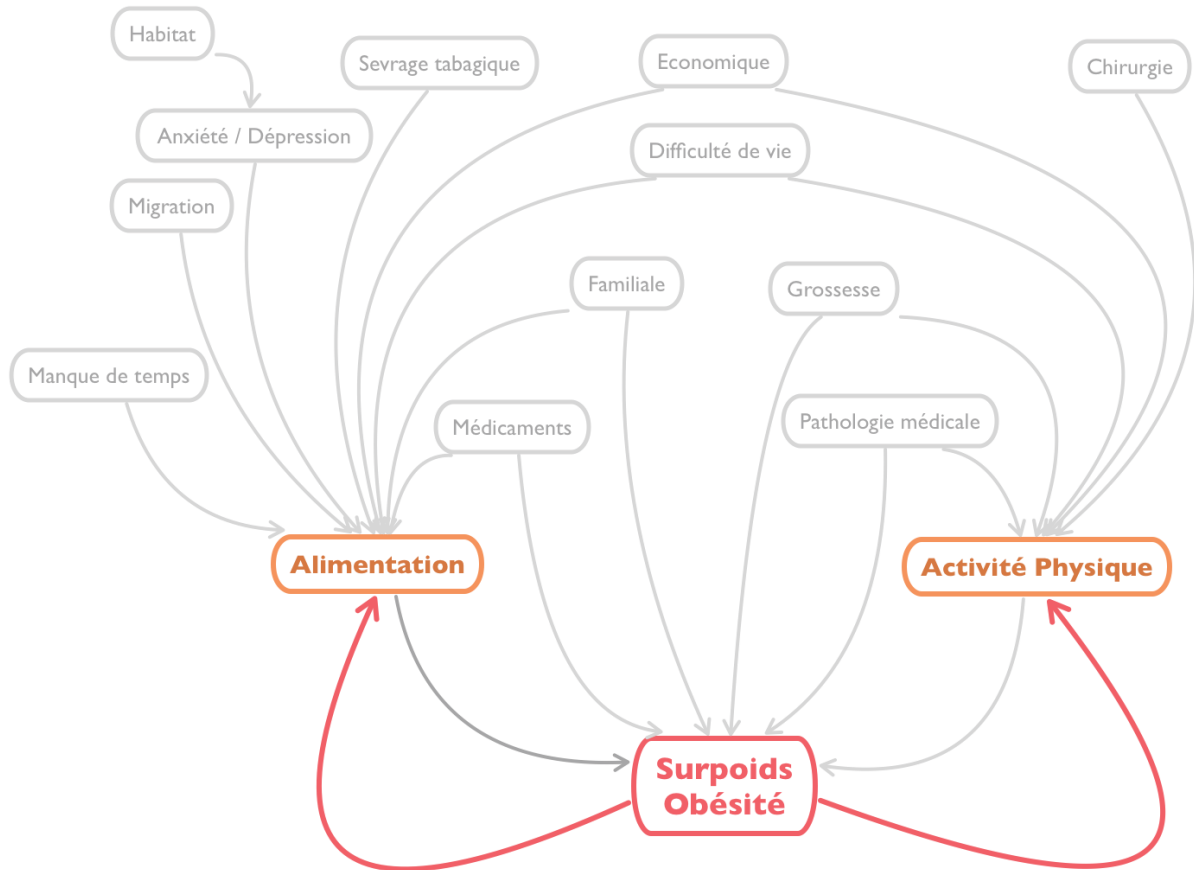


Figure 5 : Schéma récapitulatif des actions pour perdre du poids

4.10. Obstacles à la perte de poids selon les patients

Face aux actions mises en place par les patients pour perdre du poids, plusieurs obstacles se dressent sur leur route. Le premier est que, pour les patients, le problème de poids, bien que perçu, n'est pas forcément une priorité.

Intervenant : vous en parlez facilement avec le médecin de ça ?

Madame X : Oui, je voulais lui parler mais j'ai pas encore eu le temps.

L : Avec les enfants vous êtes très occupée.

Madame X : Avec les enfants, tout ça...

Les populations migrantes sont soumises à de nombreuses difficultés en arrivant en France, leur prise en charge médicale est souvent complexe et là encore le surpoids peut paraître secondaire.

Madame Q, 30 ans, IMC à 31,2 kg/m², sans emploi : J'allais lui parler de ça. Mais comme c'est la première fois je voulais d'abord faire un bilan complet, parce que je viens de l'Afrique. J'avais fait mes vaccins mais après quand tu changes de pays c'est toujours mieux ... si tu as l'occasion de faire un bilan de santé, même là où tu viens et aussi pour toi-même. Je voulais d'abord faire le bilan et après en parler.

Les problèmes de santé sont très largement les freins les plus cités par les patients à la prise en charge du surpoids. Au premier rang, ce sont les douleurs ostéo articulaires qui compliquent le plus la prise en charge. Ces problèmes médicaux empêchent la pratique d'une activité physique plus soutenue alors que les patients souhaitent perdre du poids en augmentant leur dépense énergétique.

Madame Z présente des douleurs pour toute activité en charge, ce qui limite les pratiques les plus accessibles et les moins onéreuses comme la marche ou la course à pied.

Intervenant : D'accord. Et qu'est-ce que vous, vous pensez par rapport au poids ?

Madame Z, 64 ans, IMC à 36,69 kg/m², retraitée, d'origine arabe : Qu'est ce que je vais faire maintenant, je vais aller courir, j'arrive même pas. J'ai des problèmes de cartilage aux genoux. Et maintenant je recherche de quoi ça vient le mal dans le pied. J'arrive pas à faire autre chose, quelque chose d'autre. Peut-être j'ai pensé quand j'ai fini le kiné, je vais faire la piscine plutôt.

L : D'accord et vous faites du sport d'habitude ?

Mme Z : Non, non je fais pas, parce que d'habitude je marche beaucoup, maintenant

j'arrive pas à marcher.

L: Et ça c'est depuis quand ?

Mme Z: Ça fait un an.

(...)

L: D'accord. Et, donc là, vous vous pensez, qu'est que vous pourriez faire par rapport au poids ?

Mme Z: Oh là, c'est difficile. Je souhaite, moi, un guérissement. C'est pas grave pour le (inaudible) parce que j'arrive même pas à me déplacer. J'ai mal tellement que j'arrive pas à bouger mon pied. Si ça va mieux, j'irai voir après.

Une personne peut prendre du poids et devenir obèse, en partie, à cause d'une pathologie rhumatismale qui limite ses activités et donc sa dépense énergétique. Mais la pathologie persistant, elle empêche aussi le patient d'entreprendre une démarche qu'il pense susceptible de lui faire perdre du poids. Ainsi la cause du surpoids devient un obstacle à son traitement.

Madame Y, 59 ans, IMC à 30,2 kg/m²: Le problème c'est que je peux pas faire n'importe quel sport Avant je courais, au moins deux fois par semaine, donc ... au moins depuis vingt ans je faisais ça. Je peux plus courir, avec tout ce que j'ai comme arthrose, la polyarthrite. Je dois avoir la polyarthrite donc avec tout ça j'ai pas vraiment fait de sport. Je peux pédaler, je peux marcher. Déjà quand je marche, tout le côté droit me fait mal et la jambe gauche ça me fait mal quand je marche c'est comme si je piétinais, alors que j'ai été opéré en février 2016 des lombaires et maintenant c'est les cervicales, les cervicales sont touchées. Y'a pas de force dans le bras, la circulation passe pas bien dans le bras.

Les douleurs ostéoarticulaires peuvent être apparues secondairement au problème de poids, et même en être la conséquence, comme l'arthrose, les lombalgies chroniques pour Monsieur F, ou les tendinopathies pour Madame A. Ces conséquences du surpoids deviennent également une barrière à leur prise en charge.

Monsieur F, 66 ans, IMC à 29,1 kg/m², d'origine turque : Faire des activités physiques, j'ai fait les activités et tout, et j'ai eu mal au bas du dos, et je n'y suis pas retourné, j'ai arrêté.

Madame A, 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : J'ai fait pas mal de sport, malheureusement j'ai attrapé une tendinite du tendon d'Achille avec une grosse bosse derrière, qui m'empêche de continuer. Dès que je marche un peu, que je fais un petit truc j'ai mal... C'est le truc le moins grave que j'ai eu mais qui m'embête le plus.

(...) On fait du cardio sur des vélos.

Intervenant : C'est bien.

Mme A : J'ai fait ça pendant trois ou quatre ans, mais avec ma bosse au pied ils ne veulent plus, ils disent que je risque de rompre le muscle. Ça, ça me plaisait bien. J'ai peur de faire du vélo sur une route. Mais ça me plaisait bien. Mais j'ai pas de place pour un vélo chez moi.

D'autres problèmes médicaux peuvent empêcher la pratique d'une activité physique. Madame P indique, qu'en plus d'être la cause de sa prise de poids, son opération chirurgicale la prive d'activité et devient un obstacle à son amaigrissement.

Intervenant : Non ? Vous pensez quoi de votre poids vous ? Vous êtes contente comme ça ?

Madame P, 21 ans, IMC à 27 kg/m² : En fait, moi, j'ai pris du poids après l'opération donc oui, c'est vrai que ça me dérange.

L : D'accord.

Mme P : Mais comme je n'arrive plus à faire de sport ou quoi, donc c'est pour ça...

L : D'accord. Vous arrivez plus à faire de sport à cause de vos douleurs ?

Mme P : Oui. De l'opération. Je peux pas faire tout ce qui est abdominal. C'est pour ça, je ne bouge plus comme avant.

L : D'accord. Avant vous faisiez quoi ?

Mme P : Ben de la marche, quand même un peu d'exercice tout ça mais là c'est pas possible du tout depuis l'opération, donc c'est pour ça j'ai pris du poids.

L : D'accord: Vous avez pris beaucoup de poids ?

Mme P : Euh oui, quand même.

Pour Monsieur A, la reprise d'une activité physique est ralentie par une pathologie cardiaque. Le statut de malade prive, dans de nombreuses situations, l'accès à l'activité physique.

Intervenant : D'accord. Vous faites un peu d'activité ou pas du tout ?

Monsieur A, 52 ans, IMC à 26,8 kg/m², employé : Non je n'en faisais pas du tout. Là je suis une rééducation cardiaque donc...

La réalisation d'une activité physique est également compliquée dans un environnement inadapté. Le manque d'infrastructures sportives dans les QPV est un frein pour ses habitants. Dans l'extrait cité en page précédente, madame A. précise avoir peur de pratiquer du vélo sur la route, cela sous-entend le manque de pistes cyclables pour rouler à vélo en sécurité.

L'activité physique est aussi limitée en l'absence de plaisir associé, ou tout simplement en l'absence d'envie. Madame Z. porte un regard culpabilisateur sur elle-même. Elle se trouve fainéante, car elle n'arrive pas à faire autant d'activité que ce que le médecin lui recommande pour perdre du poids. Par ailleurs, sa pratique est également limitée par des douleurs ostéoarticulaires.

Madame Z, 64 ans, IMC à 36,69 kg/m², retraitée, d'origine arabe : Si, si, il me dit c'est la santé qui compte. Il me dit pas énormément. Il me dit il faut marcher beaucoup, faire la piscine. Il m'a dit si je veux aller faire sport, j'arrive pas, j'ai pas le désir.

Intervenant : Vous arrivez pas pourquoi ? Qu'est ce qui...

Mme Z : Je sais pas, dès fois j'arrive pas, des fois je... Je suis fainéante. (rire)

L : Vous êtes fainéante ?

Mme Z : Ouais.

L : D'accord, mais quand vous marchez ça vous fait mal ?

Mme Z : Oui, oui ça fait mal de temps en temps, surtout la nuit, j'arrive même pas à dormir. Ça tire les pieds ils devenaient tout froid. Là, ce matin, je suis allée à Haute-pierre faire la scintigraphie pour le crâne, on va voir qu'es- ce qu'il va dire, peut-être c'est quelque chose qui va pas le cerveau je sais pas.

Le manque de temps pour pratiquer une activité physique est également un obstacle à la perte de poids. Monsieur T. explique que son mode de vie et son activité professionnelle l'empêchent d'augmenter sa pratique sportive.

Monsieur T, 53 ans, 87 kg, employé : En dehors du travail j'ai du temps à rien. Si je suis chez moi ce sera pour ranger mes papiers, ranger ma maison, voir un film éventuellement. Côté privé (...) Mais bon faut avoir le temps quoi. C'est mon problème (...) Quand le Docteur X me disait faut faire du sport, faut faire du jogging, à part à minuit le soir à l'Orangerie, ça va être difficile.

L'activité physique est donc limitée par les problèmes médicaux, mais aussi par le manque d'infrastructures ou l'absence de plaisir associé.

La modification de l'alimentation est l'autre stratégie élaborée par les patients pour perdre du poids, là encore de nombreux obstacles compliquent la prise en charge.

Au-delà de la restriction, c'est la symbolique de l'alimentation qui est touchée par les régimes. La privation du plaisir gustatif et de la liberté de consommation, mise en

confrontation avec l'absence d'efficacité de ces derniers, font que les patients redoutent une nouvelle échéance. Pourtant, ils ne savent pas comment procéder autrement pour perdre du poids.

Souvent perçue comme la solution pour perdre du poids, les patients appréhendent pourtant la réalisation d'un nouveau régime. Ils ont mal vécu ceux déjà réalisés. La privation de liberté, de plaisir et l'ajout de contraintes qu'ils impliquent s'ajoutent à leur inefficacité. Ils maintiennent les patients dans un sentiment d'échec et d'impuissance face à leur poids.

*Madame A, 72 ans, IMC à 29,4 kg/m², employée : Il faudrait faire du régime et **j'ai pas envie...** (...) C'est **démoralisant** de faire des régimes ! (...) Mais parce **qu'on se prive de tout ce qu'on aime !***

*Madame G, 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : **J'en ai marre** de faire des régimes. **Je veux plus** faire de régime.*

Le changement du mode alimentaire nécessite un effort trop important pour plusieurs patients. Au-delà de la privation de certains aliments, le régime prive aussi d'une valeur refuge, liée au plaisir, face aux difficultés du quotidien. Plus ces difficultés sont importantes, plus il peut être compliqué de ne pas succomber aux tentations alimentaires, surtout en l'absence d'autres pratiques consolatrices (loisirs, sociabilité...) du fait de la situation de précarité.

Intervenant : Qu'est-ce qui était difficile ?

Madame D, 37 ans, 82 kg, sans emploi : De s'abstenir. (...) J'arrive pas à respecter les bases.

De plus, les régimes sont élaborés par les sociétés savantes, les classes sociales favorisées. Ils ne sont pas adaptés à l'intégralité de la population, et correspondent surtout à la partie de la population favorisée ayant une alimentation occidentale, "traditionnelle". Ces recommandations sont dictées aux classes sociales populaires sans être adaptées à leur goût ou à leur mode de vie.

Intervenant : D'accord. Et vous, vous seriez d'accord de voir des diététiciennes ? De parler avec des gens pour qu'on vous aide à perdre du poids ou pas du tout ?

Madame P, 21 ans, IMC à 27 kg/m² : Euh je préfère que... Non, je ne voudrais pas trop non.

L : D'accord. Vous préférez faire toute seule, comme vous le sentez ?

Mme P : Oui. Parce que si je vais dire que, voilà, si je vais dire que je vais manger tout ce qui a là-bas... Enfin comme je suis un peu difficile, donc si je fais pas ce qu'on me dit, ça ne sert à rien de... voilà quoi.

L : Oui tout à fait.

Mme P : J'essaie de faire euh...

L : Vous essayez de faire comme vous pensez quoi.

Mme P : Oui. Voilà.

Ainsi Mme BA qui trouve déjà que les régimes sont trop difficiles, remarque aussi qu'ils sont inadaptés à ses habitudes alimentaires.

Intervenant : D'accord, ok. Est-ce que vous avez déjà pu voir avec une diététicienne par exemple au niveau de l'alimentation, comment perdre du poids ?

Madame BA, 61 ans, 74 kg, employée, d'origine turque : Oui, j'ai déjà fait une fois, mais parce que j'arrive pas à faire régime.

L : D'accord, ok. Est-ce que, parce que c'est trop contraignant ou parce que... Pourquoi ?

Mme BA : Ça, j'ai pas compris.

L : Pourquoi vous arrivez pas, vous dites faire régime, pourquoi vous n'arrivez pas à faire régime ?

Mme BA : Ah, parce que je trouve, j'arrive pas à rester, enfin je sais pas, je sais pas.

L : D'accord. C'est trop difficile.

Mme BA : Oui voilà.

L : C'est trop strict.

Mme BA : Oui.

L : Ça rentre pas dans les habitudes de la famille, de comment vous manger...

Mme BA : Oui.

(...)

L : Non, jamais, d'accord. C'est le médecin qui vous a proposé la diététicienne ?

Mme BA : C'est à l'hôpital, qu'ils m'ont demandé là, j'ai des rendez-vous deux fois.

L : D'accord, ok. Et est-ce que ça vous a aidé ?

Mme BA : Un peu.

L : Un peu ? D'accord. Est-ce que vous avez trouvé que c'était trop difficile et qu'il valait mieux abandonner ?

