

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 104

THESE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

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

PAR

MAUBERT-DAINOTTO Marine

Née le 28 avril 1988 à Nîmes

PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ CHEZ DES PERSONNES
PRÉCAIRES PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : QU'EN
PENSENT LES PATIENTS.

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

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

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

Edition DECEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020



- **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. DÖRNER 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. BITSCH Samuel

**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)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô 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	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• 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	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	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
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
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 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	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 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
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
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
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 / HP	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
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie À 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)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• 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
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
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
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-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
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 Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC 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
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
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)
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)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
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
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-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
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)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHELIN 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
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
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
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
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• 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
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'Hépato-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
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0186	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald 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)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô 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	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô 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	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô 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	NRPô 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	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô 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 WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(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

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

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépto-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		-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 AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
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
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (En disponibilité)	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
Mme FARRUGIA-JACAMON 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
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)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
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)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
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
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
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
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. GUNTHNER 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)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
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)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• 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 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 SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
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 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie 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 BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

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

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

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

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)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

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	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> - SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	<ul style="list-style-type: none"> - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- 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)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
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 / 2017-2018)
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)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	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 Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

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

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe WEBER

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assuré de mon profond respect

A Madame le Docteur Léa CHARTON et le Docteur Catherine JUNG

Vous nous avez accompagné pendant l'élaboration de ce travail collectif, à travers toutes les péripéties que la construction de cette thèse a nécessité. Merci pour vos disponibilités et votre confiance.

A Madame le Professeur Juliette CHAMBE

Je vous remercie d'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre regard sur ce travail. Recevez le témoignage de mon entière gratitude.

A Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

Je vous remercie également d'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie pour votre regard sur ce travail. Recevez le témoignage de mon entière gratitude.

A ceux qui m'ont aidé dans l'élaboration de ce travail de thèse

A tous les autres condisciples qui ont participé au recueil de toutes les consultations et les rappels effectués.

Merci surtout à Baptiste et Déborah avec qui le travail a été plus particulièrement élaboré, pour le partage des idées et des fatigues.

Merci à tous les patients qui ont accepté notre présence en consultation et que l'on puisse les recontacter et qui nous ont ouvert la porte avec une liberté de ton bienvenue. Merci de leur confiance. Merci aux médecins qui nous ont permis d'assister à leur pratique.

Merci à Laurène ASSAILLY pour tes conseils, ta vision qui nous permet de changer de point de vue et ta patience.

A ceux qui ont contribué à ma formation

A mes maîtres de stage le Docteur Marie-Thérèse REICHARD à Mulhouse, le Docteur Michel LAGRAVE à Rixheim et le Docteur Jacques COGITORE à Lapoutroie. Merci de m'avoir initié à différentes pratiques de la médecine et votre passion pour votre métier.

A mes maîtres de stage en autonomie, les Docteur Olivier BISCH, Sophie ROSENBERG et Sabine GRUTTER-HAMON au cabinet médical à Bischheim. Merci aussi au Docteur Christian MICHEL au cabinet médical de la Brussh à Strasbourg. Vous m'avez facilité la transition entre le monde de l'hôpital et celui de la médecine de ville. Merci aussi Christian pour nos échanges sur la médecine et au delà.

Aux différents Chefs de service, aux médecins hospitaliers et aux équipes paramédicales qui m'ont accueillie et formée durant mon Internat : Le service de Médecine Interne du Professeur Bernard GOICHOT, le service de Soins Palliatifs du Docteur Véronique VIGNON à Strasbourg, le Service d'Accueil des Urgences de Saverne du Docteur Anne-Marie Zix-Minni, le service de pédiatrie du Docteur Jean STEFANIUK et de gynécologie obstétrique du Docteur Jean-Luc Harter.

A ma famille

Merci à mes parents, vous qui m'aviez soutenu dans ma vie, dans mes études et qui m'aviez permis de croire que je pouvais réaliser ce que je voulais. Merci de m'avoir transmis l'envie de travailler, d'être heureuse dans ce que je fais et dans ma vie.

Merci à mes frères et sœurs, Gaëlla, Antoine, Olivia, Louis, Guillaume et Sibylle qui m'aviez supporté jusqu'à mon départ de la maison.

Merci à toute ma famille élargie, vous êtes trop nombreux pour vous citer, mais je vous porte tous dans mon cœur et j'espère vous revoir quand la vie sera plus simple.

Merci à toi Dorian mon amour. Tu m'as épaulé pendant l'externat, le concours de l'internat et mon internat à rallonge, ainsi que pendant l'élaboration de ce travail. Merci pour ton soutien sans faille. Merci surtout de rendre ma vie plus belle et pour nos trois merveilles que nous avons. Inès, Alexandra et Achille je vous aime, même si votre aide pour la rédaction était minime.

Merci à mes amis qui sont toujours un soutien même si la distance est là : Cécile, Marie, Malorie, Pauline. Vous m'avez suivi dans mes péripéties depuis le début et vous êtes toujours présentes.

Merci à ceux qui sont plus loin et qui étaient présent pendant les débuts de ma formation à Montpellier.

Merci aux co-internes que j'ai eu la chance d'avoir dans les différents service où je suis passée et dont certains sont devenus des amis.

Merci à ceux qui sont aussi devenus des amis depuis notre installation à Strasbourg : Sarah et Elie, Benoit et Camila, Marie D, Marie S, Christel, Julien, Elise, Michele et Maddy et ceux que j'oublie...

Préambule	22
A - Introduction	22
1 - La vision du poids : histoire d'un changement de paradigme	24
2 - L'obésité « problème de santé publique » : un choix politique fait au nom d'une « urgence sanitaire »	29
3 - L'IMC : un indicateur parfait ?	33
4 - L'enjeu de l'obésité en France : de la construction des campagnes de prévention à un constat d'Échec socialement situé.	36
5 - Le projet FETOMP (Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire	39
6 - Mon travail en particulier au sein de FETOMP	42
a - Objectif principal	42
b - Objectif secondaire	43
B - Matériels et méthodes	44
1 - Naissance du projet	44
2- Première étape : recherche bibliographique	46
3 - Observation de consultation :	46
a - Recueil des données	47
b - Saisie	49
c - Critères d'inclusions	49
4 - Rappel téléphonique	50
a - Choix du rappel téléphonique	51
b - Guide d'entretien des rappels téléphoniques	53
c - Déroulement des rappels	54
d - Procédures réglementaires et financement	54
e - Analyse des entretiens	55
C - Résultats	58
1 - Ressenti général	58
2 - Ressenti personnel	59
3 - Constitution des échantillons	61
a - Sélections des médecins	61
b - Sélections des patients enregistrés	62
c - Sélection des patients rappelés	63
4 - Présentation des échantillons	64
a - Profil de médecins	64
	19

b - Profil des patients rappelés	65
5 - Relation avec leur médecin traitant	66
a - Durée de la relation avec leur médecin	66
b - Fréquence de consultation	67
c - Qualité de l'accueil en consultation	68
6 - Confiance des patients en leur médecin traitant pour aborder la question du poids	72
a - Facilité à discuter du poids avec leur médecin	72
b - La question du poids est facile à aborder mais pas prioritaire	73
c - Le patient ne souhaite pas évoquer la question du poids avec son médecin traitant	74
d - Le patient pense que son médecin ne peut pas les aider	74
e - Enfin certains en parlent mais ne se sentent pas entendus	75
7 - Evocation du poids avec le médecin traitant	76
8 - Prise en charge du poids avec le médecin traitant	78
9 - Les limites des médecins traitants selon les patients	80
a - Les patients considèrent qu'il s'agit de leur responsabilité et non celle du médecin	80
b - Ce n'est pas de la compétence du médecin traitant	81
c - Les conseils ne sont pas adaptés à l'attente des patients	82
10 - Autres interlocuteurs concernant le poids	83
a - Tiers appartenant à la profession médicale	83
b - Appartenant au milieu para-médical	84
c - Structure de soins au sens large	84
d - Référentiel en dehors d'une structure médicale	85
D - Analyse et discussion	86
1 - Les limites de l'étude	86
a - Liées au recrutement de l'échantillon	86
b - Limites liées aux médecins chez qui les enregistrements ont été réalisés	87
c - Limites liées au type d'étude	87
2 - Les forces de notre étude	89
3 - Discussion	90
a - La relation avec leur médecin traitant	90
b - Comment les patients abordent le sujet du poids	94
1 - La difficulté à s'exprimer au sujet du poids	94

2 - La facilité à s'exprimer sur le sujet du poids	97
3 - Problème vis-à-vis du médecin	100
c - Ce que les patients retiennent de la prise en charge du médecin	104
1 - Ce que les médecins proposent	104
2 - Les limites des médecins traitants perçues par les patients	111
E - Conclusion	120
F - Bibliographie	125
Annexe 1 : grille recueil ECOGEN	130
Annexe 2 : calcul score EPICES	131
Annexe 3 : guide d'entretien	132
Annexe 4 : profil des médecins	134
Annexe 5 : profils des patients rappelés	135

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.

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

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

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

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

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

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

il est très fréquemment écrit : « J'ai encouragé le patient à perdre du poids ». Ainsi, les paroles ne sont pas toujours crues et insultantes, mais elles restent blessantes en raison de leur banalité et de leur accumulation.

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

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

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

L'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) définit actuellement l'obésité d'une part comme « un facteur de risque de développer des maladies telles que l'hypertension artérielle, les stéatohépatites non alcooliques, les dyslipidémies ; mais aussi des cancers (sein, utérus, foie) » et d'autre part comme une « maladie de l'adaptation aux récentes évolutions des modes de vie » [\(1\)](#). La définition elle-même est donc

ambivalente : maladie ou simple facteur de risque ? La définition médicale du terme est-elle en concordance avec celle du « grand public » ?

La vision « profane » du poids a évolué au cours de l'histoire, du Moyen-Âge à la Renaissance le corps gros était synonyme de bonne santé et de richesse ; puis, progressivement, il est devenu signe de paresse, de manque d'esprit, de péché moralement condamnable et socialement ridiculisé. Ainsi, le tableau de Rubens (1620) « La chute des damnés » en est une représentation. Une partie des damnés payent leur glotonnerie et leur paresse : leurs corps dont les chairs sont démesurées, déformant têtes et cous, remplis de boursoflures, sont les symboles de la paresse de ces pécheurs et de leur insatiable gourmandise, des péchés qui les conduisent en enfer.



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

C'est en 1701 que le terme d'obésité apparaît pour la première fois dans une édition du dictionnaire de Furetière. Elle y est définie comme "un état d'une personne trop chargée de graisse ou de chair", ce terme n'implique donc pas la notion de maladie. Cependant, à partir du moment où un nouvel état corporel est créé, la communauté médicale s'y intéresse et soupçonne rapidement un lien entre obésité et problèmes de santé. Le Dr De La Panouze, par exemple, a publié en 1836 un « traité sur l'embonpoint ou obésité, moyens de le prévenir et de le combattre », il parle dans cet ouvrage de l'obésité (ou la polysarcie) comme d'un « fléau » (2). Elle est alors définie comme une maladie qu'il convient de soigner pour éviter des complications : « la mort subite, l'apoplexie, les maladies du cœur, les lipomes » (2). Ce médecin vendait déjà au début du 19e 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 20ème 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 XXe 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 (CIM 9) datant de 1977, elle est également présente dans les révisions de la CIM n°10 (1993) et 11 (2019) (9). Mais elle devient réellement « maladie » aux yeux du public lorsque l'OMS la qualifie en 1997 de "maladie chronique" et parle pour la première fois « d'épidémie mondiale » (10). Cette épidémie est considérée comme particulièrement inquiétante dans les pays développés dont les gouvernements définissent alors l'obésité comme un « problème majeur de santé publique ». Cette décision a entraîné en France la mise en place de politiques de santé publique centrées sur les individus en surpoids ou 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'inégalité sociale.

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

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

Depuis 1975, le nombre de cas d'obésité a presque triplé. On estime en 2016 que 39 % des adultes sont en surpoids (environ 1,9 milliard d'adultes) et 13 % sont obèses (soit 650

millions). Alertés de cette augmentation exponentielle du phénomène ainsi que des dangers sanitaires en résultant, l’OMS le définit comme relevant de la santé publique en 1997 et évoque le terme d’ “épidémie mondiale” (10). La médicalisation du poids est ainsi actée institutionnellement et il revient, de facto, aux acteurs de santé la responsabilité de sa prise en charge.

Depuis le milieu du 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'IC aiguë et chronique, la surcharge pondérale et l'obésité légère à modérée semblent associées à une amélioration substantielle de la survie comparativement au poids normal. Nommées « paradoxe de l'obésité », ces situations interpellent les chercheurs et les incitent à poursuivre leurs explorations pour en comprendre les mécanismes.

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

Les politiques de santé publique placent ainsi les médecins généralistes en première ligne d'action, mais finalement, le médecin n'a que peu de moyens pour agir sur des

déterminants qui dépassent largement le champ médical. Même en s'en tenant au champ médical, on peut s'interroger sur la pertinence de la formation des étudiants en médecine sur le thème de l'obésité. En effet, il existe un chapitre « Obésité de l'enfant et de l'adulte » en 4e année qui, après avoir développé les obésités secondaires rares (<2%), précise que la majorité des obésités sont « essentielles » et que leur prise en charge repose sur une alimentation hypocalorique, une activité physique régulière et modérée, une psychothérapie de soutien et une prise en charge chirurgicale si nécessaire. Lorsque l'on se place du point de vue sociologique, qui décrit l'obésité comme la résultante complexe d'un grand nombre de facteurs intriqués - sociaux, économiques, psychologiques, culturels, voire culturels, politiques, etc. – cette formation semble seulement effleurer le problème sans armer suffisamment les médecins pour le combattre. De plus, les médecins qui se spécialisent en nutrition deviennent experts des apports caloriques dans l'alimentation, ce qui contribue souvent à réduire l'obèse à une vision de simple mangeur sans s'intéresser plus aux autres dimensions citées.

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

Réduire l'obésité à un problème de santé publique dont le traitement est individuel exclut la part de responsabilité des inégalités sociales dans la genèse du problème.

Sans nier le rôle des médecins, une remise en question des stratégies de prise en charge du poids nous semble donc nécessaire. En particulier dans les milieux précaires où

l'on constate le plus de dissonances entre visions profane et médicale du poids. Cette dissonance porte en particulier sur la définition de « l'obésité-maladie ». Les enjeux de cette définition du surpoids sont particulièrement visibles quand on retrace l'histoire de l'indicateur dédié à sa mesure : l'IMC.

3 - L'IMC : un indicateur parfait ?

Les études scientifiques sur lesquelles repose la justification d'une médicalisation de l'obésité ont été réalisées à partir de mesures normées de l'adiposité. La formule de l'IMC a été imaginée en 1832 par Adolphe Quételet qui cherchait à décrire la relation entre le poids et la taille d'une population adulte, en dehors de toute préoccupation concernant l'obésité et sa prise en charge (19). Cette formule est restée confidentielle jusqu'au 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.

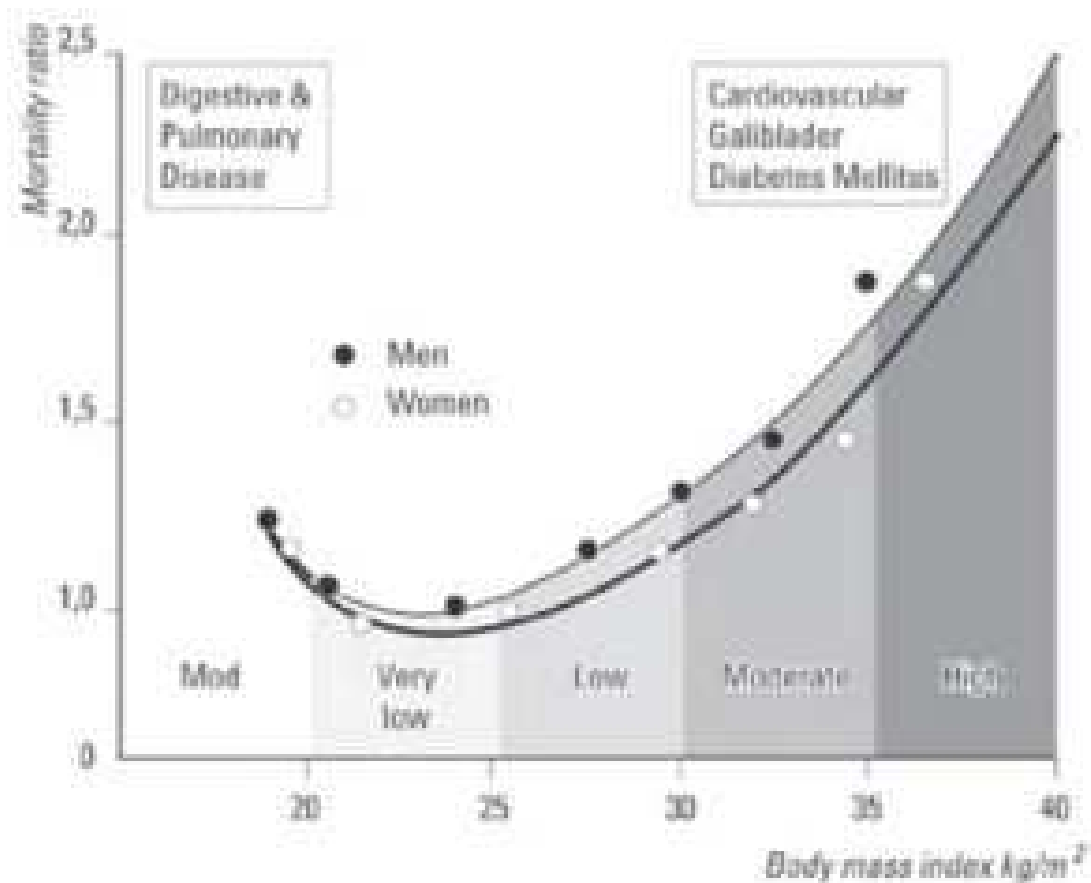


Figure 2 : Rapport entre l'IMC et le ratio de mortalité (Rapport OMS)

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 personne en bonne santé à obèse et malade sans que sa condition biologique ne varie, par une simple opération mathématique de division. L'absence d'apprentissage d'un regard critique sur cet indicateur conduit à une construction normative de classes de corpulence, de « normo-pondéral » à « obésité morbide », qui devient une identité sociale, donnant la bénédiction à toute forme de stigmatisations et de

discriminations des corps déviants de la norme. Ainsi, dans son livre « Sociologie de l'obésité » JP Poulain explique qu'« en se vulgarisant et en se diffusant dans le corps social, les classes d'indice de masse corporelle tendent à se transformer en normes sociales de corpulences « acceptables », « désirables » ou « déviantes », soutenant ainsi le processus de stigmatisation » (4).