Mme BA : Oui.

L : D'accord, c'était trop difficile, ok, ok.

Mme BA : Voilà.

La difficulté à respecter les règles alimentaires est majorée par la nécessité de maintenir ces modifications à long terme, alors que les difficultés du quotidien persistent également.

Madame LM explique que bien qu'efficaces au départ, elle est incapable de maintenir ses efforts dans la durée. Elle explique par ailleurs, que pour tenir dans le temps, l'isolement est un facteur d'échec. La réalisation, seule, d'un régime en augmente la pénibilité, donc en augmente le risque d'abandon.

Intervenant : D'accord. Et vous aviez déjà essayé d'autres choses avant l'opération...
Pour perdre du poids ?

Madame LM, 57 ans, IMC à 29,4kg/m² : J'avais essayé différents régimes, Weight Watchers, j'avais bien pris mais après quand on est seule on n'est pas motivée... c'est pas bien, mais j'ai essayé différents régimes.

L : Et comment vous aviez choisi ces régimes ? C'était sur des conseils de médecins ou c'était autour de vous ?

Mme LM : Non, c'était des conseils autour de moi, on discutait comme ça, « Tiens, je vais essayer ça » et finalement à chaque fois on replonge quoi.

L : Ouais, et c'était efficace au départ ou pas du tout ?

Mme LM : Si c'était efficace au départ, mais après quand vous êtes seule à le faire vous lâchez vite quoi.

La difficulté à maintenir les efforts alimentaires dans la durée est aussi liée aux contraintes quotidiennes. Chaque événement intercurrent, qu'il soit professionnel, financier, social ou médical est à risque d'interrompre les efforts menés jusque-là. La priorisation des problèmes peut rapidement reléguer au second plan la motivation à perdre du poids.

Intervenant : D'accord vous la voyez tous les combien ?

Madame E, 55 ans, employée : tous les 6 mois.

L : D'accord et vous avez déjà vu des résultats un peu au niveau du poids, par rapport au suivi.

Mme E : Oui il y a eu des résultats, mais bon il y a aussi des reprises, qui est lié aussi au mode de vie.

L : C'est à dire ?

Mme E : Ben, disons que je m'occupe de ma mère qui est handicapée et qui vit chez moi. Donc entre mon boulot, la course chez les médecins pour ma mère, je n'ai pas beaucoup de temps pour moi.

L : D'accord, oui, c'est sûr que c'est pas évident.

Mme E : Normalement je vais être soulagée un petit peu puisque mon frère est à la

retraite, donc normalement il devrait me donner un coup de main.

L: Il va vous aider à vous occuper de votre mère du coup ?

Mme E: Oui.

L: Vous aurez peut-être du temps pour faire un peu de sport...

Mme E: Voilà...

L: En Sport Santé...

Mme E: Voilà tout à fait.

L: Donc là vous allez déjà essayer Sport Santé et après vous reviendrez peut-être voir le médecin pour en rediscuter, je pense par rapport à ça.

Mme E: Oui, tout à fait par rapport à ceux que l'on me propose et ce qu'elle pense de ça quoi.

De plus, Madame G. explique qu'à chaque fois qu'elle arrête un régime, elle reprend plus de poids qu'elle n'en avait perdu. Le régime est là, encore limité dans le temps. L'appréhension d'un nouvel échec et d'une prise de poids associée la dissuade de recommencer à nouveau.

Madame G, 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Après quand j'étais... Quand je lâche je prends plus de poids. (...) Et après pour perdre 10 kilos, j'ai fait du régime, j'ai pris 15 kilos, pour perdre mes 15 kilos j'ai fait encore du régime, j'ai pris 20 kilos... C'est toujours... Tout ce que je voulais faire des mauvaises choses, là je prenais du poids, chaque fois.

Mme W. explique ne pas arriver à lutter contre les moments de grignotage et de compulsion alimentaire. De plus, elle précise qu'elle se sent esseulée dans cette démarche, qu'elle ne sait plus ce qu'il faut faire, et qu'elle n'a personne pour la conseiller.

Intervenant : Et est-ce que vous pensez que le médecin c'est son rôle dans ce... Par

rapport au poids ? Est-ce que vous pensez que c'est au médecin de vous aider ?

Madame W, 56 ans, 80 kg : Pas avant. Avant je savais pas. J'ai dit peut être que moi je dois faire un régime. C'est ça que j'ai essayé. Des fois j'arrivais pas, manger à n'importe quelle heure, n'importe quoi, des gâteaux quand j'ai faim.

L : Vous aviez l'impression de ne pas manger correctement ?

Mme W : C'est à dire... Euh... Non. J'arrive pas, il y a pas quelqu'un qui m'aide, qui me dit que ceci cela donc moi je mange n'importe comment.

L : Vous auriez aimé avoir quelqu'un qui vous dise comment manger ?

Mme W : Oui, oui, bien sûr. Oui, oui, bien sûr.

Le surpoids n'est pas exclusivement vécu comme une situation amenant handicaps et comorbidités. Il peut aussi être perçu comme un état de robustesse face à la rudesse de la vie quotidienne, d'autant plus dans les populations précaires. L'excès pondéral est alors associé à la force physique, mais aussi à des réserves énergétiques. Cet état est une sécurité, en prévention d'un éventuel manque d'accès à la nourriture. Cette vision peut rassurer les personnes précaires, chez qui le moindre événement intercurrent peut compromettre la stabilité d'une situation socioéconomique très fragile, et donc l'accès à une alimentation régulière.

Madame L se sent déjà affaiblie par son diabète et ses pathologies cardiaques. Son entourage a peur qu'elle soit encore plus vulnérable en perdant du poids. L'influence de son médecin et de sa famille sont en contradiction et complique la réflexion de la patiente par rapport à son poids.

Madame L, 62 ans, IMC à 27,1 kg/m², retraitée, d'origine bosniaque : Il me dit, tu vieillis de la figure plus que ... Nous voir que tu es beaucoup plus vieille que tu as l'âge quoi (...) Je suis diabétique, j'ai des problèmes avec le cœur. Ils ont peur que je tombe quelque part et que je me casse la figure quoi.

Les difficultés économiques rencontrées par les personnes en situation précaire sont un frein à leur prise en charge. Les recommandations diététiques sont bien perçues par les patients en surpoids, mais sont financièrement hors de portée. Les aliments de meilleure qualité et propices à la perte de poids sont trop chers. Face à un budget limité, le critère d'achat d'un produit est le coût du produit plutôt que sa qualité nutritionnelle. Ici encore, les recommandations dictées par les classes supérieures sont perçues comme inadaptées et hors de portée.

Madame M, 42 ans, IMC à 34 kg/m², d'origine congolaise : Côté budget aussi, revenu, j'avais eu des soucis donc j'arrivais plus à faire le sport et j'arrivais plus à acheter de la nourriture comme j'achetais avant : de la nourriture saine. Je mangeais ce qui se présentait devant moi. Donc ... Budget aussi, ça a compliqué... ça a compliqué un peu, parce que **contrôler les aliments c'est un budget.**

La perte de poids devient aussi plus compliquée en prenant de l'âge. Il apparaît une forme de fatalisme, où, à partir d'un certain âge, face à l'adversité, les patients se résignent à conserver leur poids.

Madame H, 45 ans, 77 kg : On perd moins facilement, maigrir, attention... Moi... maigrir... (inaudible) 40 et quelques, moi j'ai 45 ans !

Madame I, se sent incapable de pratiquer une activité sportive en raison de son âge.

Intervenant : Vous trouvez que vous avez déjà fait des efforts d'alimentation. Et au niveau du sport vous avez le temps un petit peu ?

Madame L, 71 ans, IMC à 35,5 kg/m², retraitée : Ah non, non, ne parlez pas de sport, non. De toute façon, je ne voudrai rien commencer de sport, d'ailleurs je n'en suis même pas capable. J'arrive pas, psychologiquement, et puis je vais pas me mettre à faire du sport à mon âge... Non, non.

L: D'accord, vous avez quel âge ?

Mme L: 71, je vais avoir 72 en début d'année.

Les relations sociales influencent les décisions des patients. Les familles partagent leurs représentations du surpoids. Elles peuvent être source de motivation et le premier accompagnant dans la démarche de perte pondérale. Mais elles peuvent aussi émettre leurs craintes des conséquences d'un amaigrissement.

La famille de Madame L se préoccupe de l'aspect esthétique et du vieillissement du visage.

Madame L, 62 ans, IMC à 27,1 kg/m², retraitée, d'origine bosniaque : Il me dit, tu vieillis de la figure plus que... Nous voir que tu es beaucoup plus vieille que tu as l'âge quoi (...)

Les personnes obèses sont évidemment réceptives à l'avis de leurs proches avant de réaliser une chirurgie bariatrique. Madame U explique que son conjoint porte un regard critique sur la chirurgie bariatrique. La suite de la citation laisse supposer qu'il lui demande de se responsabiliser quant à son poids écartant de ce fait toute aide extérieure, médicale, chirurgicale ou psychologique.

Madame U. 39 ans, IMC à 44,9 kg/m², employée : Comme j'ai un nouveau compagnon on en a parlé, il veut pas, il veut pas en entendre parler. Si je veux maigrir, c'est à moi de faire des efforts, de reprendre une activité.

Par ailleurs, Madame U. précise également, comme Madame G. avoir une appréhension de la chirurgie bariatrique et de l'anesthésie associée. Finalement, la représentation radicale de la chirurgie et les risques inhérents sont le principal frein de cette dernière.

Intervenant : Et juste pour revenir par rapport à la chirurgie. Vous m'avez dit votre conjoint mais vous qu'est-ce que vous en pensez ?

Madame U. Honnêtement, y a vingt ans j'étais très motivée, je voulais vraiment le faire. Et là le fait d'être endormie complètement, je vous dis la vérité, ça me branche pas. La peur de. C'est bête parce que j'ai fait plein d'opérations dans ma vie mais aujourd'hui... J'ai l'impression que plus on prend de l'âge plus y a des peurs qui apparaissent dans nos vies et qui redistribuent les choses différemment. Et finalement je me dis quelque part il a peu- être pas tort mon compagnon.

Madame G. 43 ans, IMC à 35,6 kg/m², sans emploi, d'origine turque : Je vais pas faire de la chirurgie, j'ai peur et pas de... Pas d'opération du... D'estomac... J'ai peur quoi.

Les patients qui ne perçoivent pas d'amélioration du problème qui les avait motivés à perdre du poids, se découragent logiquement.

Ainsi, Madame S. focalise son attention sur l'aspect non esthétique de son ventre dû à la prise de poids. Elle a remarqué que la perte de poids n'améliore pas, voir empire son complexe.

Madame S. 23 ans, IMC à 33 kg/m², employée : Oui, pendant pratiquement un an... J'ai perdu de la poitrine, j'ai perdu des jambes, j'ai perdu des fesses, mais mon ventre il bouge pas (...) J'ai perdu un peu de ventre, mais vu que j'ai perdu ça pendait encore plus. J'ai arrêté parce que je me suis dit, si je continue **ça va être pire encore.**

Enfin, les personnes se fixant des objectifs trop ambitieux peuvent se décourager rapidement, en percevant leurs mesures comme inefficaces. Ils peuvent alors se démobiliser et abandonner des actions qui leur avait pourtant été bénéfiques.

Intervenant : Selon vous qu'est ce qui marchait pas dans les régimes, dans le sport que vous avez essayé ?

Madame X : Je perds 2 kilos en 6 mois ou 7 mois, pour moi c'est pas assez. Avant, j'étais à 90, j'ai perdu 7 kilos en 6 mois. C'est pas assez pour moi.

De plus on peut supposer que, pour les personnes précaires les efforts consentis ne sont pertinents que si les résultats sont obtenus rapidement. La volonté d'une perte spectaculaire, massive et rapide, met en évidence une difficulté de projection sur le long terme vu la difficulté de la survie au jour le jour ou presque. Cette vision va à l'encontre de la majorité des discours médicaux qui recommandent une perte lente, progressive et durable.

Enfin, l'analyse du vocabulaire employé lors des conversations téléphoniques met en évidence l'utilisation importante du champ lexical de l'incapacité. Cette perception entre en contradiction avec le sentiment d'obligation de suivre les normes sociales.

*Madame D, 37 ans, 82 kg, sans emploi : C'est pas bien pour mon organisme, je **peux pas** m'empêcher (...) J'**arrive pas** à respecter les bases.*

*Madame Y, 59 ans, IMC à 30,2 kg/m² : Je **peux plus** courir, avec tout ce que j'ai comme arthrose.*

*Madame C, 55 ans, IMC à 31,2 kg/m², employée : Elle voulait déjà me prêter des vêtements, je **peux pas**, ça me va pas.*

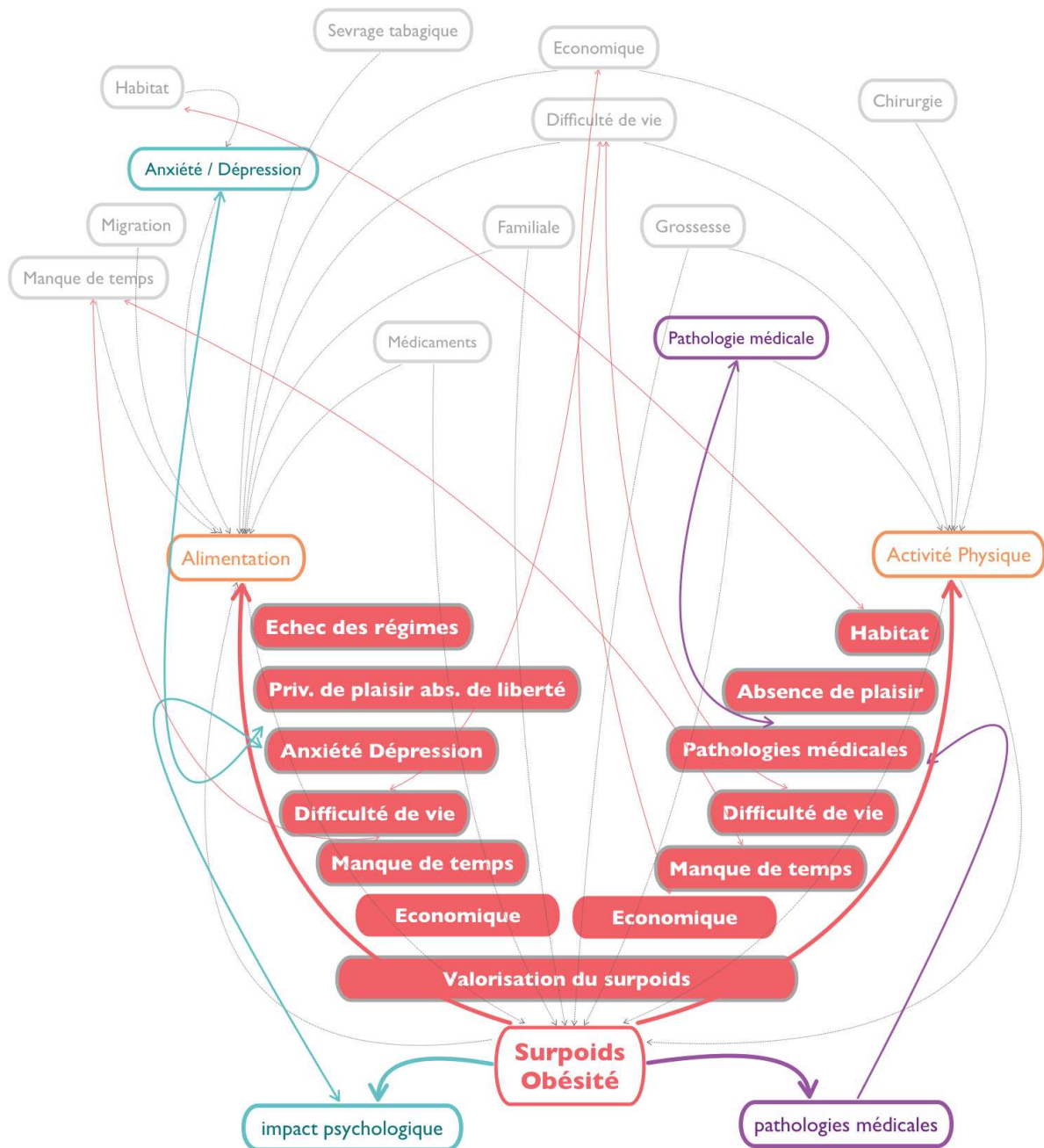


Figure 6 : Schéma récapitulatif des obstacles à la perte de poids

A la lecture des résultats, on remarque que pour les patients, les causes de leur état pondéral sont multiples. Elles dépassent très largement les simples aspects d'apports et de dépenses énergétiques. Ils accordent une part importante aux troubles psychologiques. Les causes s'articulent souvent ensemble, ces connexions rendent la

compréhension de leur situation plus complexe. Pourtant les actions pour perdre du poids ne se basent que sur les modifications de l'alimentation et de l'activité physique, et occultent totalement tous les autres facteurs causaux dont les souffrances psychologiques.

Les complications psychosociales sont en désaccord avec les préoccupations purement médicales des médecins. Les conséquences de l'excès de poids sont aussi nombreuses et s'intriquent encore les unes aux autres, elles couvrent deux axes : les pathologies médicales et les troubles psychosociaux.

Les motivations et les objectifs diffèrent également de celles des médecins.

On remarque surtout que de nombreux cercles vicieux se mettent en place. Les conséquences peuvent devenir des causes de l'obésité et même des obstacles à la perte de poids, les obstacles deviennent des causes ou encore paradoxalement les actions mises en œuvre deviennent des obstacles à la perte de poids. Les patients embourbés dans une situation complexe, totalement dépassés, ont du mal à faire le point sur leur état et à échapper à l'engrenage solidement mis en place.

Enfin soulignons que les histoires pondérales sont très variées, et qu'il est difficile de généraliser les modes de pensée des patients comme les prises en charge. Chaque situation est singulière et mérite un état des lieux pointilleux, surtout lorsque le patient est précaire, et donc touché par des difficultés propres (administratives, économiques, isolement, maîtrise de la langue, discriminations...).

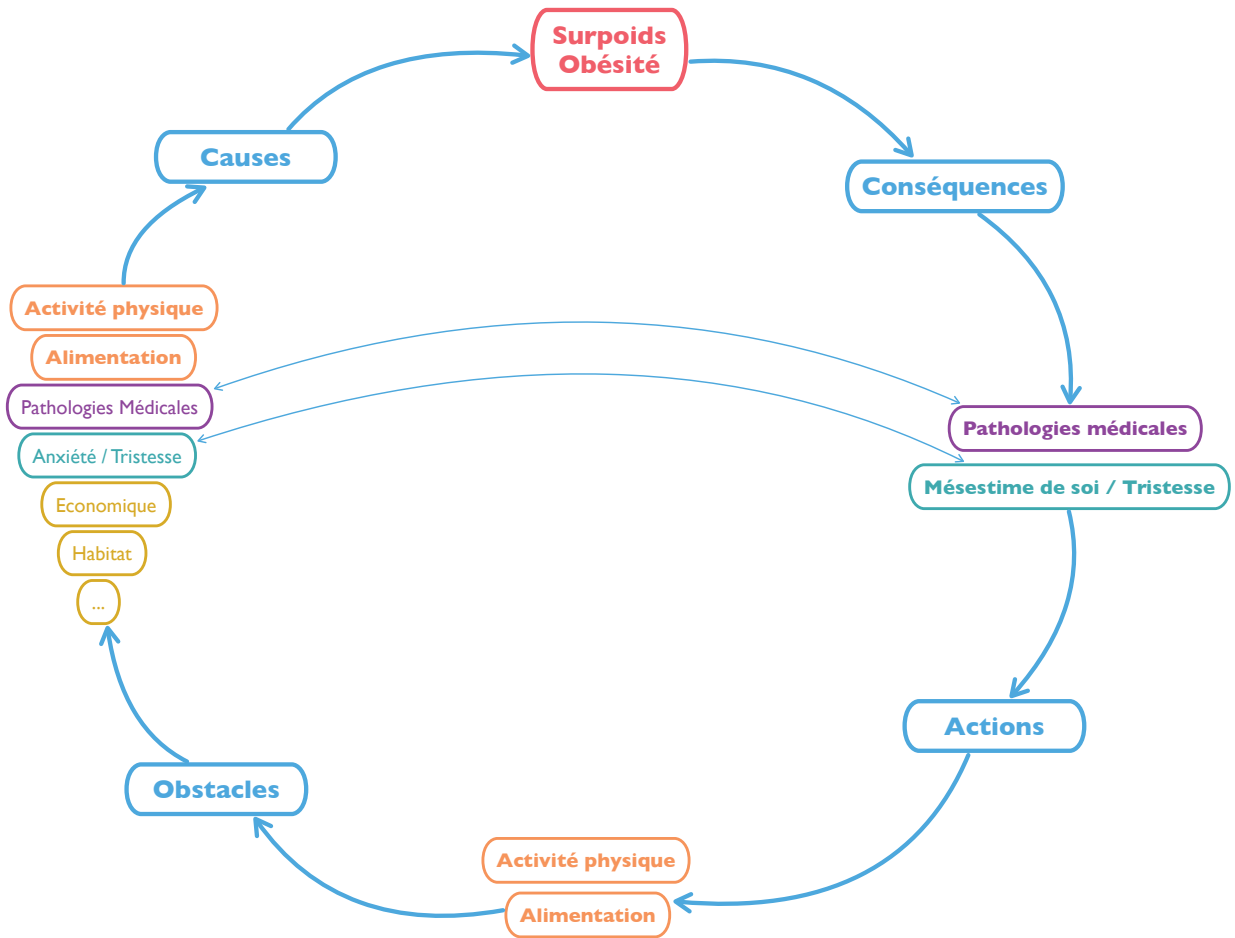


Figure 7 : Schéma récapitulatif des résultats : le cercle vicieux du poids

5. Discussion

5.1. Les limites de notre étude

Nous nous sommes efforcés de minimiser les biais lors de notre étude, en respectant les règles de méthodologie de recherche qualitative.

Plusieurs biais de sélection peuvent être observés. L'étude n'a été effectuée qu'à Strasbourg et n'en explore que la population de certains quartiers prioritaires.

Les médecins ayant accepté de participer à l'étude et donc aux contraintes qui y sont liées, sont des médecins impliqués dans l'amélioration de la qualité de vie des QPV et dans la formation des étudiants en médecine, ce qui introduit un biais de sélection des médecins.

Le recrutement des médecins n'a pu permettre d'observer tous les QPV. Bien qu'on puisse émettre l'hypothèse que l'étude de tous les quartiers n'aurait pas changé les résultats. Il n'y a pas de raison qu'il y ait des différences de représentation de l'obésité entre les différents QPV, ces dernières variant en fonction du niveau de précarité, qui est commun à tous les quartiers. De plus certains QPV n'ont pas de cabinets médicaux dans leur territoire.

Un biais de recrutement, lors de l'inclusion en consultation est présent puisque seuls les patients consultants en cabinet de médecine générale ont été observés. Nous occultons dans notre analyse toute la population précaire ne consultant pas de médecin et nous minimisons aussi la population obèse en bonne santé.

A l'opposé, le biais de volontariat est inévitable. Il rend l'échantillon, qui est volontaire, non totalement représentatif de la population. Dans notre cas, il pourrait aussi minimiser l'importance de la précarité.

Un autre biais de recrutement a eu lieu lors des rappels. Le taux de rappel est faible (28%) car les ils ont été difficiles à réaliser. Cela peut être expliqué par de nombreux facteurs. La difficulté de communication liée à la barrière de la langue peut être appréhendée en consultation (en compensant avec un discours non verbal, une

traduction par un tiers ou par des outils informatiques). Elle devient impossible par téléphone. Deuxièmement, malgré l'accord de participation en présence du médecin, les patients étaient plus nombreux à ne pas vouloir continuer à participer à l'étude, par manque de temps ou pour d'autres raisons qu'il ne nous a pas été possible d'explorer. En effet l'accord de participation a été tenu en présence du médecin, personne de confiance, et pouvant inciter consciemment ou non les patients à participer. Ainsi, sans le médecin, les personnes ont moins de scrupule à refuser leur participation. Le délai de rappel peut être un facteur de refus, il a été volontairement court (rappel dans la semaine) pour en diminuer l'effet. Enfin, la précarité peut expliquer en partie, un taux de réponse téléphonique faible. En effet, il est courant que dans des situations précaires, les personnes se partagent une même ligne téléphonique, changent régulièrement de téléphone, mais ont aussi pu percevoir l'appel d'un numéro inconnu comme une intrusion dans leur sphère privée déjà fragilisée par leur précarité.

Le principal biais de sélection est, que nous n'avons pu recontacter que les patients parlant français, ce qui modifie très fortement la population étudiée. Nous nous sommes efforcés de minimiser ce biais en recrutant des traducteurs afin de contacter les patients ne parlant pas français. Seulement, le taux de rappel a été encore plus faible, puisque non introduit par le médecin et plus longtemps après la consultation, les patients ont en grande majorité refusé de poursuivre l'étude. De ce fait les traducteurs n'ont pu réaliser que deux rappels.

Lors des rappels, les questions pouvaient orienter les réponses des patients vers les représentations médicales et les préjugés de l'opérateur, donc augmenter les discours du patient ayant trait à l'alimentation et à l'activité physique.

Une distance socioculturelle existait entre les enquêteurs, internes en médecine, et les patients, ce qui a pu entraîner des incompréhensions mutuelles.

Ainsi, nous avons pu développer, inconsciemment, un biais de confirmation, puisque les propos nous paraissant intéressants et en relation avec nos hypothèses ont été relancés tandis que ceux en désaccord ont pu être éludés.

Il nous semblait primordial de minimiser les biais de préjugé. Afin d'y parvenir nous avons adapté notre méthodologie : les questions de l'entretien téléphonique n'étaient pas systématiques et hiérarchisées. L'objectif des rappels était d'essayer, de ne pas être trop directif afin de laisser au patient une parole libre. Il y avait une maquette de suggestion de questions à ne pas utiliser de façon systématique mais en fonction de l'évolution de la conversation.

Afin de laisser le patient développer sa perception du sujet les questions fermées étaient évitées. Mais, l'excès de questions ouvertes dans un questionnaire peut entraîner une lassitude des personnes sondées, un comportement d'évitement entraînant une exploitation plus difficile.

Du fait de notre inexpérience dans les travaux de recueil de données des biais sont apparus. Un biais de fixation sur l'objectif a pu exister lors de certains rappels (focalisation sur la lecture du questionnaire, en diminuant l'attention aux réponses). Il a été gradué par la multitude d'opérateurs, et a été diminué avec l'expérience apparaissant au fil des rappels.

De même, la gêne et notre inexpérience ont pu empêcher la fluidité de la communication et certaines relances sur des sujets évoqués par les patients. Cet effet minimise l'exploitation des données potentiellement accessibles. Le ton de la voix, l'attitude, les réactions aux réponses influencent aussi la qualité de la communication et varient en fonction des intervenants. Tous ces biais se sont minorés au fil des rappels et de notre expérience grandissante. Opérateur-dépendant ils ont aussi été minimisés par la réalisation de rappel par plusieurs intervenants.

Un biais d'information important de notre étude est que les populations en situation précaire ont souvent un niveau socio culturel moins élevé que la population générale, ont plus de difficulté d'expression, le vocabulaire peut être plus limité, tout cela restreint donc les informations données par les patients.

Enfin nous étions présentés au patient par le médecin au sein de son cabinet, une association a pu être faite par les patients, qui nous ont perçus comme intermédiaires, et qui a pu modifier leur réponse quant à leur prise en charge médicale.

5.2. Les forces de notre étude

Le travail de recueil effectué en groupe a permis d'augmenter la puissance de notre étude, en augmentant le nombre de consultations observées et par conséquent le nombre de rappels. Ainsi l'échantillon analysé est conséquent pour une étude qualitative. Il a aussi permis de se concerter afin d'optimiser la préparation du recueil, d'échanger au fur et à mesure des rappels afin d'améliorer notre pratique. Comme

indiqué plus haut, la multiplicité d'intervenants lisse le recueil d'information et diminue les biais d'information, elle permet aussi d'aborder le sujet par plusieurs tons et plusieurs angles qui augmentent aussi la qualité du recueil en apportant une vision plus globale du sujet.

La participation des médecins du DMG de Strasbourg et de sociologues (Pr Bonah et le DHVS) qui sont à l'origine du projet, permet une approche pluridisciplinaire, donc d'analyser le sujet de manière différente et complémentaire.

Le mode de recueil standardisé par grille ECOGEN et questionnaire ÉPICES nous a permis de recueillir les informations et de sélectionner notre échantillon de manière objective. Les enregistrements sonores ont permis de réécouter les données afin de mieux comprendre les propos des patients et ne pas perdre d'information donc de diminuer les biais de recueil d'information.

L'élaboration des codages des rappels et leur réalisation ont été faites par deux personnes différentes puis comparées, ce qui augmente leur pertinence.

Enfin, tout le matériel collecté est également à disposition du département de médecine générale pour de prochaines études, et permet d'aborder des thèmes très larges puisque toutes les consultations ont été codées et enregistrées même celles sans rapport avec le poids.

5.3. Comparaison des résultats entre nos thèses

La multiplicité de sujets abordés lors de ce travail de recherche collectif nous permet de comparer nos analyses respectives.

5.3.1. Thèse de Déborah Fontes : Analyse de consultations de médecine générale traitant du poids en QPV

Le travail de thèse de Déborah Fontes consiste à analyser les consultations de médecine générale en QPV concernant les personnes en surpoids ou obèses et précaires.

Dans l'énorme majorité des cas, le poids n'est pas un motif de consultation. Comme le montrent mes résultats, le surpoids peut même ne pas être perçu comme un problème. Lorsqu'il l'est, il entre en concurrence avec de nombreux autres problèmes sociaux, économiques mais aussi médicaux, pour lesquels les patients viennent consulter.

Les rappels des patients permettent de montrer la multitude de causes du surpoids, qui peuvent se cumuler et s'intriquer. Cependant lors des consultations, les médecins se focalisent sur deux axes : l'alimentation et l'activité physique. Ils ne demandent pas aux patients quelles causes alternatives ou additionnelles ceux-ci ont identifiées. Ils ignorent l'aspect psychologique pourtant rappelé par les patients lors des consultations, ainsi que tous les autres facteurs confondants observés lors des rappels.

Comme lors des rappels, les patients peuvent avoir des mots très durs quant à leur situation pondérale, tandis que les médecins vont avoir tendance à minimiser leur propos de peur d'offusquer leur patient. Pourtant ils gardent une attitude moralisatrice face à la prise de poids et félicitent les patients lorsqu'ils en perdent.

Les plaintes des patients qui découlent du surpoids lors des consultations médicales ne concernent que l'aspect esthétique et vestimentaire. Elles sont en totale contradiction avec les préoccupations médicales.

Lorsqu'ils n'évitent pas la question du poids, les médecins ont plus facilement une attitude inquisitrice puis moralisatrice envers l'alimentation du patient. Ils stigmatisent volontiers des aliments et des supposés mode d'alimentation fautifs, et dictent des recommandations diététiques. Leur attitude peut être en partie responsable des représentations manichéennes relevées lors des rappels. En renvoyant la faute sur le patient, elle peut aussi être pourvoyeuse de culpabilité et de mauvaise estime de soi.

5.3.2. Thèse de Marine Dainotto : Prise en charge de l'obésité chez des personnes précaires par le médecin généraliste : qu'en pensent les patients ?

Le travail de thèse de Marine Dainotto montre que les patients ont en grande majorité une relation privilégiée avec leur médecin généraliste. Ils se rencontrent régulièrement et depuis longtemps. Les patients en apprécient la qualité d'écoute, le professionnalisme, l'absence de stigmatisation, mais relèvent aussi des difficultés d'accès liées à la charge de travail du médecin. Ils expliquent pour la plupart avoir une facilité à parler du poids au cabinet. Pourtant, ils portent un regard critique sur l'échec de la prise en charge.

La hiérarchisation des problèmes est différente entre médecins et patients. Elle peut être secondaire pour les patients précaires, comme j'ai pu le montrer dans mes résultats. Culpabilisés, les patients peuvent se sentir responsables de leur corpulence. De ce fait, ils se perçoivent comme l'unique acteur de leur prise en charge et excluent une aide extérieure de leur médecin. Je retrouve aussi dans mon travail ce phénomène de culpabilité des populations obèses et précaires.

Pour beaucoup, la mauvaise communication entre médecins et patients, les conseils inadaptés à la vie quotidienne des patients précaires et les préoccupations différentes sont responsables d'une incompréhension.

Mes résultats montrent que les mesures alimentaires, souvent restrictives sont mal vécues. De même, les prises en charge médicales proposées, basées sur l'alimentation sont vécues comme une impasse. Tandis que les activités physiques prescrites par le médecin, sont pourvoyeuses d'interaction sociale et sont valorisées.

5.4. Comparaison à la bibliographie

5.4.1. L'identité sociale, à la fois cause et obstacle

5.4.1.1. Représentation de la corpulence dans les milieux précaires

Dans notre étude nous avons noté que le premier obstacle empêchant toute prise en charge est l'agnosie des patients face à leur statut pondéral. De nombreux patients en surpoids et en situation précaire ne se perçoivent pas en surpoids.

L'étude de la bibliographie sociologique permet de comprendre la différence de perception entre patients précaires et corps médical.

Nos travaux sont en accord avec l'article de Bertin et coll. La corpulence dans les milieux sociaux défavorisés est plus fréquemment sous-estimée. Il explique que l'exposition répétée à des sujets en excès pondéral peut générer une sous-estimation de son propre poids chez des hommes en surpoids. Il existe une relation positive entre la prévalence de l'obésité et le niveau de sous-estimation de la corpulence dans la population (50).

Régnier explique aussi que les représentations liées à la corpulence varient dans les différentes classes de la société. Dès le XVII^{ème} siècle, le corps social marque la silhouette. La perception du poids idéal selon le sujet dépend de sa profession. Les agriculteurs sont par exemple plus en surpoids et ont les poids idéaux les plus élevés. Les cadres sédentaires sont déjà les plus minces et ont les désirs de poids les plus bas (34).