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

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

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

La sociologue C. Boubal retrace le processus de la construction de l'obésité comme problème de santé publique en France et dans l'Union européenne (26). La France prend en 2000 la présidence tournante du Conseil de l'Union européenne et doit donc mettre en avant

des thèmes phares d'action publique. Dans un contexte où l'OMS commence à alerter sur la question du surpoids et où la crise alimentaire de la "vache folle" a frappé les esprits, l'alimentation semble porteuse et susceptible d'actions vues comme "positives" pour l'UE. La médicalisation internationale de l'obésité fournit un argument pour faire sortir cette question de la sphère privée et la porter au niveau des représentations collectives : c'est désormais un enjeu de santé publique, sur lequel le politique se doit d'intervenir.

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

Les sociologues F. Régnier et A. Masullo montrent en outre que ces messages de prévention ne sont pas reçus de la même façon en fonction des classes sociales : les classes

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

Au-delà du fait sanitaire, le problème public de l'obésité ou de la sédentarité est intriqué dans une définition sociale et morale du « bon poids » ou de la bonne apparence physique qui dépasse l'enjeu de la santé. Déroger au poids « normal » dans l'espace public est sujet à discrédit, c'est un stigmat 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.

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 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'Ill, 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), a été imaginé en trois phases :

FETOMP 1 s'intéresse aux consultations de médecine générale en QPV et a donné lieu à 5 thèses de MG : qui consulte ? Pourquoi ? Quelle est la place du poids dans ces consultations ?

FETOMP 2 s'éloigne du contexte strictement médical pour réfléchir à la place du poids, de l'alimentation et de l'activité physique au sein de la vie quotidienne et de l'environnement

matériel des habitants des QPVs. Cette partie du projet a donné lieu à 5 travaux de thèse de MG.

FETOMP 3 est la partie finale du projet qui s'attachera à mettre en action les enseignements retirés des 2 premières phases : enseignements complémentaires à destination des étudiants en médecine, établissement de liens avec des « habitants relais » des QPV pour échanger sur la question du poids et faire émerger des pistes d'actions issues du terrain.

Ce projet propose de ne pas limiter les facteurs de la production sociale du (sur)poids à la dimension évidente des habitudes alimentaires ou de l'activité physique et sportive ; mais de traiter ces deux dimensions comme des éléments d'un système global de pratiques et de croyances qui s'auto-alimentent et définissent le style de vie d'un groupe.

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

6 - Mon travail en particulier au sein de FETOMP

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

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

a - Objectif principal

Mon travail personnel s'inscrit dans le projet FETOMP et cherche spécifiquement à caractériser la représentation pour la patientèle concernée, consultant dans les cabinets de médecine générale dans les QPV (Quartiers Prioritaires de la Ville), du rôle du médecin traitant dans la prise en charge de l'obésité. Il s'agit en ici de rendre compte de leurs attentes vis-à-vis de leur médecin traitant et de leur vision de son rôle dans cette prise en charge particulière. Si l'on considère que l'obésité est de causes multiples, la réponse doit l'être aussi.

b - Objectif secondaire

L'objectif secondaire est de connaître aussi ce que les patients ont entendu, ou pas, de leur médecin, et s'ils ont eu d'autres interlocuteurs de santé dans l'aide à la perte de poids. En effet des études ont été réalisées sur la vision des médecins généralistes dans cette prise en charge, mais pas sur le point de vue des patients.

B - Matériels et méthodes

1 - Naissance du projet

A Strasbourg, après avoir développé un plan de santé à l'attention des enfants en surpoids, un autre plan d'étude de l'obésité et du surpoids est en cours, cette fois à destination des adultes. Nous avons dans ce cadre imaginé un projet de recherche action dans les QPV pour interroger les déterminants sociaux et territoriaux de l'obésité et le rapport au poids des adultes précaires, avec l'objectif d'élaborer collaborativement de nouvelles stratégies éducatives "d'agir ensemble". Ce projet de recherche s'intitule FETOMP (Formation à l'Éducation Thérapeutique à l'Obésité en Milieu Précaire). Elle a été réalisée avec l'aide de la faculté de médecine, de sociologie et de sport et donne lieu à 11 travaux de thèse en médecine générale. Nous faisons partie de la première partie de réflexion. Nous avons réussi à collecter une première vague de données pour débiter cette nouvelle réflexion. Les données ont été collectées de la façon la plus neutre et la plus exhaustive possible.

Le projet FETOMP a été conçu en quatre phases :

- une première phase de recherche bibliographique. Cette phase a donné lieu à 2 thèses types "revue de la littérature" sur les thèmes "vision du poids par les médecins et "vision du poids par les patients".
- une phase d'observation de consultations de médecine générale en milieu précaire. Ces observations ont permis l'établissement d'un score de précarité pour chaque patients (EPICES) et un quadruple recueil de données : grille normée de données

quantitatives, prise de note qualitative, enregistrement audio de la consultation et rappel téléphonique des patients ayant un excès de poids pour effectuer un entretien sur la question du poids. L'objectif était de comprendre qui consultait en milieu précaire ? Pourquoi ? Le poids était-il un sujet abordé ? Par qui ? Comment ?

- Une phase d'immersion dans la vie du quartier : réalisation d'entretiens qualitatifs d'habitants des QPV, organisation de focus groupes, étude en monographie d'une habitante, etc. L'objectif était d'approcher la réalité du quartier : le poids est-il un problème du quotidien pour les personnes en situation de précarité ?
- la dernière phase du projet a débutée. Elle consiste à recruter et former des "habitants relais" qui pourront être "patients partenaires", voire des "patients formateurs" pour les autres habitants mais aussi pour les professionnels de santé.

Mon travail s'inscrit dans la deuxième phase de ce projet. J'analyse ce que pensent les patients précaires ayant des problèmes d'excès de poids des consultations chez leur médecin généraliste et du rôle de ce dernier dans la prise en charge du poids.

Je suis également personnellement intéressée par le surpoids et l'obésité. J'ai fait un Master de nutrition, qui m'est apparu très superficiel, avec essentiellement des informations diététiques, que les patients connaissent souvent déjà, mais très peu sur le vécu des personnes obèses. Mais l'obésité est plus complexe qu'un simple problème de balance. Je l'ai constaté lors des consultations réalisées dans divers cabinets. Les patients sont désemparés parce que les régimes, plus ou moins restrictifs, ne fonctionnent quasiment pas. Et j'ai eu le sentiment que les réponses que je leur donnais n'était pas satisfaisantes, voire inadaptées.

En parallèle j'ai aussi le sentiment de donner une réponse purement médicale à un problème qui dépasse le côté médical. On ne sait pas pourquoi les patients évoquent ou non l'obésité avec leurs médecins, ni ce qu'ils attendent de nous quand ils le font. Mais approfondir les connaissances, les attentes qu'ils ont, ne peut que nous aider à les prendre en charge.

2- Première étape : recherche bibliographique

La recherche bibliographique a essentiellement été menée par nos deux collègues réalisant chacun une thèse de bibliographie en amont de notre travail de récolte de données. 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 travail étant dans la continuité, je n'ai pas recherché les mêmes informations, mais je me suis appuyée sur son travail, afin d'étayer le mien.

3 - Observation de consultation :

Notre étude a été pensée 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, réalisée auprès de la patientèle 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 (DHVS). 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 contacté que des médecins ne connaissant pas notre sujet d'étude. Secondairement nous avons inclus 4 médecins connaissant nos objectifs. Aucune sélection autre que la zone géographique d'installation (en QPV) n'a été effectuée et que le fait d'être thésé.

a - Recueil des données

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

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

La grille ECOGEN (voir annexe 1)

Le questionnaire ECOGEN (Eléments de la COsultation en médecine GENérale) est une grille d'observation en médecine générale. Il s'agit d'une grille de recueil de données quantitatives, utilisée dans l'étude nationale ECOGEN ayant lieu entre décembre 2011 et avril

2012 et qui a recueillie des données sur plus de 20 000 consultations (40). Différents items sont à remplir à l'aide de la Classification Internationale des Soins Primaires CISP-2. La CISP a été développée par l'Organisation Internationale de la Médecine Générale (WONCA soit World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians ou encore World Organization of Family Doctors) pour permettre aux professionnels de santé le recueil et l'analyse épidémiologique des données de consultations en médecine générale (motifs de consultations exprimés par le patient, procédures réalisées ou programmées par le médecin pendant la consultation, résultats de consultations présentés par le professionnel de santé, prescriptions), ainsi que des données épidémiologiques (41). Avant le début de l'étude, les internes investigateurs ont bénéficié d'une formation au recueil des données et à l'utilisation de la CISP.

Le score EPICES (voir annexe 2)

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) est un score individuel de précarité prenant en compte différentes dimensions : la situation sociale, le logement, la situation de ménage, les difficultés financières, les loisirs et l'entourage. Il a été utilisé dans notre étude pour définir la précarité à partir de la valeur seuil de 30, seuil retenu pour le Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'Examens de santé (CETAF) et l'Assurance maladie (42).

Un minimum de 28 consultations adultes par médecin participant devait être atteint, afin d'éviter la distorsion par d'éventuelles consultations atypiques, soit un objectif initial de 364 consultations. Le recueil s'effectuait par demi-journées de consultations, de préférence sur des plages de consultations libres, mais parfois également sur rendez-vous, selon le mode

d'exercice du médecin concerné. Les médecins enregistrés ne connaissaient pas toujours notre sujet d'étude.

Le recueil se déroulait en deux étapes, 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 avec le deuxième enquêteur. Celui-ci démarrait l'enregistrement audio et remplissait en parallèle la grille ECOGEN et une grille libre à visée qualitative (impressions, notes personnelles, interactions entre le patient et le médecin, les expressions de visage, le langage corporel...).

Ce recueil a permis d'obtenir une banque de données de consultations en cabinets de médecine générale situés au sein des quartiers prioritaires de Strasbourg. Certains de ces patients pourraient par ailleurs être recontactés pour devenir des patients experts.

b - Saisie

Chaque interne investigateur a saisi en différé les données recueillies sur une plateforme sécurisée dédiée et commune. Les données orales enregistrées ont été retranscrites par un professionnel.

c - Critères d'inclusions

Les critères d'inclusion pour les enregistrements de consultation des patients étaient les suivants : avoir plus de 18 ans, consulter dans un cabinet situé dans un quartier prioritaire de la ville et avoir exprimé son accord pour participer.

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

4 - Rappel téléphonique

Concernant mon objectif principal, le type d'enquête à choisir était une enquête qualitative. En effet, par définition, ce type d'enquête nous permet de comprendre les logiques individuelles et contextualisées des pratiques et des actions, des argumentations et des représentations, alors que les enquêtes quantitatives mesurent et dénombrent opinions, pratiques ou caractéristiques sociales de façon agrégée.

On estime qu'une étude qualitative essaie de répondre aux questions du type "pourquoi" ou "comment" et non "combien", nous permettant d'explorer les émotions, les sentiments des patients et leurs expériences personnelles. Il s'agit davantage de regarder la réalité sociale. Il ne s'agit pas de chercher les bonnes réponses, mais de poser les bonnes questions.

Il est important de rappeler que l'approche inductive recherche une hypothèse ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être explorée par l'approche quantitative (constructivisme). La démarche était donc inductive, interprétative, allant de l'observation à l'hypothèse. Contrairement à une étude quantitative, la formulation de l'hypothèse de travail ne se précisait qu'au fur et à mesure de la prise de données (32).

a - Choix du rappel téléphonique

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

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

Pour les patients remplissant ces critères d'inclusions, un rappel téléphonique était réalisé après accord du patient.

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

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

Le choix du rappel téléphonique a été fait par soucis de praticité afin d'éviter de refaire revenir les patients. Le choix du type de l'entretien est défini par le fait que l'entretien, qu'il soit libre, semi-dirigé ou en focus-group, permette de recueillir les réponses à une série de questions-guide dans un cadre permettant aux personnes étudiées de s'exprimer librement. Dans le cadre des travaux réalisés, portant sur un ressenti et un vécu, l'entretien individuel - téléphonique pour plus de praticité – a été choisi. Sachant que l'information libre était par la suite très difficile à traiter, à catégoriser et à interpréter, impliquant un risque important d'être hors sujet , l'entretien libre fut écarté. L'entretien semi- dirigé nous a paru alors le plus approprié.

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. Un entretien semi dirigé est donc réalisé, portant essentiellement sur la question du poids. Des questions sur leur relation avec leur médecin traitant étaient aussi posées aux patients, avec une attention particulière sur leur vision du rôle du médecin traitant dans la prise en charge de leur surpoids ou leur obésité. L'entretien était également enregistré, après avoir obtenu le consentement des patients.

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

b - Guide d'entretien des rappels téléphoniques

Un guide d'entretien n'est pas un questionnaire. Il s'agit d'une liste de thèmes que le chercheur aimerait aborder, sans ordre prédéfini.

Afin d'élaborer un guide d'entretien, nous avons dû émettre des hypothèses de résultat. Une première grille a été réalisée permettant de réaliser les premiers appels. Elle a été modifiée dans un second temps, après les retours des entretiens initiaux.

Une présentation standardisée de l'étude était réalisée par l'interne enquêteur en préalable à chaque entretien. Elle a été adaptée au public concerné. Cette présentation était volontairement évasive 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 (43) en faisant en sorte de soulager ses inquiétudes vis-à-vis du protocole d'enquête (44). C'est pour cela que nous avons utilisé des questions directives mais imprécises (45). Le début de l'entretien portait sur des questions très générales, débutant par des questions sur leur relation avec leur médecin traitant, afin d'instaurer un climat de confiance.

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

Le guide d'entretien final est disponible en annexe 3.

c - Déroulement des rappels

Les rappels sont 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 rappelle était le plus souvent l'interne présent lors de la consultation, ce qui permet aux patients de visualiser leur interlocuteur. Plus rarement c'est l'interne qui a réalisé le score EPICES.

Le rappel est 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.

d - Procédures réglementaires et financement

Que ce soit lors des consultations ou lors des rappels, nous devions 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 audio ont été stockés sur une plateforme sécurisée le temps de leur retranscription puis ont été détruits et les retranscriptions anonymisées selon le même code.

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

e - Analyse des entretiens

Tous nos enregistrements, qu'ils soient lors des consultations ou de rappels, étaient sur supports numériques.

Dans un premier temps, tous les fichiers numérisés étaient nommés en fonction d'un code convenu. En effet, pour des travaux futurs, une certaine accessibilité doit être possible. 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 par ordre de réalisation pour une même journée ce qui nous a donné un 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 (46). Les silences, les hésitations, les exclamations, les rires, tout l'échange fut retranscrit le plus objectivement possible. Un autre

chercheur devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux mêmes conclusions.

Ensuite, l'analyse des données a pu débuter, selon la méthodologie de la théorisation ancrée. Il est admis que plusieurs étapes se sont succédé (47):

- La familiarisation avec les données,
- L'identification des structures thématiques,
- L'indexation des passages de texte par rapport à la structure thématique,
- L'esquisse par réarrangement des données en fonction de la structure thématique,
- L'interprétation en définissant des concepts, en créant des typologies et des associations.

Afin de me familiariser davantage avec les données, j'ai néanmoins retranscrit des parties qui me paraissaient initialement les plus pertinentes au sein des rappels et où la question du poids était directement ou indirectement abordée. Le travail de retranscription étant confié à un tiers, il m'a paru important de réussir à m'approprier une partie des données.

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 mise en relation. Alors seulement, nous avons pu faire émerger une problématique (48).

Il est à noter que les résultats sont étroitement liés à leur interprétation. Les parties “résultats” et “interprétations” sont donc confondues, contrairement aux études quantitatives (46).

C - Résultats

1 - Ressenti général

Les enregistrements des consultations se sont déroulés d'octobre 2016 à mai 2018. Il était en effet difficile de trouver un créneau disponible à la fois pour le médecin enregistré et pour les deux internes devant être présents en même temps. Nous avons été obligés de multiplier le nombre de demies journées d'enregistrement, car l'objectif était de 28 consultations d'adultes par médecin. Certains médecins voyant beaucoup d'enfants, il a été nécessaire de revenir plusieurs fois.