Nous avons aussi mis en évidence que même lorsque le surpoids est perçu par les patients, il n'est pas toujours vécu comme un problème, ou pas comme un problème prioritaire. Ici aussi, l'abord sociologique permet d'apporter une explication.

Corbeau décrit que, selon la logique de représentation citée plus haut, dans les classes précaires, une prise de poids ne va initialement pas être source d'inquiétude. Le délai de prise en charge va en être rallongé (51).

Régnier et Masullo développent l'idée que bien que la norme de la minceur se diffuse dans toutes les classes de la société, le repère normatif de la corpulence peut être complètement différent au sein du groupe social auquel la personne appartient, le poids peut ne pas y être un facteur d'exclusion, et même devenir un facteur d'intégration. D'ailleurs l'intérêt pour la minceur croît avec la hiérarchie sociale, il est moindre chez les populations précaires, telle que celles observées (27).

Nous avons également observé que les patients précaires peuvent avoir une perception rassurante de leur surpoids, signe de force et de bonne santé. La littérature explique aussi les différences de représentations corporelles liées à cette perception. Pour Régnier, la différence d'usage du corps le façonne de plusieurs manières. Les classes populaires font historiquement des travaux de force physique. Le corps est un outil de travail, un instrument qu'il faut entretenir. Les contraintes liées au travail nécessitent un corps robuste et résistant, ce corps est valorisé et devient la norme au sein de cette classe (34).

Vandebroeck et Wirth montrent que cette perception modifie la façon d'entretenir le corps, de le soigner, de le nourrir. Un corps gros est valorisé pour la force physique qu'il impliquerait. Chez les femmes des classes populaires aussi, le corps est plus un instrument qu'un ornement. La fonction nourricière d'un « corps rond, généreux et nourricier » est une source positive de reconnaissance personnelle. A l'opposé, les classes sociales qui dominent sont libérées de la nécessité d'utiliser leur corps comme outil de travail. Cela permet le développement d'un rapport esthétique au corps, objet de présentation exposé au jugement d'autrui (52).

Régnier et Masullo expliquent que les classes favorisées associent aussi la notion de forme et de santé, au corps. Le surpoids est un excès qu'il faut corriger. Dans les classes de position sociale faible, la perte de poids est un signe de fragilisation du corps. La minceur peut y être un marqueur esthétique mais pas un signe de bonne santé, comme dans les classes aisées (27).

Lecerf explique que la perte de poids, surtout lorsqu'elle est spectaculaire, peut entraîner une modification de l'image corporelle. Elle peut déranger la position sociale de l'individu : un homme fort et autoritaire, une femme rassurante. Il peut également y avoir la perte du statut positif de bon vivant. Même si ceci a tendance à diminuer devant la propagation de l'idéal de la minceur dans toutes les classes de la société (53).

Bien que non décrite lors des entretiens téléphoniques, la différence de représentation du corps et de la corpulence idéale varie en fonction des origines ethniques et peut influencer la perception des populations migrantes. Poulain explique que, dans les pays en développement, l'obésité est plus fréquente dans les classes favorisées, les corpulences fortes sont valorisées, associées à une certaine aisance et s'inscrivent dans l'univers du désirable, l'obésité devient un critère de beauté (4). Berdah précise que l'insatisfaction de l'image de soi dépend aussi des références ethniques de la personne obèse. Dans les cultures africaines les critères de beauté sont plus larges que dans la société occidentale et permettrait aux obèses d'avoir une meilleure estime de soi (54).

Cependant, dans le monde contemporain, la norme de la minceur, propagée par tous les acteurs de la collectivité, est diffusée dans toutes les couches de la société. Notre étude a montré que lorsque le patient perçoit son surpoids, il exprime souvent

une représentation négative de son statut pondéral. Le patient utilise alors un vocabulaire très dur à son égard. La littérature indique que le jugement de sa corpulence est fortement influencé par l'image reflétée par la société. Régnier rappelle que la norme sociale est celle de la minceur (diffusion à la télévision, dans la presse...) (34). Corbeau, que le corps médical propage un message de santé publique et d'épidémie mondiale, définissant les personnes obèses comme malades et à soigner, ainsi qu'une crainte de la contagion du surpoids. Une vision culpabilisatrice du sujet obèse, responsable de son état par son comportement de "gros mangeur", est diffusée au sein de la population. Tandis que les industries agroalimentaires, pharmaceutiques ou des médias sculptent aussi la perception négative de l'obésité pour aboutir à une construction globale dans la société (51). Carof explique que le sujet obèse est vu comme paresseux et manquant de volonté, son poids est attribué au manque de maîtrise de soi. Les personnes obèses auraient échoué à remplir leur devoir de santé. Il y a une injonction de la société, du corps médical et de l'entourage pour que les personnes en surcharge pondérale perdent du poids (55).

Pour Berdah, le culte de la minceur est à l'origine de la stigmatisation des corps déviants comme causant un problème de santé publique. Il décrit que les sujets obèses sont assimilés à la stupidité, paresse, saleté, mensonge et tricherie chez l'enfant et à une incompétence et une instabilité émotionnelle chez l'adulte (54).

Poulain décrit les stigmatisations professionnelles. Les candidats en surpoids à un poste de travail sont perçus par les recruteurs comme ayant un faible contrôle d'eux-mêmes, un faible potentiel à l'encadrement, une mauvaise hygiène personnelle, un

niveau de productivité plus bas, moins d'ambition professionnelle, et comme étant moins dignes de confiance (4).

Le Barzic explique que d'après les représentations sociales dominantes, les obèses seraient responsables de leur état, d'abord à cause des débordements alimentaires, puis de leur refus de se soigner (56).

Berdah précise que cette stigmatisation serait encore plus importante de la part du corps médical ou paramédical (54).

Ainsi la stigmatisation systématisée de l'obésité dans la société est assimilée par les patients obèses, ils intègrent les stigmates dans la représentation de leur statut.

5.4.1.2. Représentation de l'alimentation (abord sociologique)

Les rappels téléphoniques ont permis de mettre en évidence la vision tranchée des "bons" et de "mauvais" aliments par les patients précaires. Ils décrivent avec culpabilité une appétence pour les produits gras et sucrés, qu'ils considèrent comme "mauvais" en cohérence avec les recommandations des pouvoirs publics. Leur mode alimentaire est perçu comme étant la première cause de surcharge pondérale. Il est alors intéressant de repositionner le patient dans son environnement pour comprendre son raisonnement et son comportement.

La littérature montre que, comme la classe sociale définit la perception de la corpulence, elle définit également le rapport à l'alimentation des patients précaires. La

bibliographie corrobore la préférence des patients précaires pour les aliments cités plus haut.

Malon et coll. analysent la consommation d'aliments en France, grâce aux données de consommations alimentaires recueillies lors de l'Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS). Ils suggèrent que l'atteinte des recommandations du Plan National Nutrition Santé (PNNS) est moins bonne chez les adultes qui ont des situations professionnelles défavorables (57). Darmon et Carlin expliquent que les adultes en faible position socioéconomique consomment moins de fruits et légumes, mais aussi d'autres aliments recommandés pour préserver la santé, tels que le pain complet, le poisson ou les viandes maigres. Plus la position sociale est faible, plus sont consommés des aliments déconseillés pour la santé, et susceptibles de favoriser la prise de poids, comme les viandes grasses et les boissons sucrées (58).

Il est intéressant de chercher à comprendre pourquoi les populations précaires n'adoptent pas une alimentation équilibrée conforme aux recommandations.

Pour Régnier et Masullo, ainsi que pour Corbeau, le goût est sculpté par la classe sociale. Les individus en position socioprofessionnelle élevée vont modifier leur goût en fonction de l'intérêt nutritionnel et donc sanitaire du produit. La diététique répond à des impératifs moraux. Un aliment est bon s'il est bon pour la santé, ce qui est la forme la plus aboutie de l'approbation de la norme : les goûts sont modelés par les normes de santé. A l'opposé, pour les populations modestes, les aliments sont bons à cause de leur goût et non pour leurs propriétés sanitaires ou amincissantes (27,59).

Régnier et Masullo comme Vandebroeck et Wirth expliquent que le schéma corporel instrumentaliste développé plus haut modifie la manière de se nourrir. Le travail physique nécessite une alimentation nourrissante et fortifiante. L'individu va chercher à compenser au maximum les pertes et à moindre coût, cette recherche va sculpter ses goûts pour des plats nourrissants et bourratifs qui font grossir, ainsi qu'une abondance alimentaire qui fortifie le corps usé par le travail. Vandebroeck et Wirth citent l'hypothèse de Bourdieu : les goûts de classe contribuent à façonner le corps physique (27,52). Pour Corbeau, les classes populaires voient les aliments consistants comme des combustibles nécessaires et sont privilégiés par la dimension calorique qu'ils apportent (59). Poulain décrit la différenciation sociale des goûts. Elle se traduit par une survalorisation «de l'énergétique», «du puissant», «du fort» dans les milieux populaires (4).

Régnier et Masullo avancent aussi la théorie, que de nos jours, les classes populaires sont dépourvues d'une identité de classe forte. Cette identité (exemple : "les ouvriers") était fédératrice. Elle protégeait de la consommation alimentaire de masse. Corbeau rejoint alors l'analyse de Régnier et Masullo : Les populations précaires étant moins bien insérées dans la société, elles ressentent un fort besoin d'intégration. Les produits de marque ou vantés par la publicité sont assimilés à la modernité et permettent de se sentir inclus dans la société. Leur consommation (produits agroalimentaires, fast-food) permet l'appartenance à un groupe de consommateur, cette image est valorisée par la publicité à laquelle les classes sociales défavorisées sont plus sensibles. Elle procure une identité sécurisante pour ces derniers (27,59).

Un autre aspect développé par Corbeau, mais aussi par Vandebroek et Wirth est que les populations plus modestes, constamment soumises à des impératifs (économiques, professionnels, culturels...) sont condamnées à trouver du plaisir dans les pratiques les plus directes et immédiates, telle l'alimentation. Elle constitue ainsi une valeur refuge, un des rares domaines de liberté et où la société et la situation économique n'imposent pas de censure et de restriction. Cette vision entrave les interventions diététiques (52,59).

Selon Régnier, il existe une jubilation à avoir accès à la consommation de masse et la surabondance d'aliments peut être vue comme un signe de réussite économique (34).

Corbeau décrit l'idée d'une revanche sociale sur toutes les autres formes de privation (59), et pour Régnier et Masullo, ainsi que pour Poulain, c'est aussi le signe d'une revanche historique sur les famines des générations précédentes de sa classe sociale (4,27).

Régnier et Masullo expliquent que la représentation de la fonction maternelle est aussi une notion capitale, puisqu'elle influence fortement la consommation alimentaire au sein du foyer. Cette représentation est différente en fonction de la classe sociale. Pour les catégories aisées, la nutrition a une dimension pédagogique : on parle d'éducation alimentaire, l'objectif est de faire manger les aliments « sains ». Il existe une vigilance précoce sur la corpulence. Dans les familles modestes, la peur fondamentale du manque persiste. Le principal rôle de la mère est la fonction nourricière. En nourrissant abondamment son enfant, elle remplit sa mission, et son image est valorisée. L'opulence des repas, et la satisfaction des exigences gustatives des enfants accroissent le sentiment d'utilité des parents (27).

De tous ces éléments structurels qui s'imposent aux individus découle la difficulté des actions de santé publique à modifier des comportements sous-tendus par des marqueurs identitaires forts. En demandant de changer d'alimentation, on demande aux individus des classes populaires de changer d'identité.

5.4.1.3. Représentation des normes sociales et recommandations

Poulain rappelle que l'intérêt porté à la nutrition varie selon le niveau d'éducation : les plus diplômés sont beaucoup plus réceptifs aux recommandations nutritionnelles que la moyenne. Cependant, la disposition d'un stock d'informations nutritionnelles ne se traduit pas toujours par des transformations dans les comportements (4).

Régnier et Masullo, distinguent 4 grandes catégories de classes sociales.

- Les catégories "supérieures" : Ce sont elles qui diffusent les normes, elles se les approprient.
- Les catégories "intermédiaires" : Elles sont intégrées, ou modestes en ascension sociale, mais elles restent sous la pression de la norme, sous domination, sous tension. Elles sont en contact avec les classes supérieures, elles veulent montrer leur bonne volonté et vont adhérer voire surinvestir les normes imposées, jusqu'à l'obsession, ceci dans une logique d'ascension sociale.

- Les catégories “modestes et populaires” vont avoir une réaction critique aux recommandations dictées. Elles comprennent et intègrent les normes, mais ne peuvent pas les appliquer pour de multiples causes : coût, goût, habitudes... Elles se défendent donc face à une autorité qui impose les règles. Ce sont surtout elles, que nous avons inclus dans notre étude. La soumission universelle au Diktat du poids minimise cependant le rejet des recommandations et favorise des modes de pensée ambivalents sur la question du poids.
- Les classes précaires sont indifférentes et même rejettent ces normes qui sont vécues comme une remise en question de leur capacité de faire, et font irruption dans leur vie privée. Dans notre étude, cette population est représentée par les patients ne se percevant pas en surpoids ou ne percevant pas de problème lié au poids. Cependant, elle est probablement sous-estimée, à cause des biais de sélection de l'échantillon qui ont été cités plus haut (34).

La position sociale dans les milieux aisés permet de structurer une temporalité de la vie et donc l'élaboration à long terme de stratégie pour le corps et son bien-être, favorisant la médecine préventive (52). Régnier et Masullo précisent que dans les milieux aisés, le médecin est perçu comme un expert, vers qui on s'oriente facilement pour avoir un avis. Dès l'enfance, le pédiatre est rapidement consulté en cas de surpoids. Tandis que la relation est différente dans les milieux plus modestes, la relation médecin/patient peut devenir conflictuelle, car basée sur la domination du médecin, de plus il peut exister un conflit entre les valeurs du médecin et celles transmises par le cercle familial (27).

Cette différence de représentation entre les classes sociales peut expliquer la difficulté des campagnes de santé publique à avoir un impact sur les populations précaires. Les recommandations sont connues par les personnes que nous avons interrogées. La question pour les professionnels de santé n'est donc pas de savoir pourquoi les recommandations ne sont pas suivies, mais comment parler du poids à des personnes qui, du fait de leur condition de vie et leur bagage socio-culturel, ne font pas forcément de lien direct entre poids, alimentation et santé.

Nous notons toutefois que cela change en prévention secondaire une fois qu'une pathologie est diagnostiquée (diabète, cancer, ...) (27).

Les campagnes de santé publique sont dictées du haut vers le bas. Le problème est que les populations les plus sensibles aux messages sont les moins touchées, alors qu'elles touchent difficilement, voir sont rejetées des populations les plus concernées par le surpoids. Par conséquent le risque est d'accroître les inégalités sociales de santé.

5.4.1.4. Vivre en QPV, facteur d'inégalités

Les rappels téléphoniques montrent que de nombreuses difficultés du quotidien rencontrées par les habitants des QPV, entrent en concurrence dans la priorisation du problème de poids. Elles empêchent aussi le bon déroulement des actions mises en œuvre pour perdre du poids.

Le rapport de l'Observatoire National de la Politique de la Ville (ONPV), démontre que le chômage touche beaucoup plus les populations des QPV, et préoccupe encore plus ses habitants (41% le cite en préoccupation principale) que le reste de la population (32 %) (60). Par ailleurs, 22% des ménages des QPV habitent un logement surpeuplé (contre 12% en dehors de ces quartiers). 22 % des logements des QPV ont un défaut grave de confort (18 % hors QPV), et ceci est plus prononcé pour les logements locatifs privés. Les habitants des QPV consacrent une part plus importante de leur budget pour le logement (taux d'effort de 30% contre 20% en dehors de ces quartiers (61). La situation de précarité inclut, par définition, d'importantes préoccupations financières, surtout pour le budget alimentaire comme nous le développerons plus loin.

Les autres pathologies rencontrées par les patients en milieu précaire peuvent reléguer l'intérêt pour l'obésité au second plan. Saint Pol explique que les inégalités sociales de santé (ISS), dont souffrent les personnes précaires ne concernent pas que l'obésité. Ainsi, les personnes en situation de pauvreté ont une santé perçue de moins bonne qualité. Ils sont aussi plus souvent atteints de pathologies tumorales ou cardiovasculaires, et sont plus souvent hospitalisés que le reste de la population (62). Par exemple, dans les QPV de Strasbourg, le taux de patients diabétiques traités pharmacologiquement est supérieur de 84% au reste de l'Alsace (63).

Lang et coll. rappellent que les ISS sont aussi expliquées par le fait que les facteurs défavorables à la santé (tabagisme, sédentarité, alimentation) sont rarement isolés chez un individu donné, ils cumulent souvent plusieurs handicaps en matière de santé et d'accès aux soins (64).

5.4.2. L'alimentation et les régimes, lorsque la solution devient un obstacle

Notre étude montre que les patients reconnaissent faire des erreurs diététiques. Ils perçoivent les changements qu'ils devraient réaliser, notamment sur la qualité nutritionnelle. Mais leurs difficultés économiques les privent d'une alimentation plus saine. Ici encore, la littérature étudiant les habitudes alimentaires corrobore les propos des patients.

Une étude au Royaume-Uni sur l'insécurité alimentaire, montre qu'elle est associée à une mauvaise qualité de l'alimentation et à l'obésité. Des entretiens en face à face ont été menés avec des adultes, clients des banques alimentaires. Le revenu était le facteur le plus important influençant les choix alimentaires des participants, tous les participants signalant une lutte constante pour se payer de la nourriture. Les décisions alimentaires étaient principalement basées sur le coût ; la plupart des participants appréciaient de manger sainement mais n'avaient pas les moyens de le faire. Les stratégies pour rationner les aliments comprenaient le fait de sauter des repas, de consommer de petites portions, de cuisiner en vrac et de prioriser l'apport alimentaire des enfants (65).

L'étude précise que la majorité des participants ont signalé des problèmes de santé préexistants, mais ceux-ci ont été exacerbés par un mauvais accès à la nourriture conduisant à un cercle vicieux de stress et une aggravation des problèmes de santé. Nous pouvons mettre en relation cette analyse avec la situation d'obésité des patients observés dans notre étude.

Caillavet et coll. comparent les budgets des foyers à forts et à faibles revenus en France en 2006. Les ménages situés dans le décile le plus élevé des revenus consacraient moins du quart de leur budget, soit 234 euros par personne et par mois, pour l'alimentation à domicile, alors que ces dépenses ne s'élevaient qu'à 130 euros par personne et par mois pour les ménages du décile le plus bas, tout en représentant presque le tiers de leur budget total (66) . En découle mécaniquement une inégalité d'accès à une alimentation considérée comme "saine" ou de qualité.

Comme ce qui est décrit dans l'étude anglaise "Eating to survive" (65), Darmon et Carlin trouvent que le prix est le premier critère de choix alimentaire lorsque le budget alimentaire est trop bas. Ce phénomène risque d'orienter vers des choix alimentaires néfastes pour la santé. En effet ils expliquent que les aliments recommandés comme les fruits et légumes ou le poisson, sont riches en nutriments essentiels et de faible densité énergétique. Par conséquent leur rapport prix/calorie est élevé. A l'opposé, les produits gras et sucrés procurent des calories à très bon marché (58) . Ces derniers sont donc favorisés dans les paniers des ménages les plus précaires.

Une étude plus ancienne de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) mettait aussi en évidence les conséquences du rapport prix/calorie : les ménages les plus pauvres dépensaient beaucoup moins pour les fruits (-43 %), les viandes (-18 %) et les produits laitiers (-15 %) et beaucoup plus pour les corps gras (+25 %) (67).

Dans son ouvrage *Sociologie de l'obésité*, Poulain montre que la nécessité économique immédiate, prime sur l'intérêt sanitaire à long terme. Les sujets précaires ont une appréciation plus souvent négative de leur état de santé (25 %), qu'au sein de la population française globale (11 %). Or, le critère « santé » pèse moins sur la

décision d'achat que pour le reste de la population (54 % contre 65 %), le coût, restant le facteur limitant principal. Pourtant, l'étude montre aussi que les personnes en précarité sont deux fois plus nombreuses que l'ensemble des français à déclarer que si elles avaient plus d'argent, elles modifieraient quantitativement leur ration alimentaire, plutôt que qualitativement (4).

Ce qui montre que la consommation d'aliments dépend toujours des rapports sociologiques à l'alimentation comme nous l'avons développé plus haut.

Darmon et Carlin approfondissent la réflexion. L'accès à une alimentation saine ne se limite pas au prix des aliments. Il s'accompagne souvent de difficultés pratiques d'approvisionnement, de stockage et de transformation des aliments. La personne précaire va se tourner vers l'achat d'aliments secs, non périssables et stockables afin de limiter à la fois la fréquence des courses et le poids à porter, mais aussi afin de limiter le gaspillage. Ce même refus du gaspillage pourrait également expliquer en partie la monotonie alimentaire associée à la pauvreté, car expérimenter de nouveaux aliments représente un risque qu'ils soient jetés sans avoir été consommés (58).

Une étude réalisée dans le Bas Rhin, auprès de 3327 collégiens de 12 ans a montré qu'ils ont près de deux fois plus de risque d'être en surpoids s'ils habitent dans un quartier où l'accessibilité géographique à des commerces alimentaires ou à des équipements sportifs est faible, ceci seulement pour les enfants d'ouvriers, mais pas dans les autres catégories socioprofessionnelles (68).

Nous avons expliqué la consommation de produits délétères rapportée par les patients précaires par un abord économique et sociologique, mais des phénomènes physiologiques interviennent aussi, surtout dans une population développant des troubles psychologiques.

Dans son article, Lecerf rappelle que l'absorption de glucides a un rôle important dans le maintien de l'humeur, via les voies sérotoninergiques. Leur restriction entraîne une humeur négative, qui peut aussi être expliquée par la perception d'une alimentation monotone, sans attrait ni saveur, donc ne générant pas de plaisir. Lors de la reprise de sucre, l'humeur se normalise. De plus l'appétence pour les produits sucrés est plus élevée en cas d'obésité mais aussi lorsque le poids fluctue (53). Cela soulève donc la question de l'addiction à une certaine alimentation et au sucre en particulier. Ce volet "addiction" ne ressort malheureusement pas dans nos résultats. Il n'a probablement pas été interrogé suffisamment.

Notre travail de recueil permet de se rendre compte que le principal mode d'action envisagé pour perdre du poids est la modification de l'alimentation. Dans la stratégie des patients, cette modification passe surtout par l'application d'un régime restrictif. Il convient à présent d'observer la littérature à propos de ces régimes.

L'ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail) a réalisé un rapport en 2010 sur les régimes, devant leur constante croissance, dans un contexte d'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité mais surtout dans une tendance sociétale d'obsession de la minceur. Ce rapport montre que 23,6% des adultes ont déclarés avoir fait un régime dans l'année précédant l'enquête (69). Carof explique que les obèses, quel que soit leur sexe, font plus de régimes, et que cela peut être expliqué par les comorbidités rencontrées, mais aussi par la stigmatisation et les discriminations, dans la société et au sein de leur famille (55). Les résultats montrent que l'application de régimes va se

faire en réaction au diagnostic de surpoids, une fois la pathologie ou ses complications établies. Ces derniers sont perçus par les patients comme un traitement dont ils vont tenter de suivre la prescription.

Comme nous l'avons vu précédemment, les classes sociales supérieures font des régimes plutôt pour leur vertu préventive que curative. Le régime rentre dans le cadre de l'hygiène de vie. Cette action est possible car les individus ont une conception individualiste, ils se voient responsables et autonomes. Le corps est un objet de savoir que l'on peut et que l'on doit modifier pour être en adéquation avec les normes de santé publique. Ils gardent cependant un regard critique sur le régime, préfèrent un rééquilibrage et limiter certains aliments plutôt que les interdire complètement (55).

Dans les milieux plus modestes, la vision à court terme empêche les actions de prévention, les traitements sont curatifs. Il n'y a pas de notion de santé, mais plutôt de maladie. L'hygiène de vie est difficile à intégrer, il s'agit plutôt d'un régime étroit et strict vécu comme un remède, et qui sera donc suivi seulement à court terme. Dans le cadre familial, le régime reste individuel, et ne modifie ni la vision ni le mode de vie des autres membres de la famille (27).

Cette vision sociologique corrobore la séquence temporelle de diagnostic de pathologie, de perception des complications médicales puis de l'application de régimes pour traiter le problème observé lors des rappels.

Les résultats de notre étude, montrent que les patients rencontrent des contraintes du quotidien, qui sont un frein à la prise en charge du poids. En effet, les efforts à faire,

inhérents à tous les régimes restrictifs, n'ont pas toujours de sens ; c'est rajouter une contrainte à une vie faite de difficultés et de restrictions quotidiennes. Seul un désir temporaire et précis (pour la séduction ou pour la santé) peut déclencher une mise au régime à l'encontre des contraintes sociales, économiques et physiques (31). Ces régimes "flash" sont alors pourvoyeur d'un "effet yoyo" et les personnes que nous avons interrogées étaient découragées de reprendre inéluctablement du poids, et même plus de poids que ce qu'elles avaient perdu. Les régimes restrictifs semblent donc plus délétères que bénéfiques : ils entretiennent un sentiment d'inexorabilité, d'impuissance et d'injustice.

Les travaux épidémiologiques semblent confirmer les propos des rappels. Carof explique que plusieurs études tendent à montrer que les régimes sont inefficaces, il y a très peu de maintien de perte de poids à long terme (55).

Une revue de la littérature indiquait que seuls 20 % des sujets maintenaient une perte de poids de plus de 10 % au bout d'un an (70). Une autre étude montre qu'à 5 ans, 95 % des sujets reprennent le poids perdu (71). Une enquête menée en 2011 concernant 4761 internautes ayant suivi le régime Dukan montrait qu'à plus de quatre ans 80 % avaient repris le poids perdu (72).

Comme lors des rappels, Carof décrit les successions de régimes et d'échecs, causant "l'effet yoyo". Cela entraîne un rejet fréquent des régimes stricts et l'approbation de pratiques plus hédonistes (55).

Une étude finlandaise a évalué le nombre d'épisodes de pertes volontaires de plus de 5 kg à 25 ans. Le risque de développer un surpoids chez les hommes est multiplié par 1,8 pour un épisode et par 2,0 pour plus de deux épisodes ; chez les femmes il est multiplié par 2,7 pour un épisode et par 5,2 pour plus de deux (73).

Dans nos rappels, les patients s'attribuent les responsabilités de leurs échecs, augmentant le sentiment de dévalorisation. Cependant d'autres facteurs qu'ils ignorent interviennent et sont expliqués par la littérature.

Le rapport de l'ANSES, décrit une perte de masse maigre inévitable concomitante à la perte des réserves adipeuses, et conduisant en un affaiblissement du sujet. L'oxydation lipidique diminue, l'efficacité du métabolisme augmente, les dépenses énergétiques se réduisent. La perte de poids demande moins d'énergie pour déplacer le corps, mais la diminution des dépenses est aussi liée à la perte de masse maigre. Ainsi à poids égal un ancien obèse aura un métabolisme de base plus bas qu'un sujet sans histoire de surcharge pondérale. En théorie, cette perte de métabolisme de base devrait être compensée par une augmentation de la mobilité, mais de nombreux facteurs limitent la mobilité des anciens obèses (problèmes de santé...). Un régime avec faible restriction en glucides limite la perte du métabolisme de base mais il limite aussi la perte de poids. Ainsi, un des mécanismes de reprise de poids réside dans la sarcopénie. Une étude a montré : qu'une perte de 1 kg de graisse était associée à une perte de 260 g de muscle mais qu'un gain de 1 kg de graisse était associé à un gain de 120 g de muscle seulement. Donc, en reprenant l'alimentation d'avant régime, avec un métabolisme de base diminué, le sujet va récupérer le poids initialement perdu, mais la proportion de masse grasse sera plus importante, au détriment de la masse maigre (69,74).

Les mécanismes d'adaptation hormonale complexifient la perte de poids. Une étude où les sujets, suivis sur 62 semaines, étaient soumis à un régime fortement hypocalorique sur 8 semaines, puis 2 semaines de consolidation de poids. Dès 10 semaines leur sensation de faim a augmenté suite à la diminution significative de la leptine, peptide YY, cholecystokinine, de l'insuline et une augmentation de la ghréline, du Gastric Inhibitor Peptide (GIP), du Pancreatic Polypeptide. Ces modifications persistent à un an. Les auteurs de l'étude concluent «ces mécanismes adaptatifs sont avantageux pour un sujet mince dans un environnement où la nourriture est rare mais ne le sont pas pour un sujet obèse dans un environnement où la nourriture énergétiquement dense est abondante et où l'activité physique n'est pas nécessaire», ce dernier correspondant à notre contexte social contemporain (53).

La lecture bibliographique permet de s'apercevoir que le patient n'est pas le seul responsable de ses échecs, que des mécanismes adaptatifs physiologiques sont un obstacle inévitable et indépendant de leur volonté. Cette réalité, rarement reconnue, rend les échecs des régimes d'autant plus difficiles à vivre pour les personnes en surpoids qui sont culpabilisées sur le registre moral de la volonté.

En dehors du vécu négatif et de la prise de poids liée aux régimes, les patients ne perçoivent pas les nombreuses complications potentielles qui leurs sont inhérentes.

En effet les régimes restrictifs reposent sur un déséquilibre nutritionnel en modifiant les apports en macronutriments et l'éviction de certains aliments. Le rapport de l'ANSES rappelle qu'ils entraînent des carences d'apport en micronutriments comme le fer ou en vitamines C, D ou E... Mais peuvent aussi largement dépasser les apports conseillés comme pour le sodium. Ils peuvent entre autres entraîner des complications

hépatiques et rénales, des troubles du rythme cardiaque, des risques de tumeurs colorectales (69).

Au-delà des régimes, l'ANSES explique que les fluctuations pondérales répétées sont un facteur délétère pour la masse osseuse est aussi un facteur de risque cardiovasculaire suspecté (69). Ces comorbidités, dommages collatéraux des échecs répétés de régimes, pourront à terme constituer à leur tour un obstacle à la prise en charge du poids.

L'analyse des rappels, permet de mettre en évidence l'utilisation répétée du champ lexical de la soumission par les patients. Les normes et recommandations élaborées par les classes favorisées leur sont imposées comme un diktat, "manger, bouger", "ne pas manger trop gras, trop sucré, trop salé". Pourtant le rapport de l'ANSES précise que l'adaptation du régime aux goûts et habitudes du patient est importante pour assurer l'adhésion de ce dernier sur le long terme (69).

Darmon et Carlin citent le premier PNNS entre 2002 et 2008. Il avait ciblé l'utilisation de fruits et légumes dans la population afin d'en augmenter la consommation. Bien qu'il ait permis d'améliorer les connaissances de la population, la consommation n'a pas été augmentée de façon significative. Ce constat montre la difficulté de modifier les comportements individuels sans changer l'environnement (58). Comme nous l'avons développée plus haut, la perception des recommandations des patients précaires apporte une explication possible de cet échec.

Lors de notre recueil, les patients ont décrit les émotions qui dictent la prise alimentaire.

Dans son article Lecerf explique que, pour les mangeurs émotionnels, le régime va enlever la “béquille qui stabilisait leur situation” la nourriture venait calmer, rassurer un problème sous-jacent. Le patient en surpoids apportait par l'alimentation une réponse à un vrai problème, bien que, inapproprié à le résoudre. Enlevant cette béquille, les angoisses générées par les problèmes ressurgissent (53).

Un autre phénomène induit par les régimes est décrit : la restriction cognitive. Elle est composée de deux phases : d'abord une inhibition sans perte de contrôle, puis une désinhibition avec perte de contrôle. La phase d'inhibition est volontaire : La personne renonce à ses sensations alimentaires pour suivre les règles diététiques. Lorsque l'inhibition se lève, le sujet est hypersensible aux sensations émotionnelles internes. Les sujets restreints augmentent plus leurs apports que les autres lorsqu'ils sont anxieux ou déprimés. C'est la désinhibition avec perte de contrôle (53,55).

Berdah conforte le rapport de l'ANSES qui explique qu'en privilégiant les informations cognitives, extérieures au sujet, au détriment de la reconnaissance de l'état interne, la restriction cognitive tend à court-circuiter les signaux physiologiques de faim et de satiété, le comportement alimentaire est organisé autour des émotions, de la peur de manquer de la frustration et de la culpabilité (53,69). La difficulté de maintenir le régime hypocalorique est alors d'autant plus importante que le sujet évolue dans un environnement d'abondance alimentaire (53). Or, les données sociologiques développées plus haut, montrent que les populations précaires ont tendance à promouvoir l'abondance alimentaire. L'environnement et l'entourage sont donc des facteurs d'échecs non négligeables des régimes.

Dans nos résultats une personne âgée et son entourage ont des craintes d'affaiblissement suite à la perte de poids. Outre les données sociologiques expliquant cette appréhension, le rapport de l'ANSES explique que l'impact négatif potentiel de la perte de poids est plus marqué chez les personnes âgées. Elles ont plus de risque de récives de tumeur colorectale, d'escarres, et surtout de perte de masse musculaire et de déminéralisation osseuse (69).

Un autre aspect à prendre en compte lorsque l'on parle du poids, est l'aspect social et psychologique de l'alimentation. Le repas dépasse largement la seule fonction nourricière. En réduisant l'acte alimentaire à sa seule valeur nutritive et le traitement de l'obésité à la seule restriction alimentaire, la démarche médicale contribue à déconnecter l'acte de sa fonction psychoaffective, socialisante, humanisante, et favorise la dérégulation physiologique et les troubles du comportement alimentaire qui y sont liés (56).