Cependant nous avons reçu un très bon accueil. Seul un des médecins installé dans un des QPV de la ville a refusé les enregistrements. Certains n'ont semblé comprendre que les consultations seraient enregistrées qu'une fois que nous étions sur place. Ils semblaient craindre une "évaluation" de leur pratique professionnelle, avec une certaine tension palpable, à mon sens. Il ne semble pas facile de consulter sous le regard d'un tiers. J'ai pu constater parfois une certaine lassitude, due à la durée de recueil des données, surtout qu'une partie des médecins ne connaissait pas notre sujet d'étude - afin de réduire les biais d'induction. Ils se sont d'ailleurs pour la plupart montrés intéressés par les résultats des études.

Pour les patients enregistrés, nous n'avons rencontré que peu de réticence, au vu du nombre de consultations enregistrées. Les refus étaient surtout lors de consultation touchant

des sujets personnels difficiles à aborder par les patients

Les rappels ont été moins aisés. Certains patients semblaient ravis qu'on les recontacte. D'autres étaient plus réticents. Un certain nombre nous ont communiqué des mauvais numéros, ne nous permettant pas de les recontacter. Pour un certain nombre enfin, la barrière de la langue nous a empêché de les recontacter, la compréhension n'étant parfois pas possible ou trop faible pour avoir un entretien de bonne qualité.

2 - Ressenti personnel

Ce travail de recueil a duré un an, afin de pouvoir enregistrer le nombre de consultations nécessaires. Cela a été une expérience intéressante, en voyant les pratiques différentes selon les praticiens, fatigante et très prenante.

Au début, nous avons recueilli l'accord des médecins. La plupart ont accepté après la présentation du projet mais nous avons pu constater que certains médecins n'ont pas bien compris que nous allions réaliser des enregistrements audio. Un des médecins chez qui je me suis rendue au début a sous-entendu que s'il avait bien compris que nous allions l'enregistrer, il n'aurait probablement pas accepté. Je me suis sentie comme une intruse, surtout au début. Le temps de gêne était en fonction de l'accueil des médecins et de mon sentiment d'illégitimité, qui a diminué avec l'expérience.

En revanche, cela a été une grande aide d'assister à des consultations en cabinet chez plusieurs médecins. Pendant ma formation, j'ai essentiellement effectué des stages hospitaliers. J'ai fait un stage praticien dans le cadre de ma maquette, mais seulement en début de cursus. Lorsque les observations ont débuté, j'étais en stage en soins palliatifs. Lorsqu'elles ont fini, j'étais en SASPAS. Cette expérience a modifié mon regard : je n'étais sous doute pas attentive aux mêmes aspects de consultation. Il s'agit toujours de médecin généralistes, toujours de population plutôt défavorisées, mais les manières de travailler diffèrent d'un médecin à l'autre. Je ne sais pas quel type d'exercice je pratiquerai, mais voir différentes façons de faire a été riche en enseignement. Il m'a semblé que la pratique évolue avec l'expérience.

Rappeler secondairement les patients était pareillement une expérience différente. Le contact uniquement téléphonique, sans l'aide du contact visuel que l'on peut avoir lors des consultations me semble limité. En revanche ce type de rappel pourrait permettre au patient de se sentir plus libre, sans se sentir jugé. Je me sentais d'abord peu à l'aise, avec l'impression de déranger les patients ou d'être intrusive. Mais par la suite, j'ai été étonnée de la facilité avec laquelle les gens se racontent. Je ne les connais pas, je ne les ai vus qu'une seule fois et lorsque je les ai appelés, ils m'ont beaucoup parlé, avec peu de filtres. Lors des groupes de travail, nous avons constaté que la plupart des patients nous accueillent avec bienveillance et donnent facilement de leur temps, ils évoquent facilement des aspects intimes de leur vie. Peut-être sont-ils touchés de l'intérêt qui leur est ainsi manifesté. Je ne m'attendais pas à ce qu'ils s'ouvrent autant quand parfois à l'hôpital nous peinons à avoir des informations de la part des patients.

Pour ma part, j'espère que cela va également m'encourager à davantage inviter les patients à évoquer leurs représentations de la maladie, leurs symptômes, des traitements qui leur sont proposés, mais aussi de leur ressenti. Les questions intrusives peuvent être posées avec tact en laissant le choix au patient de répondre ou non. Mais sans doute attendent-ils souvent que la question soit posée pour pouvoir évoquer les sujets qui les préoccupent.

Ce travail en équipe est aussi nouveau dans cette approche. Dans les services où j'ai travaillé, on travaille en équipe mais chacun à son niveau. Là, on ne peut avancer qu'en même temps, ce qui peut être frustrant et stressant. On doit avancer pour les autres, mais les autres doivent aussi avancer pour nous. Cela demande une certaine adaptation. Mais c'est un exercice au moins aussi intéressant. Après tout, les patients ne font pas tout ce que l'on voudrait au moment où on le souhaiterait.

3 - Constitution des échantillons

a - Sélections des médecins

Nous avons contacté les médecins de Strasbourg travaillant dans les 13 QPV de la ville. Un des médecins a refusé une fois qu'il a compris que les consultations seraient enregistrées. 9 médecins ont donc accepté initialement les enregistrements. 4 autres médecins connaissant le sujet d'étude ont été inclus secondairement.

Soit un total de 13 médecins enregistrés. Aucune sélection autre que la zone géographique d'installation et que le fait de devoir être thésé n'a été effectuée.

b - Sélections des patients enregistrés

Chez ces 13 médecins inclus, nous avons réalisé des enregistrements de consultations, préférentiellement dans des consultations sans rendez-vous. Nous devions inclure 28 patients adultes chez chaque médecin. Cependant les consultations concernant les enfants étaient enregistrées, même si non exploitées dans notre projet. Si les médecins inclus ne consultent que sur rendez-vous, les enregistrements sont effectués alors comme lors des consultations sans rendez-vous.

Nous avons assisté à un total de 492 consultations. 485 consultations ont été enregistrées. 107 consultations étaient réalisées chez des mineurs. Seuls 7 patients ont refusé d'être enregistrés.

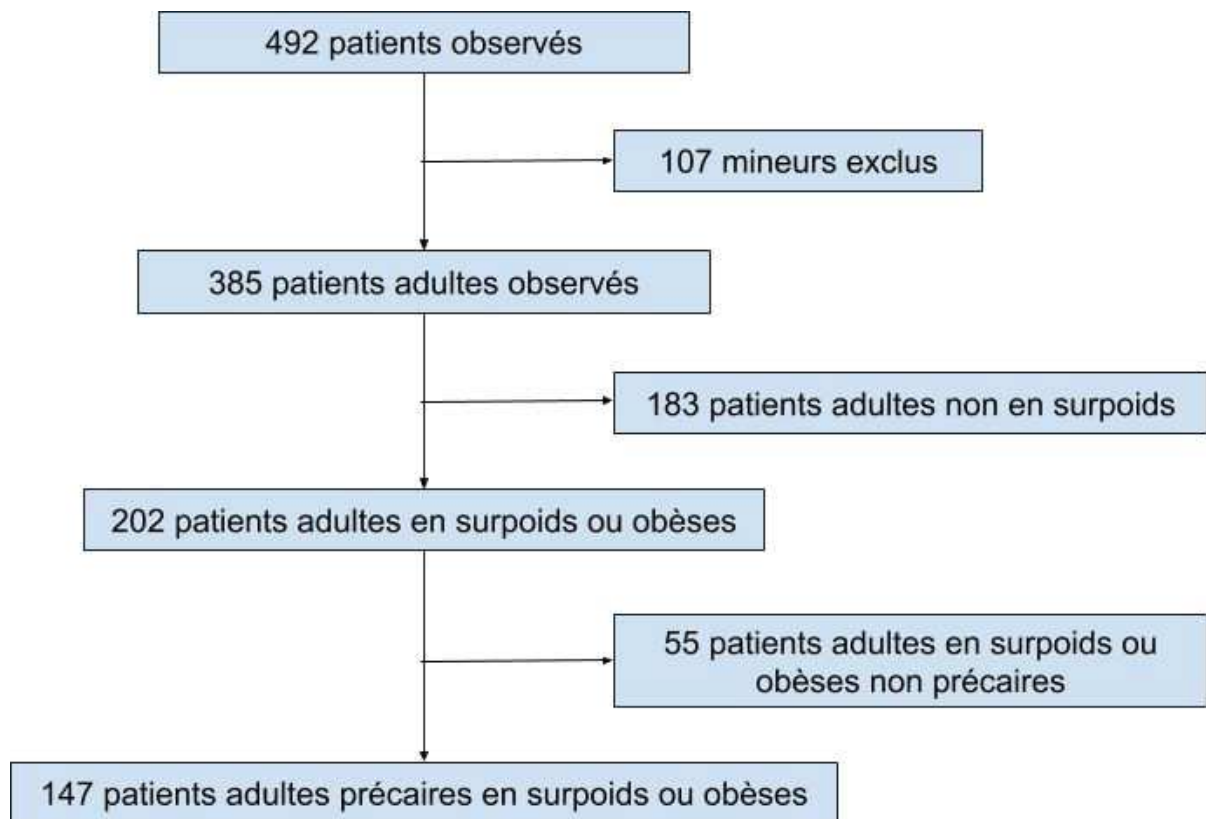


figure 1 : diagramme patients vu en consultations

c - Sélection des patients rappelés

Sur les 485 consultations enregistrées, 100 concernent des enfants. Un total de 147 patients étaient éligibles au rappel selon les critères définis précédemment, c'est à dire majeur, en surpoids ou obèse avec un IMC (Indice de Masse Corporelle) supérieur à 25 kg/m² et précaire, c'est à dire avec un score EPICES supérieur à 30.

Les rappels téléphoniques ont été réalisés dans la mesure du possible dans la semaine suivant l'enregistrement de la consultation. Nous les avons informés que le rappel serait enregistré.

Nous avons été accueillis différemment par les patients lors des rappels. Certains se sont montrés très avenants immédiatement. D'autres ont eu des difficultés à répondre. Le taux de rappel de 27 % est faible mais explicable au vue de la population.

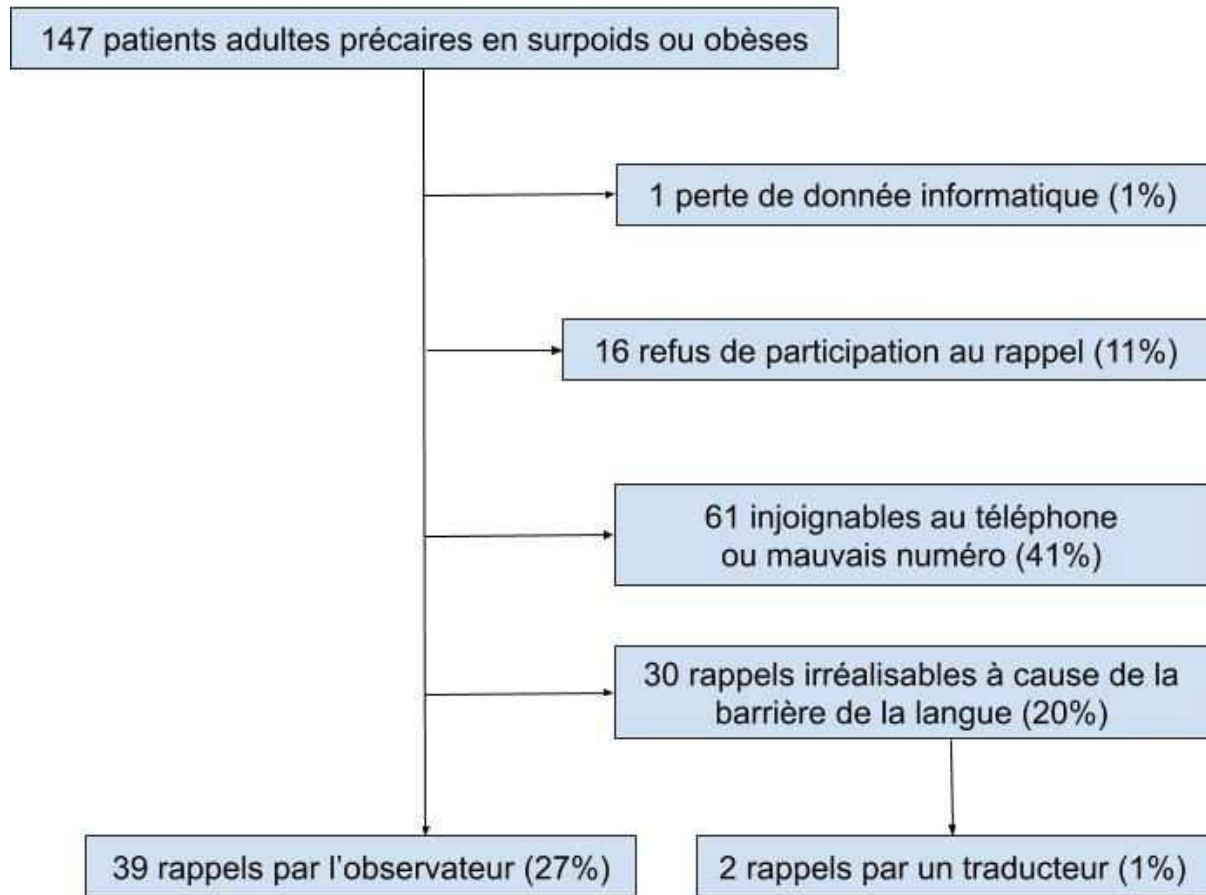


figure 2 : diagramme des patients rappelés

4 - Présentation des échantillons

a - Profil de médecins

Les médecins chez qui nous étions présents sont essentiellement des femmes (à 84%). Ils travaillent surtout dans des maisons de santé, à 62 %, d'autre en association. Aucun ne travaille seul. En revanche les tranches d'âge sont plus étendues, allant de 33 ans à 66 ans,

avec une moyenne d'âge de 46 ans.

Voir caractéristique en annexe 4

b - Profil des patients rappelés

On observe que chez les patients rappelés, les différents quartiers de Strasbourg sont représentés. Différentes tranches d'âge sont représentées, de 21 à 72 ans. La proportion des femmes est plus importante. Il y a également une surreprésentation d'employé et de personnes sans emplois, quand les professions intellectuelles et les cadres supérieurs ne sont pas représentés.

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

En résumant, sur un total de 41 rappels :

- 11 concernent des patients masculins
- 30 concernent des patientes féminines
- l'âge moyen au moment des rappels est de 47 ans
- le score EPICES moyen est de 56,63
- L'IMC moyen est de 31,88

Voir détail en annexe 5

5 - Relation avec leur médecin traitant

a - Durée de la relation avec leur médecin

- un tiers environ des patients rappelés consultent chez le même médecin depuis plus de dix ans

Monsieur P	Ho ben écoutez ça fait au moins vingt ans
Madame X	Oui c'est mon médecin traitant, depuis toute petite

- un autre tiers consulte chez leur médecin depuis plus de 2 ans mais moins de 10 ans

E6	Ça fait depuis que j'habite sur Strasbourg. Ça fait trois ou quatre ans que je la connais
-----------	---

- le dernier tiers enfin ne le voit que depuis moins de deux ans, voire même pour une des premières fois.

Madame Q	En fait c'est la première fois que je le rencontrais ...c'est maintenant qu'il est mon médecin. Si on peut dire comme ça
-----------------	--

b - Fréquence de consultation

- Une partie des de patients consultent en moyenne une fois par mois.

Certains viennent pour un renouvellement simple de traitement.

Monsieur P	Je viens tous les mois une fois pour chercher le menu
-------------------	---

D'autres viennent pour des problèmes de santé récurrents.

Monsieur F	Moi j'y vais souvent, madame. J'y vais souvent parce que j'ai eu un bypass il y a 10 ans. (...) Merci, j'ai aussi eu une opération de prostate. J'y vais donc assez souvent, plus ou moins une ou deux fois par mois.
-------------------	---

- une moitié de l'échantillon restant vient consulter environ tous les trois mois, ou plus ou moins régulièrement, entre autre pour le renouvellement de traitement.

Madame L	Etant malade, je le consulte souvent mais ces derniers temps, comme je vais un peu plus à l'hôpital pour les opérations ... mais je le consulte au moins tous les deux ou trois mois
-----------------	--

- enfin la partie restante ne consulte que très ponctuellement, si elle présente un problème de santé.

Monsieur K	Si on va chez un médecin c'est qu'il y a quelque chose, c'est pas juste pour aller voir un toubib
Madame D	Oui quand j'ai ...en 2017 c'est la troisième fois que je vais là-bas depuis 2017. 2017 je suis allé deux fois ... 2018 voilà ...j'avais mal à la tête... j'avais mal à la gorge, grippe...

c - Qualité de l'accueil en consultation

- une très nette majorité des personnes contactées est contente de l'accueil du médecin traitant, mais pour de multiples raisons.

Tout d'abord pour leurs qualités d'écoute leur permettant de s'ouvrir en consultation. Le fait de prendre du temps et manifester une écoute attentive sont valorisés par les personnes que nous avons recontactées.