Le constat que nous venons d'établir peut paraître pessimiste quant aux chances de perte de poids des sujets obèses et précaires. Cependant, cette situation offre une place de choix au médecin. D'abord, d'accompagnant en aidant à faire le point sur tous les déterminants du poids. Aussi de soutien, en luttant contre le pessimisme pouvant être ressenti et en permettant une revalorisation corporelle. Enfin, de conseiller, en mettant en garde contre les régimes restrictifs et en fixant des objectifs atteignables de perte de poids.

5.4.3. Les troubles psychologiques : causes, conséquences et obstacles

Le recueil de données permet de mettre en évidence que de nombreux facteurs interviennent dans la constitution du surpoids. En plus des piliers de l'alimentation et du manque d'activité physique, les situations anxiogènes sont décrites comme à risque de développement de troubles du comportement alimentaire.

Dans son article Lecerf définit le stress comme une réponse physiologique à des agressions environnementales. La modification du comportement alimentaire peut résulter d'une tentative d'adaptation face à cette contrainte extérieure (75). Le stress social perçu par les personnes en difficulté socio-économique pourrait ainsi en partie expliquer un taux d'obésité plus élevé dans les populations précaires.

Lecerf explique aussi que l'alimentation glucidolipidique met en jeu le système opioïde des endorphines qui a un effet sédatif et calmant. D'autres voies comme la voie sérotoninergique déjà citée plus haut sont impliquées lors de la prise d'aliments sucrés (75). Il cite une étude qui montre que chez les femmes obèses, une consommation riche en hydrate de carbone est associée à des niveaux plus bas de dépression et d'anxiété (75).

Ainsi les déséquilibres diététiques observés dans notre étude pourraient être aggravés par des situations de stress. Les personnes peuvent trouver un apaisement transitoire dans la nourriture et développer des troubles alimentaires. Pire encore, les états de mal-être de leur situation pondérale décrits au cours des rappels pourraient

entretenir les troubles alimentaires lorsqu'ils soulagent leurs douleurs par l'alimentation, définissant une nouvelle fois un cercle vicieux.

Mais Lecerf poursuit l'analyse et explique que d'autres voies plus directes déclenchées par le stress pourraient exister. La stimulation de l'axe hypothalamohypophyso-corticotrope en réaction au stress va favoriser la prolifération adipocytaire et entraîner un gain de poids à prédominance abdominale, et même viscérale. L'expression du récepteur 11 bêta-HSD a une influence sur le métabolisme du cortisol et sur son passage tissulaire, il favorise l'hyperplasie et l'hypertrophie adipocytaire. Au niveau expérimental, la surexpression de ce récepteur chez des souris est responsable d'obésité. En synergie, la stimulation du système sympathique observée en cas de stress peut entraîner paradoxalement, via une désensibilisation, une diminution du tonus adrénergique, et donc une diminution d'oxydation lipidique, de la thermogénèse et un gain de poids (75).

La science corrobore donc la sagesse populaire qui, aux Etats-Unis parle de "stress-eating" et au Québec de "manger ses émotions".

Schwailbold et coll. explorent les situations d'obésité liées au traumatisme familial de la migration. En quittant son pays, le contenu familial est fragilisé par le manque de repères identitaires. Une omnipotence maternelle avec surinvestissement de l'enveloppe familiale peut se développer. Les enfants de migrants grandissent et se construisent dans une dualité : appartenance à deux cultures qui peut être source de clivage, scission entre deux parties du Moi qui sont incompatibles. L'enfant incarne le nouveau pays, il est le représentant de cette coupure. Porteur de différence culturelle, il peut remettre en question l'identité familiale et par conséquent être source de rejet,

stigmatisation et manque de reconnaissance. Les auteurs émettent l'hypothèse que, face une problématique familiale, l'enfant va développer des problèmes de poids. Il exprimerait son mal-être en investissant le champ de l'oralité par un processus régressif (76).

Lors des rappels téléphoniques, un patient explique que le fait de vivre dans un QPV est en soi une source d'anxiété. Le rapport de l'ONPV corrobore ses propos. Seuls 6 % des habitants des quartiers prioritaires sont très satisfaits de leur cadre de vie, contre 24 % de ceux vivant hors de ces quartiers. Dans les QPV, un habitant sur dix se dit « pas satisfait du tout » de ce cadre de vie (3 % hors QPV) (60).

Notre étude montre que les complications psychologiques sont fréquemment relatées par les patients en surpoids. Ils décrivent une mésestime de soi, un état de tristesse, une autocensure de peur d'être stigmatisés. La littérature abonde également dans ce sens. Les états psychopathologiques sont expliqués au travers de l'image négative renvoyée par la société.

Vandebroeck et Wirth expliquent que pour la société l'obésité n'est pas qu'une maladie mais une faute morale ou un défaut de caractère. Le corps humain étant perçu comme le reflet de l'âme, une personne est jugée d'après sa corpulence quant à ses qualités morales. La stigmatisation sociale de l'obésité se démarque des autres (sexe, âge, handicap...) par la vision d'une responsabilité personnelle due à de mauvaises conduites (52).

Dans son ouvrage *Sociologie de l'obésité*, Poulain explique que pour les personnes obèses le caractère de « gros » ou de « grosse » prend le dessus sur tous les autres attributs sociaux, mais aussi sur toutes les autres qualités du sujet. Une dépréciation personnelle s'amorce alors et débouche sur une altération de l'image de soi qui conduit l'individu à considérer comme légitime les traitements discriminatoires qu'il subit et les préjudices dont il est victime (4).

Pour Le Barzic, le désir de perdre du poids implique un désaveu de sa corpulence, souvent par soumission aux normes de minceur. Ce rejet agit négativement sur l'estime de soi (56).

Poulain explique que la stigmatisation résulte de la définition d'un corps valorisé. Les personnes dont la corpulence s'éloigne de ce critère sont considérées comme "déviantes". Les conséquences de la stigmatisation peuvent être objectives comme les discriminations, mais aussi subjectives avec une altération de l'estime de soi. Ces discriminations et stigmatisations affectent le parcours scolaire (accès à l'enseignement plus faible), le parcours professionnel (difficulté de trouver un emploi, revenu plus faible, promotions ralenties), mais aussi la situation maritale (les femmes obèses se marient avec des hommes de niveau socioéconomique plus faible que les femmes maigres). Stigmatisations et discriminations finissent avec le temps par dégrader la position sociale de l'individu. Cette position sociale amoindrie va entretenir l'obésité ou le surpoids (4). Ainsi les études épidémiologiques montrent que la position sociale façonne l'obésité, mais la réciproque est vraie, définissant un nouveau cercle vicieux.

Berdah corrobore l'idée de Poulain selon laquelle la désocialisation pourrait entretenir la mauvaise estime de soi et favoriser une insatisfaction de sa qualité de vie. Ceci peut être le soubassement de troubles du comportement alimentaire et détourner l'individu des contextes sociaux où il est stigmatisé comme les lieux de pratique sportive. La stigmatisation ne crée pas l'obésité mais pourrait l'aggraver (4,54).

Lors de notre étude, les patients évoquent fortement des attitudes d'autocensure. Elles peuvent être vestimentaire ou pour fréquenter les lieux publics comme la piscine municipale. Ces attitudes sont secondaires à la peur du regard des autres. Elles confirment l'importance des normes sociales sur les comportements.

Dans son article "*Être Grosse*", Carof cite une étude d'une soixantaine d'entretiens semi directifs pour analyser les situations de stigmatisations et discriminations vécues par les patients en surpoids et obèses. Les épisodes de stigmatisations sont divers et vont des conseils bienveillants aux agressions verbales et harcèlement moral. Les personnes obèses, les femmes, les personnes défavorisées ou les plus jeunes se disent les plus souvent stigmatisés. Les stigmatisations, rappels à l'ordre normatifs, peuvent induire des phénomènes d'autocensure et ainsi agir indirectement sur les trajectoires sociales des individus obèses. Les actes de discriminations, en revanche, transforment l'ordre des interactions en un ordre social, en interdisant ou en restreignant l'accès à des droits, des services ou des biens.

Les discriminations encore plus que les stigmatisations diffèrent fortement selon la corpulence. Par rapport à l'obésité, les personnes en surpoids, un « peu » au-dessus de la norme, sont moins moralisées et peu médicalisées, le surpoids est moins soumis au rappel à l'ordre constant et n'est pas défini comme un problème public, qui

justifierait regards malveillants et insultes de la part d'inconnus. Le milieu social et le genre sont des variables qui modèrent le degré de stigmatisation et discrimination (35).

Selon Berdah, les troubles de l'image du corps et la stigmatisation du sujet obèse ont une importance capitale dans l'apparition de troubles psychiques. La sensation de ne pas être attractif est une cognition par raisonnement de référence aux autres, elle peut entraîner isolement, phobie sociale et agoraphobie. Il explique que les personnes sous-estimant leur poids ont une meilleure estime d'eux même. Tandis que l'investissement dans l'apparence physique est un facteur de risque d'insatisfaction. L'image du corps s'améliore avec la perte de poids, mais également avec la thérapie cognitivo-comportementale quelle que soit l'évolution pondérale. Les personnes utilisant des stratégies d'acceptation lors d'évènement stigmatisant ont une meilleure estime de soi que ceux qui utilisent une stratégie d'évitement. L'image négative du corps est à haut risque de complication psychiatrique, notamment de dépression chez les jeunes femmes (54), dépression qui entretiendrait le risque de surpoids. Une étude tunisienne sur 46 patients obèses retrouve en effet une association significative de troubles dépressifs avec l'obésité (77).

Atlantis et Baker ont comparé plusieurs études épidémiologiques pour déterminer si l'obésité provoque des états dépressifs. De nombreuses études transversales montrent une association entre obésité et prévalence de la dépression chez la femme mais pas chez l'homme. Les études de cohorte, trop peu nombreuses, ne permettent pas d'établir des conclusions fermes pour confirmer l'hypothèse selon laquelle l'obésité augmenterait l'incidence de la dépression, et n'apportent qu'un faible niveau de preuves (78).

Bien que, comme notre étude le met en évidence, il existe une forte association entre obésité et symptômes dépressifs, il est difficile d'en établir un lien de causalité.

Dans son article "Obésité et troubles psychopathologiques", Berdah explique que l'obésité est une affection d'origine multifactorielle et qu'il est difficile d'en comprendre tous les déterminants. Il tente d'en explorer ses particularités neurobiologiques, pour lesquelles beaucoup d'inconnues persistent. Il étudie le lien entre la corpulence et la transmission dopaminergique mésolimbique. Cette dernière est liée à la sensibilité à la récompense. Sa relation avec l'IMC n'est pas linéaire : alors que le sujet en surpoids aurait une sensibilité augmentée, les sujets obèses auraient une diminution significative du taux de récepteurs dopaminergiques D2. Une explication possible serait d'admettre que l'hyperphagie en augmentant la stimulation compenserait le faible taux dopaminergique de base. Une autre hypothèse serait que la surconsommation alimentaire chronique induirait par hyperstimulation une désensibilisation à la récompense. Par ailleurs, une altération de la transmission dopaminergique du système mésolimbique serait également un signe d'anhédonie et donc de dépression. L'auteur indique alors qu'en plus des troubles de l'estime de soi, stigmatisations et discriminations, le lien entre l'obésité et la dépression pourrait être expliqué par la neurobiologie (54).

Ainsi, le statut pondéral et ses conséquences sociales favorisent le développement des troubles psychopathologiques. Les mesures inadéquates pour échapper à ces complications, comme les régimes restrictifs peuvent paradoxalement, à leur tour, altérer le bien être des patients. En effet, ces régimes sont responsables d'une restriction cognitive, comme décrit par Le Barzic, qui augmente la perception de

responsabilité et de culpabilité, porte atteinte à l'estime de soi et la confiance en soi. Par ce phénomène, la restriction cognitive provoque des troubles anxio-dépressifs, des troubles du comportement alimentaire, une prise de poids chez des sujets déjà vulnérables (56).

Ainsi une des pistes de traitement des complications psychiques de l'obésité serait l'acceptation et la valorisation de soi. Cette stratégie n'est pas développée par les patients lors de notre recueil.

Au cours de notre réflexion et grâce à nos résultats, nous avons mis en évidence de nombreux cercles vicieux qui aboutissent à l'auto-entretien des problèmes de poids. Ces cercles vicieux ont été compilés dans la figure suivante, issue d'un article de Le Barzic qui faisait un constat identique au nôtre.

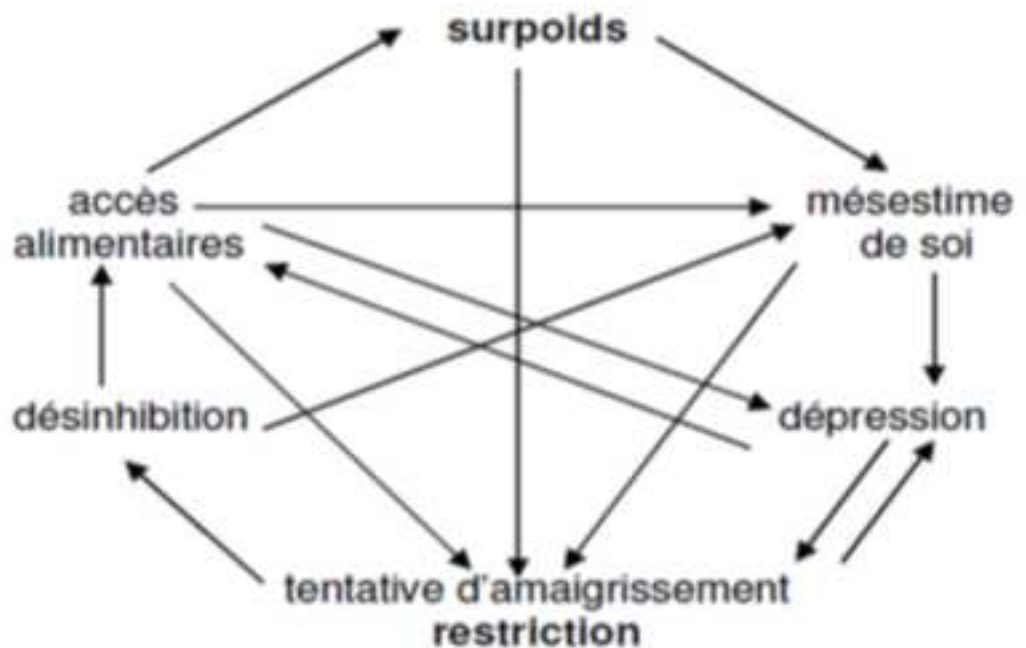


Figure 8 : Cercle vicieux pondéral (Le Barzic)

Les problèmes de poids sont multifactoriels et leur prise en charge semble donc complexe. Les autres travaux du projet FETOMP montrent que les médecins ciblent leur prise en charge sur des recommandations nutritionnelles et sur des conseils d'activité physique, sans proposer de prise en charge psychologique. Avec l'alimentation, les patients aussi parlent beaucoup d'activité physique comme une option pour perdre du poids.

5.4.4. L'activité physique, bénéfique, mais pour quel objectif ?

Notre travail de recueil permet de montrer que le manque d'activité physique est un facteur concourant au problème de surpoids dans la représentation de nombreux patients. Ils investissent le sport comme moyen de perdre du poids. Duclos et coll. détaillent que de nombreuses données épidémiologiques associent la réduction de l'activité physique à une augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'adulte (79). Ils expliquent aussi que, quel que soit l'âge, l'activité physique ne fait pas maigrir. Seul le régime hypocalorique pourrait induire une perte de poids significative chez le sujet obèse ou en surpoids. L'adjonction à un régime hypocalorique d'une activité physique régulière ne majorerait pas la perte de poids induite par le régime (79).

Ainsi, il existe un paradoxe. Les régimes et l'activité physique sont les modes d'action privilégiés pour perdre du poids et dans notre étude les patients précaires disent bien les investir l'un comme l'autre. Mais, les échecs de ces différentes prises en charge, seraient prévisibles dès leur élaboration.

Une explication donnée par Ciangura et Oppert, est que le surplus de dépense énergétique reste quantitativement faible comparativement aux dépenses sur 24h, et qu'une hausse significative nécessiterait un temps d'activité considérable, hors de portée des conditions physiques des patients obèses (80).

Pourtant, Duclos et coll., comme Ciangura et Oppert expliquent aussi que l'activité physique est bénéfique pour les patients obèses et en surpoids. Leur statut pondéral comme la sédentarité est un facteur de risque de pathologie cardiovasculaire. Mais ces deux facteurs de risque sont distincts. Donc, quelle que soit son évolution pondérale, une activité physique régulière chez un sujet obèse diminue significativement le risque de coronaropathie notamment par augmentation de la sensibilité à l'insuline (79,80).

La sédentarité, fléau du monde contemporain, à l'origine de nombreuses pathologies, a comme l'obésité, un coût important pour la société. Pourtant, on peut s'étonner que contrairement à l'obésité, elle soit devenue une norme acceptée et ne souffre pas de stigmatisation.

Une méta-analyse de 2014 inclut 10 études prospectives de cohorte. Elle montre que les personnes obèses, dès lors qu'elles sont en bonne forme physique, présentent un risque relatif de mortalité de toutes causes identiques à celui des individus actifs normo-pondérés. En revanche, dès lors qu'elles sont en mauvaise condition physique, elles présentent un risque de mortalité toutes causes deux fois plus élevé qu'une personne normo pondérée (81).