Monsieur R	Toujours très bien (...) Oh ! Je m'ouvre énormément
-------------------	---

Madame U	Je trouve que c'est un médecin qui prend encore le temps avec les patients de les écouter. C'est pour ça que j'aime bien aller chez elle. Je me sens encore à l'écoute de mon médecin (...) J'ai l'impression vraiment que c'est encore le vrai médecin avec les vraies valeurs des médecins. C'est pas le médecin chez qui vous allez, c'est cinq minutes c'est remballé... C'est quelqu'un qui a encore ce côté humain.
-----------------	---

D'autres sont très contents de l'accueil ou de la qualité de leur médecin, en mettant l'accent sur le côté professionnel de leur praticien.

Monsieur K	Y a toujours un très bon accueil, Toujours très professionnel (...) Que ce soit lui ou sa confrère docteur x. Ce sont deux médecins qui sont supers
-------------------	---

Certains mettent l'accent sur le fait d'être accueillis tels qu'ils sont, sans préjugés. Ils ont l'expérience de s'être senti jugé chez certains médecins. Ils sont contents d'être accueillis comme patient, et non en fonction de leur statut personnel.

Madame Q	Les préjugés... La première fois, je sentais que la médecin elle avait comme un préjugé envers mes papiers. Elle avait... comme si les
-----------------	--

	<p>papiers que j'avais fournis et tout. Mais par contre lui (inaudible). J'étais comme une patiente normale qu'il recevait comme d'habitude</p>
--	---

- D'aucuns sont encore en train "d'évaluer" leur médecin, suite à un changement récent de praticien. Ils semblent avoir besoin d'une période d'ajustement vis-à-vis d'une personne différente. Et ils attendent une sorte de mise à l'épreuve pour évaluer l'efficacité de leur médecin.

Madame A	<p>Pour l'instant je sais ce que j'ai mais si j'ai un pépin un jour, je sais pas comment elle réagira (...) Chacun a le morceau qui l'intéresse, mais on ne pense pas la globalité de la personne puisque la maladie c'est pas uniquement physique, c'est aussi psychique. Et comme les médecins n'ont pas le temps de traiter le psychique ...</p>
-----------------	---

- D'autres se plaignent d'un mauvais diagnostic selon eux ou d'un possible désaccord avec leur médecin. Mais ils ne remettent pas en cause pour autant le fait que ce soit leur médecin traitant, et dans les rappels, ils n'évoquent jamais le désir pour autant de changer de médecin référent.

Monsieur J	Souvent normalement mais pas toujours car le médecin ne fait pas toujours ce que je demande
Madame C	Le problème c'est qu'elle nous a dit que la petite était en bonne santé, en fin de compte le lendemain, on s'est retrouvé aux urgences, parce qu'elle a une bronchiolite. Donc bon ça me paraît un peu... voilà...

- Enfin quelques-uns se plaignent de ne pas souvent avoir facilement accès à leur médecin traitant, à cause de problèmes de planning. Mais là encore, ces désagréments ne remettent pas en cause la relation avec leur médecin.

Monsieur T	Mais comme il est pas là très souvent c'est plus souvent le docteur x. il est jamais là quand il faut ou quand il est libre c'est moi qui travaille, c'est compliqué pour le voir. (...) L'essentiel c'est que à la fin d'une consultation qu'on me dise ça va à peu près bien
-------------------	--

6 - Confiance des patients en leur médecin traitant pour aborder la question du poids

a - Facilité à discuter du poids avec leur médecin

Certains patients disent avoir des facilités à discuter du poids avec leur médecin traitant. Ces personnes disent que le poids a été évoqué à plusieurs reprises. Ils n'ont pas l'air gêné par le fait d'aborder la question du surpoids. Ils évoquent le fait que leur médecin leur donne des conseils. Une patiente dit même que leur médecin connaît les causes de leur surpoids ou de leur obésité.

Madame U	On l'a abordée plein de fois (<i>la question du poids</i>) Docteur x sait très bien que mon excès de poids est pas dû à une mauvaise alimentation mais à une souffrance
Madame N	Elle me donne beaucoup de conseils je lui dis tout ce que je pense
Madame L	J'ai parlé que j'avais beaucoup plus de poids j'avais 67 kilos C'était la meilleure chose (...) non ! Au contraire, elle m'a conseillé. Non ... docteur x je parle de tout (inaudible) même souvent moi j'ai honte de demander quelque chose qu'il me conseille quoi

Madame K	Non c'est un sujet facile, j'aborde ça tranquillement. (...) Au niveau du poids ils ont toujours répondu à mes questions, ils m'ont toujours apporté des conseils, de ce côté-là
-----------------	--

b - La question du poids est facile à aborder mais pas prioritaire

Pour d'autres, la relation qu'ils ont avec leur médecin leur permet d'évoquer leur surpoids ou leur obésité sans gêne. Mais ce n'est pas une priorité pour eux. Le poids ne semble pas un problème de santé similaire, ou du moins sur le même niveau que les autres problèmes de santé qu'ils peuvent avoir.

Monsieur K	Non pas spécialement (<i>ps : évocation du poids</i>). J'ai d'autres priorités
Madame Q	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. (...) Je pense qu'il peut m'aider (...) Y'avait autre chose qui était plus important
Monsieur T	Je verrai avec le docteur x ce qu'elle me conseille de faire (...) le médecin ou l'infirmier ils sont très compétents dans ce domaine.

c - Le patient ne souhaite pas évoquer la question du poids avec son médecin traitant

En revanche d'autres ne veulent pas du tout l'évoquer, non pas à cause d'un problème venant de leur médecin, mais d'eux-mêmes. Ils utilisent souvent des termes culpabilisants vis à vis d'eux-mêmes comme "c'est ma faute" ou "je fais pas..."

Madame H	Je voulais pas (...) Je voulais parler avec qu'est-ce qu'il va me donner (inaudible) alors comme je bois ...Ça rajoute encore ... le poids ça rajoute
Madame D	Si le médecin peut m'aider mais voilà... je fais pas ... (...) j'ai pas parlé parce que je me disais c'est ma faute, (...) Je pense qu'il peut aider en général... c'est juste que j'ai pas... j'ai pas mis l'accent dessus parce que je me suis dit que c'était de ma faute

d - Le patient pense que son médecin ne peut pas les aider

La personne recontactée pense que son médecin traitant actuel n'aurait pas les compétences. Là encore, ce n'est pas la compétence d'une profession qui est mise en cause, mais celle d'un individu, que la patiente ne connaît pas encore suffisamment.

Madame A	Au niveau du poids non (<i>ps aider pour la prise en charge du poids</i>) Ça m'étonnerait je ne pense pas (...) je ne sais pas si cette dame peut m'aider, je ne la connais pas assez. J'ai pas eu l'occasion de discuter avec elle
-----------------	---

e - Enfin certains en parlent mais ne se sentent pas entendus

Ces personnes interrogées estiment discuter du poids avec leur médecin, mais ont l'impression qu'on ne répond pas à leurs préoccupations ou leurs questions. On note aussi une confusion dans les causes et les conséquences du surpoids et de l'obésité. Il est intéressant de constater qu'ils peuvent avoir une intuition qu'il y a quelque chose qu'ils n'ont pas compris et qu'ils souhaitent alors davantage d'informations, ou alors formulées différemment.

Monsieur R	Il me dit, je lui dis docteur je ne mange même pas Je lui dis que je ne mange pas autant qu'il peut le penser. C'est plutôt à cause de mon diabète. Et du fait que je ne mange que le riz et des pâtes (...) (<i>Vous aimeriez que la question soit évoquée autrement ?</i>) Oui ...
-------------------	--

7 - Evocation du poids avec le médecin traitant

- Pour certains le poids n'a jamais été évoqué directement en terme de chiffre chez leur médecin traitant, selon le souhait du patient.

Madame N	Elle respecte mon choix de ne pas dire (...) C'est moi, en fait Madame x elle me disait par rapport à mon poids mais là même pour monter dans la balance. Je lui ai demandé de rien dire, combien j'ai pris de poids
-----------------	--

- d'autres disent que le poids a rarement été évoqué, ou de façon non satisfaisante.

On note surtout une exaspération du manque d'action entreprise par le médecin. La question n'est pas sur la capacité du médecin, mais le fait qu'il n'y ait pas d'action concrète sur la problématique du poids.

Monsieur R	On a déjà abordé une fois... Une fois ça date. Il avait estimé que ce n'était pas tout à fait nécessaire qu'il fallait que moi-même je fasse l'effort
Madame C	Ben sans plus ...Elle sait que je veux perdre du poids, mais y a rien qui suit derrière

- chez d'autres le poids semble être fréquemment évoqué, peut-être même vécu comme un acharnement. En effet parfois le poids est évoqué lorsque le patient consulte pour un motif autre.

Madame A	Le poids pour une fois non (<i>question lors du rappel : Je voulais aussi savoir si la question du poids a été évoquée pendant la consultation</i>)
-----------------	---

- enfin le poids peut être abordé par un autre biais.

On observe que la question du poids est soulevée à travers ses conséquences, des causes possibles, ou au détour d'une consultation lambda.

Monsieur P	Il a dit si je perds un peu de poids ça se passerait mieux
Madame U	On en avait parlé, on en avait parlé avec le docteur x elle me disait effectivement ... j'avais du surpoids, mais j'étais pas forcément dans une bonne passe aussi avec mon travail et tout ça mais bon elle m'avait fait un courrier pour rencontrer quelqu'un.
Monsieur Z	Elle m'a juste dit ... Elle a tout de suite dit ... J'ai pris des kilos en trop, faut que je fasse un peu doucement.

Monsieur T	Plusieurs fois (<i>ps évocation du poids</i>), parce que j'avais le thyroïde depuis des années ...
-------------------	--

8 - Prise en charge du poids avec le médecin traitant

On constate que différents modes de prises en charge sont proposés par les médecins.

- certains reçoivent des conseils alimentaires plus ou moins restrictifs. Il y a également parfois des propositions de suivi pour évaluer la mise en place des conseils. Il peut s'agir de conseils, d'aide pour une alimentation plus équilibrée avec une consultation rapidement prévue pour permettre un suivi. On observe que les conseils ne suffisent pas et que les patients peuvent manquer de motivation pour les mettre en action.

Monsieur R	Il a confirmé que le riz et les pâtes sont susceptibles de me donner énormément de poids si ce n'est que ce que je mange
Monsieur T	Mais pour maigrir j'ai parlé avec madame x et pour les autres trucs, ils me donnent des conseils mais j'arrive toujours pas à maigrir ...

- d'autres reçoivent une ordonnance pour le dispositif sport santé. On voit que le retour est alors très positif.

Madame M	Il m'a donné une ordonnance pour faire du sport (...) Je vois toujours les compétences d'un médecin, chaque spécialiste, donc pour moi ce qui m'a déjà donné c'est énorme dans l'ordonnance pour faire le sport un an, c'est énorme. J'ai beaucoup dépensé
Monsieur T	Madame x elle m'a proposé plusieurs fois, elle m'a dit, si vous voulez vous pouvez aller chez un diététicien, et madame x, elle m'a dit il faut inscrire au sport santé. Alors j'étais inscrite.

- d'autres se voient conseiller une activité sportive hors du dispositif sport santé. On observe que ce peut être une suggestion précise d'une activité, qu'on imagine en fonction de l'état de santé de la personne. Parfois c'est une reprise plus en douceur d'exercice physique de façon générale.

Madame L	Elle m'a dit c'est faire un peu de sport, marcher... je perds une dizaine de kilos, c'est super
-----------------	---

- d'autres encore sont adressés à des tiers. Il peut s'agir d'un nutritionniste, d'un chirurgien bariatrique, d'une cure, d'un endocrinologue.

Madame B	Oui je parle de ça mais il m'a dit qu'il y a quelqu'un pour ça
Monsieur T	J'explique ma situation et chaque fois madame x elle m'a envoyé chez les spécialistes ...
Madame X	C'est elle qui m'a dit qu'il faut que je voie avec un chirurgien mais que normalement mais normalement c'est pas remboursé du tout, c'est à mes frais

9 - Les limites des médecins traitants selon les patients

a - Les patients considèrent qu'il s'agit de leur responsabilité et non celle du médecin

On observe qu'une partie des personnes considèrent que la prise en charge du poids est avant tout de leur ressort. Dans ce cas, le médecin traitant n'aurait pas de place particulière pour les aider à perdre du poids. A noter le vocabulaire, qui à cette occasion est essentiellement négatif, de l'ordre de l'obligatoire, de la volonté personnelle, excluant par là même la nécessité/possibilité d'un tiers agissant.

Madame U	Si je veux maigrir, c'est à moi de faire des efforts, de reprendre une activité
Madame N	Je m'attends à pas grand-chose. C'est à moi de faire quelque chose pour mon surpoids
Madame X	Après c'est une volonté de chaque personne. Le médecin il peut vous donner des solutions, il peut vous donner des recettes, mais c'est à chacun de les appliquer et d'être raisonnable

b - Ce n'est pas de la compétence du médecin traitant

Pour d'autres patients, c'est une question dont le médecin traitant est complètement exclu. Ils disent qu'il ne présente pas les compétences nécessaires. On note que pour ces personnes, la notion de conseil prend presque un sens négatif.

Madame B	Pour perdre du poids, je pense pas, lui c'est un médecin généraliste et ça c'est plus des spécialités des diététiciennes
Madame D	Je pense pas que le médecin puisse faire grand-chose (...) je sais pas... peut-être un spécialiste mais je sais pas
Madame K	Non. Il peut donner des conseils mais pas m'aider sur le long terme (...) plus une nutritionniste je dirais, après le médecin traitant pour

	donner les bases, je sais qu'avec le docteur x on avait fait un point. Je notais ce que je mangeais mais c'est plus un nutritionniste qui mettra en place un régime alimentaire
Monsieur T	Je pensais qu'elle pouvait faire une ordonnance pour que j'aie pas à payer cette opération mais je pense qu'elle peut rien faire

c - Les conseils ne sont pas adaptés à l'attente des patients

Enfin certains ne remettent pas en cause la qualité et le rôle des conseils de leur médecin traitant, mais estiment que ces conseils ne sont pas adaptés à leur cas individuel . Que ce soit un problème de temps, une activité physique non adaptée à l'état de santé, ou encore des conseils qui paraissent "superficiels".

Monsieur R	Honnêtement je ne vois pas ... S'il aurait pu le faire il m'aurait déjà proposé autre chose (...) On a déjà abordé une fois... Une fois ça date. Il avait estimé que ce n'était pas tout à fait nécessaire qu'il fallait que moi-même je fasse l'effort
Madame BA	Elle doit s'en douter (<i>qu'elle ne répond pas à ses questions</i>) parce qu'à chaque fois que je consulte, à chaque fois ça ressort (...) J'y pense pas vraiment, Chaque fois j'y vais, chaque fois j'en parle. Mais un peu dans le vide

Madame C	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. C'est pas très faisable en ce moment
-----------------	--

10 - Autres interlocuteurs concernant le poids

Si les patients ne s'adressent pas toujours à leur médecin traitant pour avoir des conseils ou une aide concernant leur prise en charge pondérale, ils ont parfois une autre personne de référence, plus ou moins formée à la diététique.

a - Tiers appartenant à la profession médicale

Parfois les patients laissent la gestion du poids à une personne du milieu médical. Il peut s'agir d'un spécialiste, souvent un endocrinologue, ou un suivi dans un service hospitalier. Dans ce cas la gestion de leur poids est transférée à un autre que leur praticien habituel. Lors des rappels, les patients n'évoquent pas si la prise en charge par un autre praticien est perçue comme meilleure.

Madame A	Je suis traitée par un diabétologue j'appelle ça un diabétologue
Madame Y	C'était voir un endocrinologue

b - Appartenant au milieu para-médical

D'autres ont instauré un suivi de leur poids et de leur alimentation avec une nutritionniste ou une infirmière du dispositif Asalée (Action de Santé Libérale En Équipe). S'ils peuvent avoir des informations intéressantes, là aussi nous n'avons pas de retour concret sur la qualité de la prise en charge pondérale.

Madame S	Une nutritionniste je dirais
Madame C	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 (...) c'était intéressant dans le sens où il m'a expliqué les produits à marier ensemble on va dire (...) Après sur une année je sais pas si c'est nécessaire de se revoir tous les quinze jours. J'en sais rien...

c - Structure de soins au sens large

D'autres vont encore dans des centres qui proposent une aide à la remise en forme et à la perte de poids. Les retours sont plutôt positifs.

Monsieur Z	Je faisais du vélo vous connaissez ? ça s'appelle le centre alsacien du mieux être des séniors (...) Avec sport santé
-------------------	---

d - Référentiel en dehors d'une structure médicale

Enfin d'autres ont des conseils de personnes complètement en dehors du domaine de la santé, mais plutôt dans le domaine sportif, comme au sein des salles de sport. Ici on voit la limite de l'aide : le coach sportif renvoie vers une prise en charge médicale.

Madame X	Comme il m'a expliqué, vu que j'étais avec un coach sportif, il m'a dit c'est de la peau morte, ça s'enlèvera pas comme ça
-----------------	--

En synthèse, on observe que peu importe la relation que les patients ont avec leur médecin traitant, ou les attentes qu'ils ont pour les aider à prendre en charge leur poids ils ne sont pas pleinement satisfaits. En effet les conseils alimentaires sont peu productifs, quand une aide à la reprise d'une activité physique semble plus efficace.

D - Analyse et discussion

1 - Les limites de l'étude

a - Liées au recrutement de l'échantillon

Nous n'avons pu recontacter que les patients parlant français. Deux rappels ont été réalisés à l'aide de traducteurs. Cependant l'organisation était difficile à mettre en place : il s'agissait de coordonner les emplois du temps des personnes recontactées et des traducteurs. De plus, en écoutant les rappels traduits, nous nous sommes rendu compte que le rappel fait par un traducteur, non-professionnel de santé, est plus difficile à traiter. En raison de cette difficulté, nous avons dû écarter les patients ne parlant pas français. Or leurs habitudes de vie, alimentaires, d'activité physique ou de perception du poids peuvent être différentes et sont les moins bien documentées par la littérature, eut égard à la difficulté pour les chercheurs à atteindre ces populations. Nous avons donc ici un biais important.

L'autre donnée qui nous manque est celle concernant la relation que les patients ne parlant pas français ont avec leur médecin traitant. Nous ne savons pas ce qu'ils pensent de leur compétence pour les aider à perdre du poids, ni comment ils perçoivent les informations données.

Enfin, les patients qui n'ont pas souhaité que leur consultation soit enregistrée, ou qui n'ont pas souhaité être recontactés, induisent nécessairement un biais de sélection. Nous n'avons pu recontacter qu'environ un tiers des patients répondant à nos critères. Nous pouvons qu'imaginer que ceux qui ont accepté d'être recontactés sont les personnes les moins éloignées du soin, donc les plus satisfaites de leur médecin.

b - Limites liées aux médecins chez qui les enregistrements ont été réalisés

Nous avons recruté les médecins en deux temps :

- Les premiers médecins recrutés n'étaient pas au courant de notre sujet d'étude. La consultation enregistrée n'était donc pas biaisée par la subjectivité du praticien. Il ne faut pas pour autant négliger le fait qu'une tierce personne présente lors d'une consultation ainsi qu'un enregistrement peuvent changer la teneur d'une consultation.
- La seconde vague de médecins recrutés était au courant du sujet de notre étude. On peut penser que la question du poids a été abordée plus fréquemment lors de la consultation, ou encore la pesée plus fréquente.

c - Limites liées au type d'étude

Dans les études qualitatives, indépendamment de la qualité méthodologique, des biais peuvent exister du fait la qualité de l'information, dépendante (49) :

- du niveau scolaire pour les personnes recontactées
- de la capacité d'extraversion de la personne interrogée (association d'idées, capacité de penser, etc.)
- de la valeur de la généralisation de l'enquêté
- de la participation psychologique des pensées, c'est à dire des pensées automatiques que nous avons et qui peuvent influencer les émotions
- des mécanismes de protection que l'enquêté développe (fuite, rationalisation, projection, introjection, identification, oubli, etc.)

Ces limites théoriques ont été ressenties lors de cette étude, surtout en fonction du niveau scolaire des personnes contactées (non modifiables) et des mécanismes de protection que les personnes développent. De possibles rencontres répétées avec ces personnes pourraient leur permettre de diminuer l'importance des mécanismes de protection et permettre à l'enquêteur d'avoir un discours plus adapté à leur façon de penser.

Un autre biais induit par le type d'étude qualitative est la qualité de l'intervieweur à mener des entretiens. Nous avons effectué les rappels nous-mêmes. On sait que le style de conduite, le mode d'entretien, les mécanismes de défense, les propres opinions du chercheur peuvent beaucoup influencer la recherche. N'étant pas habitués à réaliser des entretiens téléphoniques et étant plusieurs interlocuteurs, on observe que la qualité des rappels et donc les informations contenues sont très variables. De plus, cela se combine avec les limites précédentes qui tiennent aux enquêtés : toutes les personnes recontactées n'ont pas la même

facilité à discuter et à se livrer. Les quantités d'informations obtenues varient selon les caractéristiques des deux interlocuteurs et leurs dispositions à interagir.

2 - Les forces de notre étude

Il s'agit d'une étude originale. Tout d'abord, c'est la première qui permette l'enregistrement audio d'un tel nombre de consultations de médecine générale. Ensuite, elle est pluri-méthode et collaborative ce qui est innovant. Elle s'appuie sur l'expertise de sociologues (Pr Bonah et le laboratoire SAGE) qui sont à l'origine du projet en partenariat et étroite collaboration avec le département de médecine générale de Strasbourg. Ce travail collaboratif de grande envergure permet d'aborder de façons diverses et complémentaires un problème médico-sociologique complexe.

Notre étude nous a permis de collecter beaucoup d'informations. En effet, nous avons eu un recueil de 480 consultations, nous permettant d'avoir un très grand échantillon pour ce type d'étude. De plus, nous avons une grande quantité de matériel collecté qui est audio, ce qui permet une utilisation future moins subjective que des données retranscrites sans support.

Même si le nombre de rappels est proportionnellement peu important au regard du nombre de personnes enregistrées en consultation, nous pouvons également en tirer des informations.

Nous avons par ailleurs lors de l'analyse de données, aussi appelée codage, fait une triangulation des données, c'est-à-dire que nous avons réalisé un double codage, pour éviter la

subjectivité et augmenter la pertinence des thèmes retenus. Pour chaque enregistrement codé, 2 internes ont travaillé séparément, puis les thèmes ont été fusionnés.

Tout le matériel collecté est également à disposition du département de médecine générale pour d'autres études futures.

3 - Discussion

a - La relation avec leur médecin traitant

Afin de parler de ce que les patients pensent de la prise en charge du poids par leur médecin traitant, il me paraît important d'analyser le cadre de la relation que les personnes ont avec leur généraliste. En effet, on se rend bien compte que, comme dans toute relation, la qualité du lien peut influencer l'acceptation de conseil, l'accueil de l'information, la confiance en la compétence du professionnel, etc.

Dans notre panel de personnes recontactées, on observe que chacun peut avoir une relation différente avec son médecin. La durée de relation, la fréquence ou le motif de consultation sont très variés. Nous l'avons également constaté lors de l'enregistrement des consultations. Intuitivement, nous pouvions deviner à la tonalité des échanges entre le patient et le médecin la force de la relation les liant ; il était rapidement possible de savoir si cette relation était ancienne et bien ancrée, ou récente et en voie de construction.

Malgré toutes ces différences, la plupart des patients se disent satisfaits de leur médecin traitant lors des rappels. Chacun trouve une caractéristique chez son médecin qui lui plaît comme exprimée ci-dessus. On peut imaginer que, comme dans de nombreuses professions, le côté professionnel, l'expertise, est gage de qualité ; mais les patients parlent aussi d'autres compétences du médecin qui sont primordiales à leurs yeux, comme l'importance d'un accueil sans préjugés, qui est du domaine du relationnel. Ceci est d'autant plus important que la population étudiée est précaire. Une partie de cette population est souvent d'origine étrangère, ou nouvellement arrivée en France ou en Europe. Le fait de se sentir "accueillie", quel que soit leur statut légal est très important pour les personnes concernées. Nous avons donc l'impression que l'ensemble des personnes qui consultent sont satisfaites de leur médecin traitant, quelle que soit la nature du lien entre patient et praticien.

Étonnement, les rares patients qui ont un avis négatif à propos des compétences professionnelles de leur médecin ou de ses qualités humaines modèrent finalement énormément leurs propos. En effet, l'on pourrait s'attendre à ce que les personnes non satisfaites le soient de façon claire et incisive, puisque leur santé est en jeu. Mais les propos que nous avons recueillis lors des rappels restent très policés, presque comme s'ils voulaient protéger leur praticien. Par exemple, certains patients se plaignent d'erreurs de la part de leur médecin traitant, mais ils ne le remettent pour autant pas en cause. Il peut y avoir un biais à ce sujet lors des rappels, puisque nous nous sommes présentés comme des étudiants en médecine. Cependant, il est très étonnant de noter qu'aucun des patients n'envisage de changer de médecin traitant, même s'ils n'en sont pas satisfaits. Un aspect de la relation semble presque familial. Ils semblent presque figés dans une relation qui peut ne pas les

satisfaisant, mais qu'ils doivent maintenir malgré eux. Les seuls cas de changement de médecin traitant notés lors des rappels étaient liés à des éloignements géographiques ou des départs à la retraite de médecin. Cette force du lien médecin-patient que j'ai pu constater lors de ce travail m'a étonnée. Cependant, il n'est pas possible de savoir si ce qu'ils déclarent correspond réellement à ce qu'ils pensent ou à ce qu'ils vont faire (par exemple : prévoir de consulter ailleurs).

La relation avec leur médecin traitant est donc une relation très importante et individualisée d'après les enquêtés. On comprend donc bien que cette relation très personnelle ne peut s'interrompre pour des motifs seulement "professionnels", comme une "erreur" ou une non satisfaction des demandes exprimées. Il s'agit ici de la relation décrite par Balint comme "la compagnie d'investissement mutuelle" : c'est sur cette base de satisfaction mutuelle et de frustration mutuelle qu'une relation unique s'établit entre l'omnipraticien et ceux de ses patients qui restent avec lui (50). Il est très difficile de décrire cette relation en termes psychologiques. " Il ne s'agit pas d'amour ou de respect mutuel, ou d'identification mutuelle ou d'amitié, bien que tous ces éléments soient présents dans la relation. [...] L'omnipraticien acquiert progressivement un précieux capital investi dans son patient et, réciproquement, le patient acquiert un précieux capital, qu'il dépose chez son praticien : c'est-à-dire le " capital (accumulé dans une relation de longue durée) qui ne doit pas être gaspillé, mais utilisé de manière que médecin et patient aient tous deux un bénéfice en retour" (selon Michael Balint, dans son ouvrage publié en 1960 "Le médecin, son malade et la maladie") (50). On retrouve d'ailleurs la notion de durée dans la définition de la médecine générale selon la WONCA : "elle utilise un mode de consultation spécifique qui

construit dans la durée une relation médecin-malade basée sur une communication appropriée.” (51).

Nous constatons donc que les relations qui unissent les patients particuliers de notre étude à leur médecin sont semblables aux autres relations qui lient l'ensemble des patients avec leur médecin comme le décrit Claude Richard, spécialisé en communication médecin-patient (52). Il s'agit en effet davantage d'une modulation de la relation médecin-patient que d'une relation unique qui serait théoriquement ou idéologiquement convenable à toutes les situations. Nous avons ici des variations du colloque singulier, vu comme la “rencontre d'une confiance et d'une conscience” expression fréquemment attribuée à Hippocrate, mais dont la paternité est désormais attribuée à Louis Portes (53). On observe cependant actuellement une variation de la place du médecin et ce colloque devient de plus en plus pluriel où le patient a la possibilité de s'intégrer dans des réseaux sociaux, d'échanger et de s'informer sur sa maladie. L'émergence de patients experts en est une des illustrations où il apporte au savoir académique du médecin un savoir expérientiel (54).

Montrer l'aspect personnel de cette relation est important pour la prise en charge spécifique du surpoids ou de l'obésité. En effet, pour les patients, le poids n'est pas vécu comme quelque chose d'objectif dans leur vie (en termes de kilos), mais de subjectif (en termes de ressenti). Comme Baptiste Gault le montre dans son travail de thèse, qui s'intéresse au ressenti du poids par les patients dans son sens large, le poids n'est pas une question de balance. Il s'agit avant tout d'un vécu des causes et des conséquences du poids au quotidien

qui impacte leur vie ; les patients parlent surtout de leur ressenti affectif et social, davantage que des complications médicales ou même physiques .

L'obésité est un sujet difficile à aborder avec les patients du fait d'une dimension psychosociale et culturelle importante. Aborder ce sujet peut mettre en péril une relation médecin-patient parfois construite de longue date, avec le risque d'impacts négatifs sur l'accès au soin et sur la santé. S'intéresser au ressenti des patients quant à la relation avec leur médecin et à la place qu'ils lui accordent dans la prise en charge des problèmes de poids permet d'évaluer l'efficacité, la pertinence, voir, selon le cas, la simple possibilité, de la réponse médicale faite à ce problème multifactoriel qu'est l'obésité.

b - Comment les patients abordent le sujet du poids

1 - La difficulté à s'exprimer au sujet du poids

Certains patients expriment leurs difficultés à discuter du poids avec leur médecin. Ils se présentent en deux catégories.

Pour une première catégorie, ils n'en parlent pas avec leur praticien parce que pour eux, leur surcharge pondérale est de leur "faute" ; c'est donc leur responsabilité de gérer le surpoids et pas celle de leur médecin. Contrairement à une autre pathologie qui serait contractée, dans les représentations des patients, par malchance ou en raison de facteurs qui ne relèvent pas de leur responsabilité, justifiant alors l'appel à un professionnel responsable des problèmes de santé. Ce qui est curieux, de mon point de vue médical, c'est que pour eux

le poids est vraiment une source de culpabilité, puisqu'ils expriment une notion de faute, d'erreur. La formulation utilisée est très négative. Donc dans leur logique si c'est de leur responsabilité, ils doivent trouver la solution seuls, sans aide extérieure. Ils ne mettent d'ailleurs pas en doute la compétence du médecin. Pour eux il pourrait les aider, mais c'est comme s'ils ne s'en sentaient pas dignes.

Le sentiment de culpabilité semble prégnant chez les patients, il faut donc veiller à ne pas l'exacerber lors de la prise en charge, au risque d'être plus délétère que constructif.

Une autre observation faite lors des rappels est le fait que les personnes qui se sentent le plus libre de parler à leur médecin en manière générale sont celles qui disent ressentir des difficultés à évoquer ce sujet particulier. Ce qui semble confirmer que la question du poids n'est pas un sujet médical comme les autres. On sait déjà que parmi les soignants il existe des décalage de la représentation du poids : quand les endocrinologues, médecins nutritionnistes et diététiciens tendent à parler de la responsabilité du patient; les généralistes et les psychologues insistent sur la dimension sociale du poids. Mais des incompréhensions importantes subsistent également entre le groupe le plus proche des représentations des soignés - les généralistes - et les individus concernés - les patients. Le manque de thérapie efficace et sa prise en charge complexe associés à une vision péjorative de l'obésité peuvent expliquer ces désaccords (36). Mais en parallèle de cette incompréhension existante, on note aussi un certain évitement du sujet de la part de professionnel de santé. Dans l'étude INTERMEDE réalisée entre 2006 et 2007 en France, portant sur l'interaction entre médecin, malade et les inégalités sociales de santé, on observe aussi un évitement du sujet. Les

enregistrements de consultations dans des cabinets de médecine générale mettent en valeur l'absence de prise en compte du surpoids dans l'ensemble des consultations observées et dans l'évitement ou le contournement du sujet (55).

La seconde catégorie de patients est constituée de personnes qui disent ne pas avoir de problème à évoquer le poids avec leur médecin traitant, qu'ils peuvent être aidés et acceptent de recevoir des conseils. Cependant, pour beaucoup d'entre eux, ils ne parlent pas non plus du poids avec leur médecin, car pour eux ce n'est pas une priorité ; ils "oublient" d'en parler. Nous pouvons alors nous demander si c'est parce qu'ils vivent "bien" leur poids que celui-ci n'est pas un "motif de consultation"; ou si le poids n'est simplement pas une question médicale à leurs yeux. Ces personnes pensent généralement que la prise en charge du poids ne requiert pas de compétence médicale : même s'ils sont préoccupés par ce problème ce n'est pas à un médecin qu'ils cherchent à s'adresser. Nous n'avons jamais mis en évidence dans notre recueil de données que la durée ou la qualité de la relation avec leur médecin auraient pu limiter la parole des patients quant à la problématique du poids. Mais encore une fois, il faut garder à l'esprit que les patients que nous avons appelés étaient très positifs à propos de leur généraliste et qu'un éventuel biais de désirabilité peut être à l'œuvre.

Ce refus, inconscient peut-être, de parler du poids avec leur médecin est intéressant à analyser pour chacune des deux catégories de patients que nous avons construites. Est-ce lié dans les deux cas à ce sentiment de culpabilité que nous avons relevé ? Se sentant "coupables", les patients éviteraient d'évoquer leur poids en consultation, privilégiant d'autres sujets perçus comme plus légitimes ? La notion de culpabilité quant à l'obésité existe depuis longtemps. Un écrit d'Elie de Beaumont, avocat français connu pour son rôle dans

l'affaire Calas, datant de la seconde moitié du XVIIIème siècle le montre déjà. Il se plaint de "grosseur" et de fatigue, mais ce qui est marquant c'est qu'il évoque le regret de ne pouvoir suivre le régime attendu (56). Il s'agit d'un des premiers témoignages du ressenti des obèses qui recoupe les témoignages contemporains sur l'échec culpabilisant à se conformer aux injonctions médicales et sociales.

En parallèle, on sait qu'aborder la question du poids n'est jamais anodin dans notre société valorisant la minceur comme marqueur de réussite sociale et personnelle. Dans une étude réalisée dans la région Rhône-Alpes en 2013 sous forme de *focus groups* auprès d'adultes jeunes en surpoids et de médecins généralistes, les patients en surpoids jugent l'approche de leur médecin souvent blessante et maladroite. Ils dénoncent un manque d'empathie et des attitudes parfois culpabilisantes. Cette approche peut être vécue comme stigmatisante par les sujets en surpoids. Elle fait alors obstacle à un travail d'acceptation de soi et peut entraver la relation médecin-malade (57). Les critères objectifs comme la pesée et le calcul de l'IMC peuvent être perçus comme trop stéréotypés, renvoyant à des normes sociétales stigmatisantes dont la référence reste la minceur. Une approche qui serait trop stéréotypée, voyant le problème du poids comme un problème uniquement interne et donc modifiable par le patient sans prendre en compte son environnement social pourrait être vécu comme stigmatisante.