Une amélioration de la condition physique est corrélée à une amélioration de la morbi-mortalité. Chaque augmentation d'équivalent métabolique MET (Metabolic Equivalent of Task) de condition physique est associée à une diminution de 15 % de

la mortalité toutes causes et de 19 % de la mortalité cardiovasculaire, après ajustement sur les facteurs confondants et les changements d'IMC (82).

Bien qu'elle ne permette pas de perdre du poids, Duclos et coll. rappellent que l'activité physique permet la prévention de la prise de poids et le maintien de la perte de poids (79).

Pour maintenir son poids il faut atteindre un seuil d'intensité d'activité. Ciangura et Oppert, citent plusieurs études qui montrent une forte relation entre activité physique et maintien de la perte de poids, elles s'accordent sur la notion de seuil d'augmentation d'activité de l'ordre de 1500 à 2000 kcal par semaine en plus du niveau habituel d'activité de base pour un meilleur maintien du poids (80).

Nous avons vu dans le chapitre précédent, que la perte de poids suite aux modifications alimentaires s'accompagne inévitablement d'une perte de masse maigre, responsable d'une baisse du métabolisme de base. Ciangura et Oppert expliquent que la pratique d'une activité physique permet de réduire ce phénomène et de préserver les capacités fonctionnelles du sujet obèse. Dans cette situation, les activités physiques de résistance présentent un intérêt démontré (80).

Notre travail de recueil permet de mettre en évidence la meilleure adhérence aux programmes d'activité physique par rapport aux régimes alimentaires. Ils sont souvent bien perçus par les patients grâce au plaisir et à l'interaction sociale qui y sont liés, contrairement aux prises en charge restrictives liées à l'alimentation. Le rapport de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) de 2019 va dans

ce sens. Il précise que des bénéfices psychologiques comme l'amélioration de l'humeur, la sensation de bien-être et l'estime de soi peuvent être liées à l'activité physique (83).

L'étude de Baillot et coll. confirme qu'un réentraînement aérobie de 8 semaines n'induit pas de modification significative du poids, mais améliore le score de "la dimension impact psychosocial de la qualité de vie". Les résultats de plusieurs études soulignent l'effet positif de l'activité physique régulière sur la qualité de vie en raison de son action positive sur les expériences affectives, par l'intégration au groupe ou le regard positif de l'autre et sur la satisfaction de la personne à la participation active de la vie sociale sportive (84).

Pour toutes les raisons sus citées, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande aux personnes en surpoids de pratiquer lors de la phase d'amaigrissement au moins 150 min par semaine d'activité physique d'endurance d'intensité modérée avec des séances de renforcement musculaire, et 200 à 300 minutes par semaine après la phase d'amaigrissement (85).

Notre travail montre que pour les patients interrogés, un des principaux freins à la perte de poids est la limitation de leurs possibilités d'activité physique. Comme nous venons de le voir, l'activité physique ne permettant pas de perdre du poids peut décourager les patients se trompant d'objectifs, mais de nombreux autres obstacles empêchent leur pratique sportive.

L'étude de DeLany et coll. montre que plus le degré d'obésité est important, plus le niveau d'activité physique est faible. Ceci est vrai malgré une demande énergétique plus importante liée au surplus de masse à déplacer (86).

Le rapport de l'INSERM de 2019 questionne alors : est-ce la diminution de pratique d'activité physique qui développe l'obésité ou est-ce l'obésité qui conduit à moins de pratique d'activité physique ? Les auteurs du rapport concluent en supposant que les deux hypothèses sont probablement vraies et participent à un cercle vicieux (83).

L'analyse de nos résultats met en évidence que pour les patients le premier obstacle à la pratique d'activité physique est la présence de comorbidités surtout ostéoarticulaires.

Le rapport de l'INSERM de 2019 précise que l'obésité modifie la biodynamique de la marche, les personnes obèses présentent plus de charges sur les articulations et les tissus mous, une pronation du pied, une moindre stabilité posturale et une angulation articulaire diminuée (83).

Ciangurra et Oppert confirment que la capacité physique est limitée par les douleurs articulaires ou l'insuffisance respiratoire. Les comorbidités invalidantes empêchent l'activité physique (80). La HAS qui recommande d'augmenter nettement l'activité physique pondère ses propos en soulignant que les objectifs proposés sont difficilement atteignables chez des patients obèses du fait du déconditionnement physique (85).

Pour Duclos et coll., le niveau de difficulté dans la réalisation des exercices va directement influencer l'adhésion au programme de réentraînement. Une intensité initiale trop élevée est un facteur de démotivation chez le sujet déconditionné. Les activités physiques deviennent plus difficiles à réaliser lorsque l'IMC augmente. L'augmentation de la charge et l'adaptation de la marche qui en découle, augmentent les contraintes sur les hanches et les genoux. Il est donc plus judicieux de choisir des activités en décharge ou mobilisant les groupes musculaires supérieurs (79).

Dans notre étude, les contraintes décrites par les patients lors de l'augmentation de l'activité physique les empêchent de continuer. Janney et Jakicic ont réalisé une étude randomisée sur la survenue au cours d'un programme d'activité physique de blessure ou de maladie empêchant la poursuite de cette dernière chez des sujets en surpoids. Les personnes obèses avec les IMC les plus élevés sont blessées plus tôt et plus souvent (87). Cet obstacle pourrait à terme freiner la pratique d'activité physique et donc empêcher une amélioration de santé des patients obèses. Les blessures musculo-squelettiques, prédominent aux membres inférieurs notamment aux genoux (87). Le rapport de l'INSERM de 2019 explique que les événements indésirables sont plus fréquents quand l'intensité est maximale. Par ailleurs il existe une moins bonne participation dans la durée lorsque l'intensité est élevée (83).

Ciangurra et Oppert. recommandent d'adapter l'activité physique en fonction de la capacité physique de l'individu, d'adapter les traitements à l'activité physique (ex: antidiabétique), et de choisir l'activité permettant une amélioration de la capacité physique (80).

La HAS demande au médecin de définir des objectifs réalistes tant au niveau de la réduction pondérale que de l'activité physique, puisqu'une augmentation même modeste de l'activité physique (en volume et/ou en intensité) a déjà des effets bénéfiques sur la santé, avec une relation dose-réponse, et qu'elle améliore aussi la qualité de vie (85). Pourtant, à la lecture des résultats, on observe que les patients précaires ont souvent des objectifs ambitieux tant en nombre de kilogrammes à perdre, que de délai pour y parvenir. Il faut donc, pour le médecin, définir des objectifs réalistes tout en luttant contre une envie de changement rapide et radical exprimé par les patients. Cette "urgence" est liée à une perception du temps qui a du mal à se projeter sur le long terme, phénomène inhérent à la précarité.

Contrairement à certains propos de patients que nous avons recueillis, Duclos et coll. expliquent qu'il n'y a pas de contre-indication à l'activité physique liée à l'obésité. Les contre-indications sont liées aux comorbidités. Ainsi, il faudra toujours dépister des atteintes cardiovasculaires avant de prescrire une activité physique, puis adapter la prescription en fonction des résultats. Les complications arthrosiques peuvent rendre la marche ou le vélo impossible, il faut alors privilégier le renforcement musculaire et la natation (79), activités pouvant impliquer un coût important.

Duclos et coll. décrivent la nécessité de la régularité et de l'assiduité pour rendre l'activité physique efficace. Dès deux semaines d'arrêt, une modification significative des paramètres cardiorespiratoires apparaît, elle conduit en huit semaines à un retour à la condition basale (pré-entraînement). Le maintien d'une activité minimale va ralentir ces effets (79). Les nombreuses contraintes rencontrées par les patients précaires empêchent une pratique régulière.

Dans notre étude, d'autres contraintes limitent la pratique d'activité physique. Le patient peut ne pas y trouver de plaisir, ou s'empêcher de fréquenter des infrastructures sportives (comme la piscine) de peur d'être stigmatisé. Poulain aussi décrit le détournement des obèses stigmatisés des contextes sociaux où ils subissent la stigmatisation (4). Dans leur publication, Ciangurra et Oppert décrivent des freins liés à des expériences antérieures négatives de pratique, la crainte du regard des autres ou le manque de confiance en soi. Ils conseillent de choisir une pratique douce, adaptée à son goût, la fréquentation des associations relais permet de mieux vivre sa corpulence et le regard d'autrui (80).

Les patients que nous avons sondés expliquent que l'activité physique a un coût. Cela limite la pratique chez des patients ayant un équilibre financier fragile. Face à cette problématique, et afin d'initier les malades chroniques et sédentaires à une pratique sportive, la ville de Strasbourg a mis au point dès 2012, un dispositif de prescription sportive sur ordonnance : le dispositif "Sport Santé sur ordonnance". Le patient réalise alors une pratique sportive adaptée, encadrée par un éducateur physique et supervisé par un médecin. Le dispositif est gratuit la première année puis une tarification solidaire est mise en place. En fin d'année 2016, 1445 personnes avaient déjà été incluses. Cette même année, 45,2% des bénéficiaires avaient un IMC supérieur à 30 kg/m² faisant de l'obésité le premier motif d'inclusion. De plus, les auteurs du rapport d'activité de 2016 relèvent qu'au vu des lieux d'habitation et des tranches de tarification, le dispositif est surtout sollicité par les "personnes en difficulté" (88).

Gasparini et Knobé ont analysé l'impact de la prescription de ce dispositif. Les patients se sentent majoritairement en meilleure forme et ressentent effectivement une amélioration du bien-être. Mais, bien que le dispositif ait pu permettre pour certains de diminuer des comportements sédentaires du quotidien (fortement corrélé à la précarité), le dispositif, temporaire, ne sert pas au-delà de la durée de prescription de passerelle vers une intégration sportive vers les clubs. La fin de la gratuité de la prise en charge, de l'activité personnalisée et du lien fort établi avec les éducateurs sont des pistes permettant d'expliquer ce résultat (89).

Ainsi, dans un article Duclos et coll. proposent de personnaliser les recommandations en tenant compte des goûts, de l'accessibilité des sites, de l'encadrement et des financements possibles (79).

D'autres obstacles peuvent compliquer la pratique d'une activité physique, mais ne sont pas perçus par les patients. Ils ne sont donc pas évoqués lors de nos entretiens. Comme nous l'avons développé plus haut, Vandebroek et Wirth expliquent que les patients précaires ont une vision instrumentale du corps, outil de de travail et donc source de revenu. Le sport, activité ludique expose le corps à des blessures. Il peut mettre en danger un équilibre financier fragile. De plus la représentation de l'alimentation apportant force et vigueur s'oppose à une dépense énergétique "gratuite", pour le plaisir (52).

5.5. Ouverture

Au final, mon étude a permis de mettre en évidence que l'obésité est liée à de nombreux facteurs.

Le médecin doit chercher plus loin que les écarts diététiques ou le manque d'activité physique et rechercher tous les éléments liés au poids. Cela permettra d'éviter de recommander des mesures globales, universelles et peu efficaces et de proposer une prise en charge personnalisée. L'aspect psychologique de la situation, préoccupation importante des patients doit être systématiquement abordé par le médecin. Ce dernier, perçu comme conseiller devra user de son influence pour avertir les patients des dangers et de l'inefficacité des régimes restrictifs. L'augmentation de l'activité physique même minime a un effet bénéfique, elle doit être proposée et adaptée à chaque patient. Il est important d'en rappeler les bénéfices mais aussi l'inefficacité sur la perte de poids afin de ne pas démobiliser le patient dans sa prise en charge.

A trop vouloir faire maigrir, coûte que coûte, le risque est d'oublier l'essentiel : l'amélioration de la santé des patients obèses. La pratique médicale peut facilement devenir plus nocive que bénéfique, dès que la relation de confiance médecin patient est altérée, que le médecin se laisse absorber par un mode de pensée stigmatisant voir discriminant.

Dès lors, il semble important de transmettre ce message de prévention aux médecins et futurs médecins. Pour cette raison, depuis septembre 2019 un enseignement complémentaire a été mis à disposition des étudiants en médecine grâce aux conclusions du travail FETOMP. Le projet de service sanitaire va permettre d'aller faire de la prévention "autrement" dans les QPV et notamment en interrogeant

les représentations de chacun et en essayant de lutter contre la grossophobie, la stigmatisation et la discrimination pour tenter de rompre certains cercles vicieux mis en évidence dans mon travail.

6. Conclusion

L'obésité, initialement marqueur social est devenue au fil du temps un problème de santé dont la médecine s'est emparée. Face à une hausse de sa prévalence, corrélée à un risque de surmortalité et de développement de nombreuses pathologies, les autorités sanitaires l'ont définie comme un problème relevant de la santé publique. De plus l'obésité participe à la constitution des inégalités sociales de santé, puisque les personnes en situation précaire, dont l'accès aux soins est déjà moindre, ont plus de risque d'être en surpoids et obèse. Les écarts de santé liés à la position sociale ne cessent de croître, et ceux liés à l'obésité en particulier. Enfin, la médecine fait le constat de son échec dans la prise en charge du surpoids, et cette vérité est encore plus importante pour les patients précaires.

Face à ce constat, le projet FETOMP a pour objectif de s'écarter des connaissances et expertises médicales, peu efficaces en pratique, pour tenter de comprendre les logiques d'action des patients en situation de surpoids et de précarité. En portant une attention particulière sur les représentations du patient, nous voulions faire le point sur ces dernières, afin d'adapter la prise en charge à leurs préoccupations réelles.

Mon travail est une étude qualitative, réalisée à partir d'entretiens téléphoniques auprès de personnes obèses et précaires. J'ai recueilli leur avis sur leur situation pondérale, sur les différents éléments qui y sont liés, et sur leur prise en charge de leur poids. Tout d'abord, cela nous éclaire sur la possibilité de l'indifférence voire

d'une valorisation de l'excès de poids dans la population étudiée. Des représentations qui sont assez fréquentes dans les milieux précaires.

La bibliographie sociologique apporte une explication par des utilisations différentes du corps selon les groupes sociaux : une assimilation du surpoids à la force dans les milieux précaires ; mais aussi un rapport différent à l'alimentation et aux soins. Pourtant, l'importance du "Diktat" esthétique de la minceur se diffuse dans toutes les couches de la société. Le surpoids et l'obésité sont donc également perçus comme potentiellement problématiques, mais pas nécessairement pour des raisons médicales, dans les populations précaires.

Les patients font le constat empirique que leur surpoids est lié à de multiples causes qui dépassent largement le binôme alimentation/activité physique. En effet l'alimentation est bouleversée par de nombreux facteurs, notamment les troubles psychologiques.

Les conséquences du surpoids et de l'obésité se concentrent en deux catégories : les complications médicales et les incidences psychosociales. Ces conséquences de l'excès de poids l'entretiennent et créent plusieurs cercles vicieux. Les patients lorsqu'ils s'engagent dans un processus de perte de poids peuvent être tentés d'appliquer des mesures drastiques pour atteindre des objectifs ambitieux. Les actions mises en œuvre sont fondées sur des idées préconçues et reposent surtout sur des régimes restrictifs, pourtant souvent décriés par les patients, et sur l'activité sportive, valorisée lorsqu'elle est pourvoyeuse d'interaction sociale. Cependant, la littérature nous rappelle que ces deux modes d'action sont inefficaces pour perdre du poids, voir, aggravent le problème de surpoids à long terme. L'élaboration d'une stratégie maladroite et aggravant la problématique participe encore à l'élaboration

d'un cercle vicieux. De plus, dans leur prise en charge, les patients occultent les multiples causes du surpoids et de l'obésité qu'ils avaient citées, notamment les prise en charge des troubles psychologiques.

Enfin, les obstacles à la perte du poids identifiés chez les patients de l'étude sont liés à leur statut socioéconomique et aux nombreuses difficultés rencontrées au quotidien par ces patients précaires ; mais aussi reliés aux causes et aux conséquences du surpoids ou de l'obésité. Une nouvelle fois des interactions se créent entre les causes et les conséquences de l'excès de poids ; mais aussi entre les modes d'action pour perdre du poids et ce qui fait obstacle à cet objectif. Ces nombreuses interactions complexifient la compréhension des mécanismes de l'obésité pour les patients obèses et précaires. Ils rendent difficile la mise en place de stratégies de prise en charge efficaces.

En tenant compte de ces résultats, nous pouvons mettre en évidence des pistes d'amélioration dans la prise en charge pondérale des patients précaires. Tout d'abord, on observe que les pensées, préoccupations et objectifs des patients diffèrent de celles des médecins. En interrogeant et tenant compte de leurs représentations, les médecins pourront adapter leur discours aux valeurs des patients. Ils pourront élaborer une stratégie commune en collaboration avec eux. Ceci permettra d'augmenter l'adhésion à une prise en charge encadrée et d'éviter les mesures néfastes et les fausses croyances, comme les régimes restrictifs drastiques ou les objectifs de perte irréalistes. En prenant en compte des réalités du quotidien du patient, ses capacités et ses limites, le praticien peut définir une prise en charge adaptée et individuelle. Cette prise en charge doit s'efforcer de dépister des troubles psychopathologiques, récurrents chez les patients en surpoids ou obèses et précaires, afin de les traiter et d'enrayer les cercles vicieux pondéraux. Comme

l'indique la littérature, la pratique d'une activité physique doit être prescrite puisque bénéfique d'un point de vue sanitaire. Cependant cette prescription doit encore être adaptée aux pathologies, aux infrastructures à disposition, aux moyens et revenus, mais aussi et surtout aux goûts des patients. L'activité physique peut aussi être conseillée pour ses effets bénéfiques intrinsèques, sans forcément être accolée à un objectif pondéral qui peut être démotivant ou non-pertinent et décourager le patient.