2 - La facilité à s'exprimer sur le sujet du poids

Certains patients disent qu'aborder la question du poids en consultation n'est pas nécessaire pour eux, soit parce qu'à leurs yeux il ne s'agit tout simplement pas d'un

problème, soit parce que cela ne leur semble pas pertinent bien qu'ils vivent leur poids comme quelque chose de problématique. Ce qui est intrigant c'est que lors des rappels les patients qui disent n'avoir aucun problème à parler de leur poids ne sont pas ceux qui se définissent comme ceux qui sont ouverts à aborder n'importe quel sujet en consultation. Cela donne le sentiment que parler du poids lors des consultations ne fait pas partie de leurs représentations de ce qu'il est légitime d'évoquer avec leur médecin.

Au contraire, on note que ces personnes qui évoquent (facilement) le poids lors des rappels se le représentent comme un sujet médical au même titre qu'un autre. Ces patients mettent en avant les conseils diététiques du médecin qui a pu les aider à un moment. Ou encore, qui a pu leur éviter de s'engager dans des pratiques alimentaires non conformes aux recommandations sanitaires.

D'autres personnes mettent en avant le fait de connaître leur médecin depuis longtemps, dans une relation de confiance installée, ou encore que ce dernier connaît suffisamment bien leur vie pour voir ce qui se cache derrière cet excès pondéral. La phrase d'un des entretiens est très parlante quand la patiente évoque le poids qu'elle porte comme non "dû à une mauvaise alimentation, mais à une souffrance". Cela suppose une vraie connaissance de l'histoire de la vie des patients, donc une relation assez proche et attentive. Ce point-là est exploré dans le projet FETOMP 2 où l'immersion dans le quartier permet d'avoir une connaissance plus approfondie de l'histoire des patients, sous forme d'entretiens qualitatifs et de monographie. Mais on observe là une dichotomie. Les gens se disant les plus satisfaits de l'accueil qu'ils peuvent recevoir en consultation, d'une qualité d'écoute, d'une

approche conforme à leur attente, ne sont pas systématiquement ceux qui abordent cette question du poids le plus facilement. Il ressort donc de nos travaux que le poids est décidément un sujet à part dans la relation de soin.

L'étude de 2013 citée plus tôt nous montre que la grande majorité des patients avait, avec du recul, apprécié le fait de parler du poids en consultation, voire en exprimait un vécu bénéfique ultérieur, bien qu'au moment où il avait été évoqué avec le praticien, cet épisode a été plutôt ressenti négativement. Ceux qui vivaient négativement à postériori cette évocation n'étaient que des femmes, qui avaient une vision péjorative de leur poids. Elles parlaient alors du retentissement social, personnel et familial de leur poids (57). Enfin, cette étude mettait en évidence que parler du poids en consultation pouvait être difficile, mais qu'il en ressortait un bénéfice ultérieur pour les patients. Il convient donc de ne pas éviter ce sujet, mais de réfléchir à des manières bienveillantes de l'aborder pour minimiser les sentiments négatifs qui peuvent mettre en danger la relation de soins.

Ce qui ressort de nos entretiens est qu'aborder la question du poids en consultation semble effectivement difficile et dépend beaucoup des limites personnelles des patients. Ces hésitations ne sont pas forcément en lien avec la qualité de la relation qu'ils ont construite avec le médecin qui s'occupe d'eux actuellement, mais plutôt parce qu'ils auraient pu subir des remarques vécues comme insultantes de la part d'autres médecins consultés auparavant. En effet, certains patients anticipent des retours négatifs vis-à-vis de leur poids. Ce peut être un mécanisme de protection quand ils ont déjà reçu des remarques discriminantes, stigmatisantes ou qu'ils ont considérées comme déplacées (58). Des listes de médecins

grossophobes font d'ailleurs l'objet d'un recensement par leurs « victimes » sur des sites Internet (59). Une cinquantaine de médecins et d'autres professionnels de santé sont publiquement montrés du doigt pour avoir eu un comportement anti-gros en consultation. Est également rapportée la crainte de "l'erreur de diagnostic" quand ces patients viennent avec un problème de santé non lié à leur statut pondéral et repartent avec une injonction au régime. Il ne s'agit donc pas forcément de la qualité du lien avec leur médecin actuel qui est impliqué, mais une "histoire médicale du poids" globale. Le rôle du médecin traitant est d'accompagner le patient dans cette démarche d'évocation du poids. En parallèle, d'autres patients n'ont pas cette limite et arrivent à parler du poids dès le premier contact avec un médecin. On pourrait extrapoler en suggérant que la facilité à évoquer le poids vient surtout de la vision qu'a le patient de son poids, selon son histoire médicale et ses représentations sociales, et non de ce que le médecin peut en dire ; le patient est moteur et le médecin ne peut qu'accompagner la démarche. Ceci pourrait être vécu par les médecins comme une minimisation de leur rôle, pourtant lutter contre les stigmatisations du quotidien en adoptant une attitude d'écoute empathique semble une piste pour libérer la parole des patients sur les problèmes de poids. Être neutre pour aborder le sujet et suivre le rythme du patient peut aider les professionnels de santé à minimiser les remarques vécues comme blessantes par les patients.

3 - Problème vis-à-vis du médecin

Peu d'enquêtés disent avoir un doute sur la compétence de leur médecin à traiter du surpoids, ce qui est à mettre en perspective avec les médecins qui estiment de leur côté qu'ils ne sont pas suffisamment formés pour la prise en charge nutritionnelle (60).

Pour rappel, Matthieu Burger dans sa thèse (FETOMP, thèse bibliographique) évoque l'un des freins à la perte de poids perçue par les médecins : les patients ont un manque de motivation. On observe ici et dans les travaux effectués par Baptiste Gault et Déborah Fontes (avec qui je partage mon échantillon de patients) que les patients peuvent en effet paraître peu ou non motivés.

Une des personnes recontactées, qui venait de changer de médecin traitant, émettait un doute sur les compétences de son nouveau praticien, mais le propos était modéré par la nouveauté de la relation instaurée.

D'autres patients évoquaient le fait de discuter du surpoids avec leur médecin, mais sans pour autant recevoir des réponses satisfaisantes à leurs questions. Ils trouvaient que les informations données par leur médecin n'étaient pas suffisantes ou pas adaptées à leurs demandes. Ils précisaient bien qu'en parler ne leur posait pas de problème, mais ils se sentaient déçus des réponses apportées. Chez ces patients, on observe ce qui a déjà été décrit ailleurs : la majorité des patients, particulièrement ceux en surpoids ou obèses souhaitent bénéficier de plus d'aides pour la prise en charge du poids de la part de leur médecin en soins primaires (61). Ils souhaitent en premier lieu des conseils alimentaires. Or les études sur l'obésité, montrent un taux d'efficacité des régimes à long terme de maximum 15%. Ce résultat correspond au meilleur scénario possible, puisque seules les personnes les plus motivées acceptent un suivi à long terme (62). Nous sommes donc en face d'un paradoxe : le régime est si ancrée dans les représentations du traitement de l'obésité que les personnes, même ayant déjà expérimentées l'échec des régimes, en redemandent car elles sont démunies face à leur surpoids. En second lieu, ils demandent une aide pour fixer une perte de poids raisonnable et enfin des recommandations pour l'activité physique (61).

On voit aussi une déception des patients liée au fait de n'avoir aucune proposition concrète de la part de leur médecin pour les aider à perdre du poids. Et par concrète, nous entendons une ordonnance, une prescription pour du sport ou un adressage à un autre professionnel de santé. Il ne faut pas négliger le désir du patient de sortir d'une consultation avec une ordonnance papier. Dans un travail de thèse sur le fonctionnement de la triangulation entre le patient, le médecin généraliste et le réseau OSEAN (Obésité Sévère de l'Enfant et de l'Adulte en Nord/Pas-de-Calais) on constate que les patients peuvent reprocher à leur médecin un manque d'intérêt pour la prise en charge pondérale. En parallèle, ceux-ci trouvent que le poids n'est pas non plus une mesure neutre et qu'il peut à ce titre fragiliser leur relation avec le malade, compromettant un suivi ultérieur (63). Les médecins regrettent également de n'avoir que des règles hygiéno-diététiques à proposer. Ils ressentent une insatisfaction professionnelle sur la prise en charge du poids. De plus, il y a une certaine notion de "manque de noblesse" dans la prise en charge de l'obésité qui justifie le fait que certains soignants ne s'occupent pas de cette pathologie, que certains qualifient de "maladie sociale" (36).

Les conseils hygiéno-diététiques, sont perçus comme des armes de prévention par les médecins, mais ils peuvent avoir un impact différent selon les patients. Pour certains, les conseils revêtent un aspect négatif : ce ne sont "**que** des conseils" en opposition à une attente d'action, symbolisée par l'ordonnance. Pour d'autres, les conseils reçus ont été mis à profit par les patients qui disent que ceux-ci ont été bénéfiques et leur ont permis de perdre du poids.

La question qui nous est posée en tant que professionnel de santé est la suivante : les messages de prévention que nous avons appris à transmettre durant nos années d'études sont-ils adaptés à tous ? Arrivons-nous à reformuler les informations que nous donnons pour qu'elles soient à la fois accessibles et pertinentes pour le patient ? Ou encore : Comment arriver à répondre à leurs interrogations, voire même leurs inquiétudes qui sont souvent très différentes des nôtres, formatées par une formation qu'ils n'ont pas reçue ? Comment faire de la prévention dans une population qui ne se projette pas dans un avenir à long terme faute de moyen ? D'autant que l'appréciation de ce qu'est un conseil pertinent ainsi que de la frontière entre « simple conseil » et actions de prise en charge varie selon l'histoire et les représentations des patients.

Il existe une différence de point de vue concernant le poids entre les patients et les médecins, ceci peut entraîner des malentendus et augmente la difficulté de la prise en charge. La définition de l'obésité est déjà sujette à controverse : quantifiable et soumise à des seuils pour les médecins, plus subjective pour les patients qui tiennent compte de l'idée de bien-être psycho-social (64). Son étiologie est définie comme intrinsèque pour les médecins (46) et plutôt extrinsèque pour les patients (65). Tous ces points de divergence expliquent que le "traitement" de l'obésité n'est pas simple : si les causes et les conséquences ne font pas consensus entre les protagonistes il semble logique que la prise en charge ne puisse pas être unique et descendante du médecin vers le patient. On note aussi que dans les catégories modestes ou précaires les personnes concernées préfèrent mettre en oeuvre des méthodes testées par des personnes qui leur ressemblent socioculturellement parlant (66). Ils sont en effet dans le même paradigme alimentaire : ce qui fonctionne pour des personnes qui leur

ressemblent à plus de chance de fonctionner pour eux, ils peuvent ainsi éviter de se trouver dans une relation de domination souvent moralisatrice sur cette question intime qu'est le poids.

c - Ce que les patients retiennent de la prise en charge du médecin

1 - Ce que les médecins proposent

On voit que les médecins de notre échantillon proposent plusieurs modalités de prise en charge au patient : le régime alimentaire, l'activité physique, une prescription pour le dispositif Sport Santé ou encore une orientation vers un spécialiste. Est-ce semblable à ce que décrit la littérature ?

D'après la sociologue Solène Carof, 50 à 98 % des médecins proposent des régimes amaigrissants alors même que les patients pensent que ces régimes ne fonctionnent pas et qu'ils n'arrivent pas à les appliquer (61). De plus, les patients disent en général connaître les règles alimentaires à suivre (61), le problème étant plutôt d'arriver à les mettre en pratique sur le long terme. On observe chez les personnes interrogées une lassitude qui peut venir d'une non-efficacité des conseils donnés et de leurs difficultés à les appliquer. Ils évoquent souvent ce moment où la frustration alimentaire prend le pas sur la volonté de s'en tenir à une alimentation équilibrée. Dans nos résultats nous ne retrouvons pas non plus de retour positif sur les conseils alimentaires donnés par les médecins.

En parallèle, dans la thèse FETOMP de Déborah Fontès il est mis en avant que les conseils pour la prise en charge de l'obésité sont surtout donnés à propos de l'alimentation. Or il ne s'agit pas, pour les patients, de la cause la plus fréquente expliquant leur prise de poids. On peut avoir une explication dans l'article "obésité, goûts et consommation" (27). Ce serait surtout la dimension économique qui limiterait un changement dans l'alimentation : une "bonne" alimentation coûte plus cher. La notion du prix de la calorie est aussi à prendre en compte. Dans les milieux précaires, l'alimentation ayant avant tout une fonction nourricière, prendre de la "force", et donc des calories, est valorisé. Par exemple, si la différence de prix entre des légumes ou des pâtes peut sembler peu importante, l'apport en calorie est beaucoup plus important pour les pâtes, le prix de la calorie est donc plus faible pour une même quantité ; les pâtes seront privilégiées. Cet article explique aussi que dans les milieux précaires bien manger signifie manger ce qui est bon au goût. La minceur y est vue comme de l'esthétique et non relevant de la santé. L'alimentation est aussi le premier luxe accessible, l'abondance à table étant un signe d'intégration sociale. Sous cet éclairage, nous pouvons comprendre pourquoi les conseils alimentaires ne fonctionnent pas et ne sont pas bien reçus. Les médecins demandent aux patients de se priver de leur - parfois - seule richesse.

De plus, en mettant l'accent sur le rôle de l'alimentation dans la prise de poids, les médecins peuvent être stigmatisants à leur insu, en occultant toute la part psychosociale de la genèse du problème et en délivrant un message déconnecté de la réalité du terrain. Ils peuvent utiliser des mots empruntés au registre de la morale : "bien" manger, manger "sainement", "mal" manger, ce n'est "pas sérieux" ; les patients sont renvoyés à leurs responsabilités individuelles. L'implicite perçu dans ce discours médical est qu'il est facile de bien manger ; si le patient ne le fait pas c'est de la mauvaise volonté ou un manque de volonté. Tout ceci

véhicule un message : chacun a le corps qu'il mérite, qu'il se fabrique (67). Or, les patients attendent des médecins de l'écoute et du respect et non un jugement de valeur (67). Sous prétexte de prévention, le médecin pourrait être en fait contre-productif et stigmatisant. L'émission LSD (La Série Documentaire) diffusée sur France Inter du 18/11/2019 au 21/12/2019, donnait la parole à des adultes et des adolescents en situation d'obésité. Ces personnes mettaient l'accent sur la composante émotionnelle de l'alimentation. Elles décrivaient comment la prise de poids est souvent secondaire à des événements de vie. Le poids prend alors une signification différente. Il ne peut être pris en charge dans sa globalité sans prendre en compte l'histoire de vie - et de poids - du patient.

Un autre aspect présent dans la thèse de Déborah Fontes est que le poids est souvent évoqué à l'occasion de la pesée ou au détour d'une complication liée à la prise de poids : une hypercholestérolémie, une hyperglycémie, etc. On observe également qu'une seule personne du corpus d'enquête est venue en consultation spécifiquement pour parler du poids, les autres avaient des motifs de consultation différents.

Il s'agit d'une différence importante comparativement à ce que disent les patients lors des rappels téléphoniques : une partie se dit en effet à l'aise avec le fait d'évoquer le poids avec leur médecin, mais il ne s'agit pas pour autant d'un motif de consultation. C'est un paradoxe entre le discours des patients et leurs pratiques réelles.

Un autre aspect qui m'interpelle est le vocabulaire utilisé. Le vocabulaire utilisé pour donner des conseils alimentaires recourt au champ lexical de la perte. Les praticiens utilisent essentiellement un vocabulaire de l'ordre de la restriction. Ils demandent aux patients d'*enlever* un type d'alimentation qui leur plaît. Ils demandent de *diminuer* les portions, de ne *pas manger* entre les repas, etc. On demande à une population précaire, pour qui l'opulence

alimentaire à une valeur particulière, de ne pas garder ce “plaisir”(27). Or on observe que c’est ce que les patients n’arrivent pas à mettre en place sur la durée selon eux.

Au contraire lorsque les médecins proposent de débiter ou renforcer une activité physique, le champ lexical est beaucoup plus dans l’augmentation. Dans le sens où on leur propose *d’ajouter* quelque chose dans leur vie et non de diminuer ce qu’ils ont de disponible. Et dans le retour des patients on voit qu’il y a un meilleur retour pour une activité en plus que pour une proposition d’élément en moins.

Les patients reçoivent donc en parallèle des recommandations alimentaires des conseils pour débiter ou augmenter leur activité physique, 2^{ème} grand levier de prise en charge communément admis pour l’obésité. À ce propos, les retours de notre échantillon sont très partagés. Pour certains patients, ces conseils étaient très efficaces, ils ont connu une perte de poids conséquente. Pour d’autres, ils ont reçu des conseils d’activité sportive qu’ils ne peuvent pas mettre en pratique. Le risque est là encore de fragiliser la relation soignant – patient par un sentiment de disqualification sociale. Pour les populations qui sont, pour diverses raisons, éloignées de la pratique d’activité physique, l’injonction au sport ne suffit pas. L’accompagnement personnalisé dans la reprise du sport est nécessaire. Ceci peut interroger sur l’évaluation que font les médecins de l’état de santé de leur patient avant la reprise d’une activité physique. Il serait en effet intéressant d’évaluer les capacités de chaque patients, de trouver avec eux un sport adapté à leur(s) pathologie(s) et à leur budget. Mais en réalité les médecins généralistes n’ont ni le temps ni la formation adéquate pour répondre à ce besoin (60). De plus, la distance sociale entre les médecins et les personnes précaires peut avoir un impact sur le rapport au sport et sur son coût. Les patients peuvent en effet avoir besoin d’aide pour s’orienter. C’est en partie devant ce constat que la ville de Strasbourg a

imaginé le dispositif « sport santé sur ordonnance ». Ce dispositif existe depuis novembre 2012. Il concerne les habitants de Strasbourg qui présentent au moins une des caractéristiques suivantes : un IMC supérieur à 30, un diabète de type 2, une ou des maladies cardio-vasculaires stabilisées, un cancer du sein et/ou du côlon en rémission depuis 6 mois, ainsi que les personnes âgées fragilisées dans le cadre de la prévention des chutes (68). Une ordonnance du médecin traitant permet d'avoir accès à ce programme qui accompagne la reprise d'une activité physique, adaptée à l'état de santé, aux envies et aux moyens financiers de chaque individu.

Nos résultats montrent que ce dispositif encadrant la reprise du sport est très apprécié, car les patients se sentent doublement accompagnés. D'une part parce qu'ils ont eu une prescription, ce qui est pour eux une action concrète du médecin, et non un simple conseil. Ils sortent de consultation avec une ordonnance - un « vrai » traitement selon leurs représentations - ce qui leur permet de prendre contact avec l'équipe sport-santé. Ensuite, ils sont suivis par des éducateurs sportifs, afin de trouver l'activité sportive qui sera adaptée à leurs capacités et leurs envies. C'est donc pour les patients une aide tangible à la reprise d'une activité physique. D'autant que cette initiative locale se veut ouverte à tous, proposant une gratuité intégrale la 1^{re} année, puis une tarification solidaire pour les suivantes. On retrouve un schéma déjà décrit où Sport Santé répond à une demande concrète d'un patient qui s'engage alors dans un projet thérapeutique avec une prise en charge codifiée. Le patient reste initialement dans sa position de personne malade, n'engageant pas de « changement de vie » il reste dans sa position de patient. Par la suite, la reprise d'une activité physique en collectivité, suite à une décision personnelle, nécessitant une implication personnelle, sociale, communautaire lui permet d'intégrer de nouveaux horizons, de se vivre comme ayant des capacités et non plus seulement comme une personne limitée par la maladie (69). Ces

différentes phases d'engagements se succèdent selon un continuum où s'affirme simultanément une recherche croissante d'autonomie par rapports aux prescriptions médicales, une attention au corps et un développement du réseau relationnel par l'activité physique en collectivité (70). On observe d'ailleurs que certains arrivent à maintenir une activité physique si elle est réalisée en groupe. La participation majoritaire de personnes issues des classes populaires de la ville dans Sport Santé nous rappelle qu'il ne faut pas négliger l'implication financière chez une population précaire qui n'a pas nécessairement les moyens de s'inscrire pour des activités payantes, comme en club.

Enfin, dernier versant de prise en charge qui a été mentionné : certains patients ont aussi été adressés à des tiers pour s'occuper de leur surpoids (centres de soins, chirurgiens ou autres). Là les retours sont très flous. Ils n'évoquent pas lors des rappels la prise en charge proposée par d'autres intervenants de santé. Ils ne parlent pas en termes clairs des prises en charge effectuées par d'autres. On ne sait pas s'ils veulent une prise en charge davantage coordonnée par leur praticien ou moins d'intermédiaires. La littérature évoque le fait que les patients préféreraient s'adresser à des coachs personnels, des diététiciennes et des centres spécialisés (71). Ce sujet n'a peut-être pas été développé par les patients sachant que nous étions en contact avec leur médecin traitant. De plus chez des sujets précaires, recourir à ce type de professionnel peut être limité par une question de coût, ou de connaissance de l'existence de ces possibilités.

Certains patients expliquent avoir un suivi nutritionnel entièrement indépendant du médecin traitant. Ce suivi peut être réalisé par un endocrinologue, même si c'est le médecin

généraliste qui l'adresse initialement, par un service hospitalier, voire des infirmières. Le médecin traitant est ainsi dessaisi de la question du poids, soit parce que cette question n'est pas perçue comme étant de son ressort, soit les antécédents ont montré que ses conseils sont peu efficaces, soit le patient évite ainsi de le mettre en échec.

On a vu que les informations proposées par les MG, qui traitent d'alimentation et d'activité physique, ne sont pas bien acceptées par les patients précaires, car trop abstraites et éloignées de leurs conditions matérielles d'existence - en particulier concernant l'alimentation. Dès lors, la question est de savoir où les patients en surpoids peuvent trouver des ressources satisfaisantes pour essayer de mettre en place une prise en charge autonome des professionnels de santé quand ils ne veulent pas les impliquer sur le sujet du poids.

Très peu nous disent consulter des informations sur Internet ou avec beaucoup de réserve. Or les patients cherchent souvent des réponses à leurs questions médicales sur Internet comme on peut le voir lors des consultations, et dans l'étude Baromètre Santé de 2014 réalisé sur quinze milles personnes représentatives de la population française. Il est montré que 68 % des français disent utiliser internet à des fins médicales, même si ce chiffre varie en fonction de l'âge, du genre et du statut social. Concernant la prévention et les déterminants de santé la nutrition vient en tête et représente 40 % des recherches de santé effectués (72). Ces données ne se retrouvent pas lors des rappels que nous avons effectués. Les patients précisent même qu'ils s'en méfient et qu'ils ont peur de faire de mauvaises associations alimentaires ou des prises en charge nutritionnelles hasardeuses.

2 - Les limites des médecins traitants perçues par les patients

Nous mettrons ici de côté les patients qui pensent que la question du contrôle du poids ne concerne qu'eux et non leurs médecins pour nous concentrer sur les limites perçues par ceux qui voudraient que leur surpoids bénéficie d'une prise en charge généraliste.

Une partie des personnes interrogées considère que le médecin n'a pas les compétences pour les aider à perdre du poids, comme rapporté précédemment. On peut faire l'hypothèse qu'ils le regrettent, mais reconnaissent les limites d'un professionnel, ce qui ne remet pas en cause la pertinence de son expertise pour le reste du suivi de ville. Ils pensent que c'est davantage le rôle d'un diététicien et que s'ils peuvent donner des conseils ou orienter, les généralistes ne peuvent assurer une prise en charge et un suivi sur le long terme adapté pour le surpoids. Ce résultat correspond aux données de la littérature qui indiquent que les patients reprochent aux médecins un manque d'intérêt et de compétence pour la prise en charge de leur surcharge pondérale (63). Il apparaît donc important que les médecins soient plus empathiques envers ces patients, montrant leur intérêt à ce qu'ils vivent et comme le disait Albert Stunkard un des pionniers dans la recherche sur l'obésité "Comme pour toute maladie chronique, nous avons rarement l'occasion de guérir, mais nous avons celle de traiter le patient avec respect. Une telle expérience peut être le plus beau cadeau qu'un médecin peut offrir à un patient obèse" (73). Il est en effet possible de décorrélérer la compétence à faire perdre du poids et l'intérêt portée à la question pondérale afin que le patient se sente écouté, ce qui ne peut qu'être bénéfique pour son estime de lui, qui fait partie de la santé psychique, ainsi que pour sa relation avec l'univers soignant.

D'autres encore n'ont pas reçu d'informations adaptées, dans le sens "ajustées à leurs capacités". Il faudrait étudier les consultations où la question du poids est directement abordée et évaluer le niveau de compréhension des patients concernant ce que les médecins leur expliquent. Cela permettrait de comprendre si le problème se situe au niveau d'une transmission insuffisamment claire et vulgarisée, ou si c'est toute l'approche des préconisations pondérales qui est à revoir. Surtout, il faudrait observer si les médecins questionnent les patients à propos de ce qui est réalisable pour eux. Le sentiment que l'on peut avoir en écoutant les patients, c'est qu'à la question « comment puis-je perdre du poids » nous répondons par ce que nous avons appris : équilibre entre apports et dépenses énergétiques, hors-sol. Peut-être devrions-nous d'abord leur répondre « qu'est-ce qui vous pose problème par rapport à votre poids ? », puis "qu'êtes-vous prêt à faire ?" ou "qu'est-ce qu'il vous est possible de faire ?". En effet, le fait de ne pas s'adapter à nos patients en ne leur donnant pas de conseils de vie utilisable dans leur contexte quotidien peut expliquer que certains patients ne nous trouvent pas compétents ou que nos conseils ne fonctionnent pas, en plus d'être stigmatisants. En tant que médecin, il est probable que nous répondions à nos propres interrogations médicales et non aux leurs. L'hypothèse d'un « manque de volonté » ne tient pas quand on sait que la majorité des patients, surtout obèses ou en surpoids, disent vouloir bénéficier de plus d'aide pour la prise en charge pondérale qu'ils n'en reçoivent de la part leur médecin (61).

La thèse de Baptiste Gault étudie la vision qu'ont les patients de leur poids à partir des mêmes rappels téléphonique que j'ai analysé pour mon travail. Dans ses résultats, les causes

du surpoids et de l'obésité évoquées par les patients sont très diverses : stress, mode de vie, environnement délétère, culture, normes de bonne santé différentes ... Pourtant, lorsqu'on leur demande ce que le médecin leur a proposé pour perdre du poids, ils parlent uniquement de conseils alimentaires - peu efficaces- et de conseils de reprise d'activité physique. Un témoignage anonyme recueilli sur le site du gras politique résume ce constat : « *Je suis arrivée chez mon médecin avec des problèmes et un mal-être et j'en suis repartie avec un régime* ». Cette idée est très répandue dans la population générale, et on trouve même des citations de célébrités qui y font référence. Ainsi Jacques Dutronc dans le livre « pensées et répliques » dit : « *Mon médecin me répète sans arrêt que je fume trop. La médecine s'est beaucoup simplifiée ces derniers temps, tout le monde peut devenir médecin maintenant. Répétez après moi : « Vous devriez vous arrêter de fumer. Vous devriez vous arrêter de boire. Vous devriez éviter de manger gras »*(74).

Baptiste Gault met donc en lumière une des différences importantes entre la vision du poids du médecin et du patient. En effet, pour les patients la prise de poids est souvent due à l'environnement : que ce soit le stress, que l'on retrouve très fréquemment, la fatigue, le manque de temps... comme dit précédemment. Avec ce contexte de stress, et donc de mal être psychologique chez ces patients, nous avons des arguments en plus pour promouvoir l'activité physique. En effet, nous savons que le sport a un effet positif sur le moral. Une étude récente, réalisée entre 2011 et 2015 aux Etats-Unis sur plus d'un million de sujet, parle du bénéfice psychologique dans la réalisation d'une activité sportive, modérée ou intense de 45 min trois fois par semaine. Au-delà, une activité physique supplémentaire ne montre pas une amélioration de la santé mentale additionnelle (75). Dès lors, il est encourageant de voir qu'une activité modérée, donc réaliste, est déjà susceptible d'aider les patients, si ce n'est sur

le poids, au moins sur le terrain de la santé mentale qui est elle-même corrélée au surpoids (si tu as une référence la dessus).

Ceci peut être d'autant plus important que les principales conséquences perçues du poids pour les patients ne sont pas de l'ordre de la santé, mais de l'esthétique, de la dimension sociale, du vécu et qu'il peut entraîner une moins bonne santé mentale, qui elle-même augmente le mal être des patients et augmente leur stress et les poussent à manger plus ou moins bien nutritionnellement parlant. Notre société est dans une norme de la minceur qui impose de ne pas être gros ou au moins de ne pas en parler.

En tant que médecins, nous répondons finalement à côté des questions des patients. Nous ne laissons pas assez de place à l'écoute de leurs inquiétudes, en nous concentrant sur les questions qui nous sont propres. Nous l'avons déjà évoqué précédemment, mais une piste à développer pour les médecins généralistes dans la prise en charge du poids est probablement l'écoute active plutôt que les conseils schématiques. Afin d'assurer un suivi adapté, il nous faut être accessibles à la façon de catégoriser les causes de surpoids qui ne rentrent pas dans la façon médicale d'appréhender cette pathologie, mais qui sont pertinentes pour nos patients. À partir de leurs représentations, en nous gardant de porter un jugement sur ces dernières, nous pouvons espérer ouvrir un dialogue, peut-être éclaircir certaines idées reçues, mais sans disqualifier leurs points de vue qui, comme les nôtres, sont socialement construits et pertinents dans la logique de pensée propre à notre socialisation.

Nous sommes donc face à deux logiques différentes et difficilement conciliables pour appréhender l'obésité, l'une médicale et purement biologique, l'autre intégrée dans des logiques sociales multiples, complexes et parfois contradictoires. Il semble donc en l'état

inévitable qu'il y ait des confusions, des incompréhensions entre médecins et patients. Nos prises en charge ne sont pas efficaces et ne le seront pas, à moins d'accepter de sortir de notre zone de confort, et de non-compétence, ou l'alimentation et l'activité physique sont les réponses à fournir à des individus responsables de leur statut pondéral par manque de volonté. Nous ne pouvons pas nous contenter de blâmer les patients. Il faut travailler avec eux pour comprendre quelle est la place du poids dans leur vie singulière, pour proposer des aménagements réalistes. La co-construction est nécessaire et passe par l'exploration des représentations du malade. On le voit bien chez ce patient qui confond cause et conséquence de l'obésité lorsqu'il évoque le diabète (entretien E3). Pour lui, c'est le diabète qui est la cause de son surpoids. Ceci doit aussi nous interroger sur ce que les patients entendent et comprennent de ce que nous leur disons. Notre logique est le fruit de plusieurs années de formation, qu'ils n'ont pas eue. Ils ont en revanche un savoir sur la maladie et sur leur santé construit à partir de leur expérience. Nous devons donc en parallèle évaluer leur compréhension de ce que nous leur expliquons ; évaluer ce dont ils ont envie, ce qu'il leur est possible de faire et surtout ne pas présumer de ce qu'ils vivent en partant de notre quotidien de membre du corps médical de classes supérieures. Or, les retours que nous avons par exemple sur les conseils alimentaires tendent à souligner que les patients se sentent coupables de ne pas réussir à perdre du poids. C'est le signe d'une approche culpabilisante et contre-productive qui n'a pas suffisamment pris en compte les déterminants individuels de la personne. Au contraire certains patients disent bien vivre leur surpoids. Dans ce cas, il ne faudrait pas risquer d'ajouter une culpabilité et une préoccupation qui n'existe peut-être pas chez le patient pour qui ce n'est pas un problème, mais juste donner des conseils pour améliorer la santé.

À la recherche d'une approche alternative et bienveillante du facteur de risque qu'est l'obésité, on peut s'inspirer du conseil minimal pour le tabac. Il a été montré lors d'une étude que le conseil minimum doit évaluer le degré de motivation et le niveau de dépendance en posant systématiquement deux questions qui sont : "fumez-vous ?" et "voulez-vous arrêter de fumer ?" (76). Poser ces simples questions permet au médecin de doubler le taux de succès après un an par rapport à l'arrêt spontané dans un groupe témoin. Alors que nous avons appris à évaluer la motivation à l'arrêt du tabac systématiquement et naturellement, pourquoi n'est-ce le cas concernant la prise en charge du surpoids ? Pourquoi présume-t-on que le patient veut « naturellement » perdre du poids ? Il existerait une prénotion médicale selon laquelle la minceur est intrinsèquement désirable et désirée qui peut se placer en porte-à-faux avec les priorités réelles du patient, en particulier quand il est socialement éloigné de son praticien du fait de sa situation de précarité.

Ne serait-ce pas finalement une des grandes limites qui pourrait expliquer que, tant pour les patients que pour les médecins, la prise en charge du surpoids ne soit pas jugée satisfaisante ? Nous devrions peut-être débiter notre consultation ou nos conseils sur la prise en charge du poids par un entretien de type motivationnel, même si les études existantes ne sont pas très concluantes. Il existe néanmoins une étude qui bien que moyennement significative semble montrer une possible efficacité du moins chez l'adolescent obèse (77). Cela nous éviterait de donner des conseils inadaptés, non applicables ou encore trop légers pour une bonne prise en charge. En s'inspirant des techniques employées face au tabagisme, similaire dans son comportement addictif, potentiellement dangereux, plus ou moins accepté

par la société, on pourrait améliorer la prise en charge de l'obésité sur les mêmes principes, a minima en n'imposant pas au patient une discussion qui le met mal à l'aise, risquant la rupture de la relation de soins.

Lorsqu'on observe les rappels et les consultations, il n'apparaît pas de conseil minimum. C'est à dire qu'on ne retrouve pas d'évaluation des souhaits du patient vis-à-vis de son poids. On ne constate pas non plus d'évaluation de l'environnement. Lorsqu'un problème en rapport avec le poids est soulevé en consultation, comme un surpoids, une hyperglycémie, des anomalies lipidiques sur le bilan sanguin, des consignes sont rapidement données au patient, sans que le cadre de vie soit interrogé. Le médecin tend à calquer ses conceptions d'un mode de vie « normal » sur celui qu'il imagine pour le patient, quelle que soit la distance sociale qui les sépare. La prise de conscience des différences abyssales des conditions de vie a été mise en évidence dans les thèses de FETOMP 2. En prendre connaissance est une étape incontournable pour identifier les recommandations individuellement pertinentes. Pour continuer avec le parallèle avec la prise en charge du tabac, on sait que conseil minimum est donné à des personnes qui savent déjà que fumer est délétère pour la santé. Mais nous savons qu'arrêter dépend d'eux même et non de la bonne volonté de leur médecin. Il peut advenir la même chose pour le poids : on ne peut obliger quelqu'un à changer de mode de vie s'il ne le souhaite pas. En suivant cette réflexion, on observe que l'évaluation de la motivation pour changer de mode de vie, notamment au niveau alimentaire, est très pauvre en consultation. Comme s'il allait de soi que perdre du poids était toujours une priorité pour les patients. Cela correspond à calquer des schèmes de pensée propres aux classes supérieures – le surpoids

comme anormalité stigmatisante - sur des personnes issues de milieux sociaux ou le surpoids est quasiment la norme.