Notre travail a déjà permis la création d'un enseignement complémentaire ouvert aux étudiants en médecine de 2ème année à la faculté de Strasbourg, dans le but de mieux former les jeunes médecins au problème et de les sensibiliser. Des actions de santé publique sont aussi menées par des étudiants en médecine de 3ème année dans le cadre du Service Sanitaire. Le projet FETOMP a aussi permis de recruter des patients partenaires qui vont participer aux enseignements des étudiants en médecine et vont pouvoir être des relais de communication dans les différentes communautés présentes dans les 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 en situation de précarité.

VU
Strasbourg, le 11 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 SIBILIA Jean



6. Annexe

6.1. Annexe 1 : questionnaire d'évaluation de précarité 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
 $EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

6.2. Annexe 2 : grille ECOGEN

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

Date consultation	Consultation	Patient	Année de naissance	Genre	Etudiant
--/--/20--	Cabinet <input type="checkbox"/> Visite <input type="checkbox"/>	Nouveau <input type="checkbox"/> Commu <input type="checkbox"/>	-----	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Statut	Profession	Langue maternelle du patient : -----			
Invalide <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"/>	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 maternelle du patient : -----			
	Langue				
	Parle français couramment <input type="checkbox"/> Parle un français approximatif <input type="checkbox"/> Ne parle pas français <input type="checkbox"/> Le médecin et le patient parlent 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"/>				
Motifs de consultation (symptômes, diagnostics ou procédure)	Code CISP	N°RC	Procédures (diagnostiques, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)	Code CISP	N°RC
1. _____		1.	Médicaments (DCI)		N/A
2. _____		2.			
3. _____		3.			
4. _____		4.			
5. _____		5.			
6. _____		6.			
7. _____		7.			
8. _____		8.			
Résultats de consultation (RC) (symptômes ou diagnostics)		CISP	N/A		
1. _____					
2. _____					
3. _____					
4. _____					
5. _____					
6. _____					
7. _____					
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			Heure de fin de la consultation		
--h--			--h--		

6.3. 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

6.4. Annexe 4: Guide d'entretien téléphonique

Introduction : Bonjour madame, monsieur. Je suis interne en médecine et je vous recontacte comme convenu lors de la consultation où nous nous sommes rencontrés. Je vous remercie de votre accueil lorsque nous nous sommes vu chez Dr X et je vous remercie aussi de m'avoir autorisé à vous rappeler.

Le but de notre étude est de comprendre comment améliorer la relation médecin/patient. Récemment vous avez consulté votre généraliste et j'aimerais vous poser quelques questions sur cette consultation. Cela prendra 10 minutes à peu près, avez-vous le temps de discuter ?

Vos réponses seront entièrement anonymisées et ne seront pas communiquées à votre médecin traitant.

Questions d'accroche :

- Racontez-moi comment c'est passé votre consultation chez Dr X ?
- Comment l'avez-vous vécu ?
- Avez-vous pu parler de tous vos problèmes ?
- Depuis combien de temps consultez-vous ce médecin ? Ou : Vous le connaissez depuis longtemps dr X ?
- C'est votre médecin habituel ?
- Vous consultez souvent votre MG ?

Si le problème du poids n'apparaît pas lors des questions précédentes, faire une phrase de transition : « J'aimerais vous poser des questions plus précises notamment sur le poids »

- Avez-vous déjà parlé du poids avec votre médecin ?
 - Si oui : Comment cela s'est-il passé ?
 - Si non : Souhaiteriez-vous en parler avec lui ? Quelles sont vos attentes par rapport à votre MG ?
- Comment auriez-vous aimé que la question du poids soit évoquée ?
- Est-ce facile pour vous de parler du poids avec votre MG ?

Questions de relance sur le poids (seulement si l'entretien tourne court (non obligatoire):

- Est-ce que votre poids actuel vous convient ?
- Selon vous, qu'est ce qui entraîne l'excès de poids ?
- Souhaitez-vous modifier votre poids ? Pour quelles raisons ?
- Pensez-vous pouvoir gérer votre poids tout seul ? Ou pensez-vous avoir besoin d'aide pour gérer votre poids ?
- Où recherchez vous des informations sur la gestion du poids ?
- Pensez-vous que votre médecin généraliste est compétent pour vous aider là-dessus ?
- Avez-vous l'impression que votre médecin évite le sujet du poids ?
- Préférez-vous en parler avec un autre spécialiste (endoc, nutritionniste, diététicien, chirurgien ?

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. Poulain JP. Sociologie de l'obésité. In: Sociologie de l'obésité. Presses Universitaires de France. 2009. p. 368. (Sciences sociales et sociétés).
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.roke.fr/content/dam/roke_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

25. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Epidémiol Hebd.* ;(35-36):640-6. [Internet]. 2016 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.html

26. Boubal C. L'art de ne pas gouverner les conduites. *Rev Française Sociol.* 4 déc 2019;Vol. 60(3):457-81.

27. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation: Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Rev Fr Sociol.* 2009;50(4):747.

28. Ogden CL, Fakhouri TH, Carroll MD, Hales CM, Fryar CD, Li X, et al. Prevalence of Obesity Among Adults, by Household Income and Education — United States, 2011–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 22 déc 2017;66(50):1369-73.

29. Robles B, Frost S, Moore L, Harris CV, Bradlyn AS, Kuo T. Overweight and obesity among low-income women in rural West Virginia and urban Los Angeles County. *Prev Med.* oct 2014;67:S34-9.

30. Chor D, Andreozzi V, Fonseca MJ, Cardoso LO, James SA, Lopes CS, et al. Social inequalities in BMI trajectories: 8-year follow-up of the Pró-Saúde study in Rio de Janeiro, Brazil. *Public Health Nutr.* déc 2015;18(17):3183-91.

31. Acheampong I, Haldeman L. Are Nutrition Knowledge, Attitudes, and Beliefs Associated with Obesity among Low-Income Hispanic and African American Women Caretakers? *J Obes.* 2013;2013:1-8.

32. De Saint Pol T. L'obésité en France: les écarts entre catégories sociales s'accroissent. 1 févr 2007;1123.

33. De Saint Pol T. Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. *Bulletin épidémiologique AFSSA.* 2008;pp.175-179.

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 septembre 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. 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.

41. Vaudevire L. Prise en charge de l'obésité en médecine générale : apport d'une revue de la littérature en S.H.S. [Mémoire D.E.S.]. [France]: Université de Strasbourg Faculté de médecine; 2019

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 [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2015.

43. 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. Volume:8.

44. Brunet C. Motifs de consultation, en médecine générale, des bénéficiaires de la CMU-C: analyse à partir de l'étude ECOGEN [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.

45. Juan S. Méthodes de recherche en sciences sociohumaines: exploration critique des techniques. Paris: Presses universitaires de France; 1999. 296 p. (Le sociologue).

46. Blanchet A (1947-), Gotman A (1950-), Singly F de (1948-), Singly F de. L'enquête et ses méthodes : l'entretien / Alain Blanchet, Anne Gotman [Internet]. Nathan. Paris; 1992 [cité 8 mai 2019]. 1 vol. (125 p.); 18 cm; br. (Série L'Enquête et ses méthodes). Disponible sur: <http://documentation.unicaen.fr/Default/doc/FLORA/350366/l-enquete-et-ses-methodes-l-entretien-alain-blanchet-anne-gotman>

47. Combessie J-C. La méthode en sociologie. [Internet]. 2007 [cité 8 mai 2019]. (La Découverte). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411.htm>

48. Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. 2001;

49. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 27 avr 2011;(23):147-81.

50. Bertin E, Benzerouk F, Gavlak B, Bernard D, Gagnayre R, Foucaut A-M. La relation au corps, un élément complexe et multiple à considérer dans l'obésité. Cah Nutr Diététique. août 2019;54(4):206-14.

51. Corbeau J-P. La construction de l'obésité. Médecine Mal Métaboliques. juin 2014;8(3):275-8.

52. Vandebroeck D, Wirth F. Distinctions charnelles: Obésité, corps de classe et violence symbolique. Actes Rech En Sci Soc. 2015;208(3):14.

53. Lecerf J-M. Obésité. Pourquoi les régimes échouent-ils ? Nutr Clin Métabolisme. juin 2013;27(2):74-81.

54. Berdah C. Obésité et troubles psychopathologiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. avr 2010;168(3):184-90.

55. Carof S. Le régime amaigrissant : une pratique inégalitaire ? J Anthropol. 15 juin 2015;(140-141):213-33.

56. Le Barzic M. Aspects psychologiques de l'obésité. EMC - Endocrinol - Nutr. janv 2010;7(1):1-11.

57. Malon A, Deschamps V, Salanave B, Vernay M, Szego E, Estaquio C, et al. Compliance with French Nutrition and Health Program Recommendations Is Strongly Associated with Socioeconomic Characteristics in the General Adult Population. J Am Diet Assoc. juin 2010;110(6):848-56.

58. Darmon N, Carlin G. Alimentation et inégalités sociales de santé en France. Cah Nutr Diététique. nov 2013;48(5):233-9.

59. Corbeau J-P. La construction de l'obésité. Médecine Mal Métaboliques. juin 2014;8(3):275-8.

60. Baccaïni B. Perception des conditions de vie. ONPV Rapport annuel 2017;10.

61. 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.

62. De Saint Pol T. Les inégalités sociales face à la santé en France. Regards croisés sur l'économie. 2009;5(1):65.

63. Observatoire Régional de la Santé Alsace. Carte d'identité territoriale de santé du Neuhof (QP067016) [Internet]. 2016 [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/QP067016%20STRAS%20Neuhof%20Meinau.pdf>

64. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. déc 2009;57(6):429-35.

65. Puddephatt J-A, Keenan GS, Fielden A, Reeves DL, Halford JCG, Hardman CA. 'Eating to survive': A qualitative analysis of factors influencing food choice and eating behaviour in a food-insecure population. *Appetite*. déc 2019;104:547.

66. Caillavet F, Lecogne C, Nichèle V. La consommation alimentaire : des inégalités persistantes mais qui se réduisent. Dossier. La consommation alimentaire. Cinquante ans de consommation en France. Insee. 25 sept 2009;

67. Le Bihan G, Rotily M, Michaud C, Brixi O. Alimentation et santé des populations défavorisées dans les pays développés : quelle relation ? *Médecine Mal Infect*. 1 avr 1996;26:363-5.

68. Casey R, Chaix B, Weber C, Schweitzer B, Charreire H, Salze P, et al. Spatial accessibility to physical activity facilities and to food outlets and overweight in French youth. *Int J Obes* 2005. juill 2012;36(7):914-9.

69. ANSES. Rapport d'expertise collective : Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement [Internet]. 2010 [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>

70. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr*. 1 juill 2005;82(1):222S-225S.

71. Goodrick GK, Poston WSC, Foreyt JP. Methods for voluntary weight loss and control: Update 1996. *Nutrition*. oct 1996;12(10):672-6.

72. Hansel B, Giral P, Coppola-Xaillé A, Monfort G, Regnault M, Bruckert E. L'enquête Internet nationale « Dukan, et après ? » : premiers résultats. *Obésité*. 1 sept 2011;6(3):146-53.

73. Korkeila M, Rissanen A, Kaprio J, Sørensen TI, Koskenvuo M. Weight-loss attempts and risk of major weight gain: a prospective study in Finnish adults. *Am J Clin Nutr*. 1 déc 1999;70(6):965-75.

74. Beavers KM, Lyles MF, Davis CC, Wang X, Beavers DP, Nicklas BJ. Is lost lean mass from intentional weight loss recovered during weight regain in postmenopausal women? *Am J Clin Nutr*. 1 sept 2011;94(3):767-74.

75. Lecerf J-M. Stress et obésité. *Nutr Clin Métabolisme*. juin 2006;20(2):99-107.
76. Schwailbold M-A, Sanahuja M de la A, Cuynet P. Les enjeux psychiques de la migration à travers le spectre du symptôme obésité. *Divan Fam*. 27 juin 2016;N° 36(1):165-80.
77. Khadraoui E, Farhat I, Zaghdoudi L, Slimane H, Labane R. Obésité et santé mentale. [Wwwem-Premiumcomdatarevues00034266v73i4S0003426612008001](https://www-em-premium-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/754230/resultatrecherche/22) [Internet]. 20 sept 2012 [cité 27 nov 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/754230/resultatrecherche/22>
78. Atlantis E, Baker M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *Int J Obes*. juin 2008;32(6):881-91.
79. Duclos M, Duché P, Guezennec C-Y, Richard R, Rivière D, Vidalin H. Position de consensus : activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte. *Sci Sports*. sept 2010;25(4):207-25.
80. Ciangura C, Oppert J-M. Activité physique et contrôle pondéral. *Médecine Mal Métaboliques*. janv 2009;3(1):27-30.
81. Barry VW, Baruth M, Beets MW, Durstine JL, Liu J, Blair SN. Fitness vs. Fatness on All-Cause Mortality: A Meta-Analysis. *Prog Cardiovasc Dis*. janv 2014;56(4):382-90.
82. Lee D, Sui X, Artero EG, Lee I-M, Church TS, McAuley PA, et al. Long-term effects of changes in cardiorespiratory fitness and body mass index on all-cause and cardiovascular disease mortality in men: the Aerobics Center Longitudinal Study. *Circulation*. 6 déc 2011;124(23):2483-90.
83. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences,. Inserm. *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. 2019.
84. Baillot A, Vibarel-Rebot N, Emy P, Collomp K. Effets de la reprise d'une activité physique régulière sur les capacités physiques et la qualité de vie d'hommes atteints du syndrome métabolique. *Sci Sports*. sept 2011;26(4):207-11.
85. HAS. *Référentiel: Activité physique et sportive, surpoids et obésité de l'adulte* [Internet]. 2018 [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/ref_aps_surpoids_obesite_vf.pdf
86. DeLany JP, Kelley DE, Hames KC, Jakicic JM, Goodpaster BH. High energy expenditure masks low physical activity in obesity. *Int J Obes* 2005. juill 2013;37(7):1006-11.

87. Janney CA, Jakicic JM. The influence of exercise and BMI on injuries and illnesses in overweight and obese individuals: a randomized control trial. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 6 janv 2010;7:1.

88. Ville de Strasbourg - Service promotion de la santé de la personne. Sport Santé sur ordonnance : Rapport d'activité 2016. 2016.

89. Gasparini W, Knobé S. Sport sur ordonnance: L'expérience strasbourgeoise sous l'oeil des sociologues. janv 2015;

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 : GAULTPrénom : Baptiste

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 10/05/2020

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

RESUME : L'obésité, source d'inégalité sociale de santé est plus présente dans les populations précaires. Sa prise en charge déjà difficile y est encore plus compliquée. Cette étude consiste en la réalisation d'entretiens téléphoniques semi dirigés d'un échantillon de patients obèses ou en surpoids et précaires, issus de consultations de médecine générale observées dans les quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg de 2016 à 2018. L'objectif était de recueillir les différentes représentations du poids des patients précaires et obèses ou en surpoids.

41 entretiens téléphoniques ont été réalisés. Les résultats montrent que l'excès de poids n'est pas toujours perçu, ou n'est pas ressenti comme problématique. Lorsqu'il l'est, sa prise en charge est mise en concurrence avec d'autres difficultés rencontrées par les patients précaires. Leur volonté de perte pondérale est compliquée par l'élaboration de multiples cercles vicieux, ainsi que par l'adoption de pratiques inadéquates. Leurs difficultés à comprendre les mécanismes pondéraux diminuent leur chance de succès. L'amélioration de la compréhension entre médecin et patient pourrait permettre d'améliorer leur prise en charge.

ABSTRACT : Obesity is a source of social inequality in health , it is more frequent in precarious populations. Obesity care is already difficult among general population ; it's even more complicated in precarious environment. This study consists in semi-directed telephone interviews with a sample of obese or overweight and precarious patients, issued from general medicine consultations observed in Strasbourg "priority" districts (QPVs) from 2016 to 2018. The aim was to collect the different weight representations of precarious and obese /overweight patients.

41 telephone interviews were made. The results show that being overweight is not always perceived, or seen as a problem. When it is, its care is often dwarfed by other difficulties encountered by precarious patients. Their desire for losing weight is complicated by the development of multiple vicious circles, and by the adoption of inadequate practices. Their difficulties in understanding the weight mechanisms diminishes their chance of success. Improving understanding between doctor and patient could improve their weight management.

Rubrique de classement (2) : D.E.S. Médecine Générale

Mots-clés : surpoids ; obésité ; précarité ; Strasbourg ; médecine générale ; représentations sociales ; FETOMP

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