L'entretien motivationnel perçoit la motivation comme "un processus interpersonnel, le produit d'une interaction entre personnes". L'ouvrage de S. Rollnick, W. Miller et C. Butler intitulé "Pratique de l'entretien motivationnel" décrit le phénomène selon lequel lorsqu'un patient ne paraît pas motivé pour le changement ou pour suivre les conseils du soignant, on en déduit souvent que le problème vient de lui et qu'on ne peut agir en tant que praticien (78). La vision médicale du soin est souvent liée à la pensée qu'il faut apporter quelque chose au patient dont supposément il manque, que ce soit des connaissances, de la compréhension, des compétences ou des médicaments. On observe pourtant que souvent l'on résiste à l'idée de faire les choses que l'on veut nous imposer. Le principe de l'entretien motivationnel au contraire est de susciter chez le patient un désir de changement qui s'appuie sur ce qu'il sait déjà, de le placer en acteur. C'est la reconnaissance des droits et de la liberté de l'autre à ne changer que s'il le désire. Un des principes mis en avant dans cet écrit c'est qu'il n'est pas toujours possible ou souhaitable d'être un expert décidant de tout surtout lorsque l'on aborde la question d'habitude de vie et de changement de comportement. Il est alors essentiel que le patient trouve lui-même sa propre motivation, mobilise lui-même son énergie et s'engage dans son changement. Il s'agit ici de guider le patient, non de décider pour lui. Le médecin doit se montrer disponible pour discuter du poids s'il s'agit du souhait du patient, mais ne pas chercher à lui forcer la main dans le cas contraire. Il n'y a aucune preuve en faveur de l'idée que les gens changent si on les fait se sentir suffisamment mal. Au contraire, on risque juste de créer une résistance et de rompre la relation de soins. Dans le cas

de la prise en charge de l'obésité, créer du stress mêlé à de la stigmatisation déclenche des mécanismes psychologiques et physiologiques qui entraînent l'évitement des soins, donc dégradent santé et aggravent l'obésité (79).

Il pourrait être intéressant de mener ce type d'entretien lors d'une consultation dédiée à la prise en charge pondérale pour les patients qui expriment leur désir de maigrir. En effet il a déjà été évoqué le manque de temps pour prendre en charge correctement le poids des patients lors d'une consultation pour un autre motif (63). Or la HAS recommande d'adapter la fréquence de consultation nécessaire pour le suivi de la perte pondérale visée (18), ce qui permettrait là aussi de répondre à la demande des patients d'une prise en charge plus importante (61).

E - Conclusion

L'obésité est définie par les autorités sanitaires, et les médecins comme un problème de santé publique. L'OMS évoque une "épidémie mondiale" d'obésité dont la prévalence ne cesse d'augmenter, particulièrement dans les catégories socio-professionnelles défavorisées. Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté et le plus facilement accessible, il est donc en première ligne puisque l'obésité n'est pas une situation d'urgence médicale, mais plutôt de routine. Sa prise en charge en médecine générale est pourtant globalement peu satisfaisante. D'après les médecins, ce sont leurs conditions d'exercice (manque de temps et de consultations dédiées) et le manque de motivation des patients qui sont en cause. Cependant, les sciences humaines et sociales nous montrent un décalage de la représentation du poids entre les médecins et les patients.

Devant le constat de l'échec des actions de prise en charge du surpoids à contenir "l'épidémie", il convient de dépasser la seule vision médicale pour appréhender cette problématique. En tant que futur.e.s médecins, il nous a semblé essentiel de nous intéresser au point de vue des malades afin de mieux comprendre l'impasse médicale qu'est actuellement la prise en charge de l'obésité et du surpoids en médecine générale. Le programme FETOMP questionne donc les déterminants socio-économique et territoriaux de la question du poids en se focalisant sur le lien démontré entre excès pondéral et précarité. Ce travail de cette thèse s'intègre dans ce programme et cherche à connaître l'opinion qu'ont les patients de ce leur proposent leur médecin pour prendre en charge leur sur poids. Pour ceci nous avons effectué un recueil de consultations libres dans les quartiers prioritaires de la ville. Puis nous avons

recontacté par téléphone les patients précaires et en surpoids ou obèses, pour leur poser des questions sur leur vision et leur vécu du poids.

Ce que nous pouvons déduire de ces rappels, c'est qu'aborder le surpoids en consultation dépend essentiellement de l'intérêt et de la volonté du patient à aborder cette thématique et non de la qualité de la relation qu'il entretient avec son médecin traitant. En revanche des antécédents négatifs d'évocation du poids auprès d'autres médecins peuvent les freiner dans leur liberté à évoquer le sujet.

Nos résultats et leur confrontation à la littérature existante sur le sujet nous permettent de conclure que les praticiens ne peuvent qu'accompagner l'évocation pertinente de la problématique du surpoids, mais non en être l'initiateur ni l'acteur principal. Quand cette question est abordée, interroger le patient à propos de son poids et le considérer comme inséré dans une histoire de vie permet de mieux placer la personne au centre du soin. On observe également que si les patients n'osent pas remettre directement en question la compétence du médecin, ils sont parfois déçus par le manque de proposition concrète de celui-ci, ou ont le sentiment que les médecins ne comprennent pas leurs attentes et leurs limites. On retrouve là le décalage déjà montré dans des études sociologiques : les conseils alimentaires, premier levier d'action concernant le traitement de l'obésité, sont donnés et répétés, mais ils se soldent majoritairement par un échec. Les options curatives prescrites ne fonctionnent pas pour les patients recontactés, alors qu'elles correspondent aux options thérapeutiques les plus fréquentes. Souvent, les patients ont du mal à les mettre en pratique, car elles sont inadaptées à leur contexte de vie, pas parce qu'ils ignorent ce qu'il faudrait faire. En outre, il ne faut pas oublier que dans ces populations précaires, l'alimentation « riche » (abondante et calorique) est à prendre au sens littéral : elle peut être un des seuls plaisirs ou signes de richesse

accessibles. Demander à ces personnes de changer leur alimentation pour une consommation plus restreinte, cela dépasse l'évolution de la construction de leur repas : ce sont les symboles de leur intégration et de leur image sociale qui sont en jeu. On leur demande, le plus souvent inconsciemment vu le décalage social entre médecin et patient en situation de précarité, de renoncer à un des rares signes d'opulence qu'ils peuvent avoir. Cette demande risque de représenter une humiliation et n'a donc quasiment aucune chance d'être adopté volontairement. En revanche, les conseils d'aide à la reprise d'activité physique, 2nd levier de prise en charge communément admis, semblent plus efficaces, ou du moins sont mieux acceptés. Ils se heurtent par contre à ce que les patients peuvent faire en termes de santé, d'accès, de coût et de connaissance des sports disponibles. Les retours sont par exemple très positifs sur la prescription médicale Sport Santé sur Ordonnance (SSSO) qui permet aux patients de reprendre une activité physique gratuitement, avec un encadrement adapté. Ces prescriptions laissent cependant la personne dans son statut de patient, n'engageant pas nécessairement de sa part une démarche active de changement de mode vie. Dès lors, le risque, corroboré par les premiers retours d'expérience, est que l'engagement dans une activité physique régulière ne dépasse pas la période, 3 ans maximum, de prise en charge du SSSO, dont l'un des objectifs est pourtant l'intégration durable de pratiques sportives dans les modes de vie. L'adoption d'une activité physique en collectivité consécutive à une décision personnelle nécessite une implication individuelle, sociale et communautaire permettant au patient de se vivre comme acteur de sa santé et non plus seulement comme une personne limitée par la maladie. Cette démarche serait donc préférable, mais dépasse à l'heure actuelle le ressort du généraliste.

Co-construire des objectifs avec son patient pour la prise en charge du poids comme pour d'autres prises en charge comme le tabac pourrait nous aider à sortir les patients de leur ambivalence. Cela permettrait aussi d'évaluer leur motivation et de leur possibilité de changement : remettre le patient au milieu de cette prise en charge spécifique. On ne peut forcer les gens à changer de mode de vie, mais on peut les accompagner vers des attitudes plus conformes à la bonne santé, tout en s'efforçant de comprendre et de prendre en compte leur contexte, leurs contraintes et leurs représentations sociales. Par exemple en évaluant avec eux ce qu'ils peuvent modifier dans leur vie de manière réaliste et sans trop altérer leur image d'eux-mêmes. Procéder à une telle évaluation lors d'une consultation dédiée permettrait au patient de s'exprimer sur son vécu et donc sur ce qu'il pourrait changer dans son mode de vie. Avoir un temps spécifique permettrait de répondre à la contrainte de manque de temps évoqué par les médecins quand le surpoids est abordé au cours d'une consultation pour un autre motif. Ils seraient alors à même d'écouter et de comprendre la logique des patients, surtout précaires, et les aider à évaluer ce qu'ils souhaitent et peuvent. On espère ainsi enrayer la dynamique de la culpabilisation qui est à l'œuvre chez les patients qui ne parviennent pas à se conformer à des injonctions qui étaient pourtant hors de portée eut égard à leurs conditions matérielles d'existence.

Enfin, privilégier davantage la reprise initiale du sport, plus consensuelle et moins sujette à désaccord que les règles alimentaires, pour mettre le patient dans une dynamique positive est à expérimenter en première intention ; avant d'évaluer dans un second temps ce que peuvent et souhaitent mettre en place au niveau de l'alimentation des patients qui sont valorisés par leur réussite sur le plan de l'activité physique.

Le changement d'alimentation ne dépend pas du médecin, mais du patient, lui-même pris dans un système de contraintes de natures diverses (économiques, sociales...) qui limitent grandement ses possibilités. Dès lors, la dimension centrale qui est en cause pour accompagner une modification nutritionnelle de fond des personnes précaires, et qui conditionne le succès de la lutte contre l'obésité auprès de ce public, nous paraît être d'ordre social et politique plus que médical. Nous rejoignons ici un des résultats centraux du programme FETOMP : les conséquences de l'obésité sont médicales, mais ses causes ne le sont pas. La prévention - a fortiori primaire - de l'obésité par des médecins auprès des populations précaires semble donc illusoire, et les patients en ont bien conscience quand ils mettent en doute le rôle et la compétence de leur généraliste à ce sujet.

Vu
Strasbourg, le 7 mai 2020
le Président de jury de thèse

Professeur J.C Weber



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

Professeur Jean SIBILLA



F - Bibliographie

1. Obésité [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
2. La Panouse L de (Dr) A du texte. Traité sur l'embonpoint ou obésité, moyens de le prévenir et de le combattre, par Léon de La Panouse,... [Internet]. 1837 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5783535r>
3. Fischler C. La symbolique du gros. Communications. 1987;46(1):255-78.
4. Blatgé M. Jean-Pierre Poulain, Sociologie de l'obésité. Lectures [Internet]. 21 avr 2010 [cité 11 nov 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/994>
5. Poulain JP. Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité. *Obésités*. 1 mars 2009;4:7-16.
6. Chapuis-Després S. Histoire du corps, histoire du genre. Bilan et perspectives. *Corps*. 2016;N° 14(1):67-77.
7. Hubert H B, Feinleib M, McNamara P M, Castelli W P. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1 mai 1983;67(5):968-77.
8. Norbert Elias. *La Civilisation des moeurs*. rééd. Calmann-Lévy. 1939. (« Liberté de l'esprit », 1991.).
9. WHO | WHO Family of International Classifications (WHO-FIC) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/classifications/en/>
10. Consultation on Obesity, éditeur. *Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ; rapport d'une consultation de l'OMS ; [Consultation OMS sur l'Obésité, Genève, 3 - 5 juin 1997]*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé. 284 p. (OMS, série de rapports techniques).
11. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan PAG, Stevens GA, Ezzati PM, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol*. janv 2015;16(1):36-46.
12. Reyes C, Leyland KM, Peat G, Cooper C, Arden NK, Prieto-Alhambra D. Association Between Overweight and Obesity and Risk of Clinically Diagnosed Knee, Hip, and Hand Osteoarthritis: A Population-Based Cohort Study. *Arthritis Rheumatol Hoboken NJ*. 2016;68(8):1869-75.
13. Himmelstein MS, Puhl RM, Quinn DM. Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2018;37(2):139-47.
14. Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet Lond Engl*. 28 mars 2009;373(9669):1083-96.
15. Di Angelantonio E, Bhupathiraju SN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, de Gonzalez AB, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*. août 2016;388(10046):776-86.
16. Obesity as a protective factor for postmenopausal osteoporosis. - Abstract - Europe PMC [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/med/8923160>

17. Gupta PP, Fonarow GC, Horwich TB. Obesity and the Obesity Paradox in Heart Failure. *Can J Cardiol.* 1 févr 2015;31(2):195-202.
18. HAS. HAS surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours [Internet]. 2011 [cité 7 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf
19. Quetelet LAJ. A treatise on man and the development of his faculties, tr. (under the superintendence of R. Knox). [Ed. by T. Smibert]. People's ed. 1842. 162 p.
20. Keys A, Fidanza F, Karvonen MJ, Kimura N, Taylor HL. Indices of relative weight and obesity. *J Chronic Dis.* 1 juill 1972;25(6):329-43.
21. The National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Program: Health Implications of Obesity [Internet]. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://consensus.nih.gov/1985/1985Obesity049html.htm>
22. WHO | Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. Série de Rapports techniques 854. [Internet]. WHO. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status_fr/en/
23. Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant [Internet]. [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/37>
24. ObEpi 2012 Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur: http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
25. Matta J. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. :7.
26. Boubal C. L'art de ne pas gouverner les conduites. *Rev Francaise Sociol.* 4 déc 2019;Vol. 60(3):457-81.
27. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation: Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Rev Fr Sociol.* 2009;50(4):747.
28. Ogden CL, Fakhouri TH, Carroll MD, Hales CM, Fryar CD, Li X, et al. Prevalence of Obesity Among Adults, by Household Income and Education — United States, 2011–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 22 déc 2017;66(50):1369-73.
29. Robles B, Frost S, Moore L, Harris CV, Bradlyn AS, Kuo T. Overweight and obesity among low-income women in rural West Virginia and urban Los Angeles County. *Prev Med.* oct 2014;67:S34-9.
30. Chor D, Andreozzi V, Fonseca MJ, Cardoso LO, James SA, Lopes CS, et al. Social inequalities in BMI trajectories: 8-year follow-up of the Pró-Saúde study in Rio de Janeiro, Brazil. *Public Health Nutr.* déc 2015;18(17):3183-91.
31. Acheampong I, Haldeman L. Are Nutrition Knowledge, Attitudes, and Beliefs Associated with Obesity among Low-Income Hispanic and African American Women Caretakers? *J Obes.* 2013;2013:1-8.
32. De Saint Pol T. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. 1 févr 2007;1123.
33. Pol TDS. Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. :7.
34. Régnier F. Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis. *Cah Nutr Diététique.* avr 2006;41(2):97-103.
35. S. Carof. Être grosse. mars 2019;
36. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros ». Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. *Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé* [Internet]. 15 mai 2017 [cité 14 sept 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. Letrilliart L. Etude ECOGEN Etude transversale sur les Eléments de la COnsultation en médecine GENÉrale [Internet]. 2011 [cité 31 août 2019]. Disponible sur:
https://www.cnge.fr/la_recherche/etude_ecogen/
41. Brunet C. Motifs de consultation, en médecine générale, des bénéficiaires de la CMU-C: analyse à partir de l'étude ECOGEN [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
42. Loddo C. L'impact de la précarité dans l'obésité dans la filière Surcharge Pondérale du service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition au CHU de Bordeaux. :76.
43. Juan S. Méthodes de recherche en sciences sociohumaines: exploration critique des techniques. Paris: Presses universitaires de France; 1999. 296 p. (Le sociologue).
44. 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>
45. 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>
46. G. Da Silva. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. 2001;
47. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1 juill 1995;311(6996):42-5.
48. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 27 avr 2011;(23):147-81.
49. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ*. janv 2010;29(1):1-28.
50. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. [Internet]. 1960 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1961_num_2_1_6824
51. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
52. Triby E. Claude RICHARD et Marie-Thérèse LUSSIER (dir.) (2016), La communication professionnelle en santé . Montréal, Pearson. Commun Inf Médias Théories Prat [Internet]. 26 févr 2018 [cité 10 juin 2019];(vol. 35/1). Disponible sur:
<http://journals.openedition.org/communication/7513>
53. Weber J-C. La consultation [Internet]. Presses Universitaires de France; 2017 [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-consultation--9782130789628.htm>
54. Hardy A-C. 1. Du colloque singulier à l'éthique médicale. *Rech Sante Soc*. 2013;23-45.
55. Lang T. L'interaction entre médecins et malades est-elle productrice d'inégalité de santé ? Le cas de l'obésité [Internet]. Disponible sur:
http://www.iferiss.org/images/IFERISS/2008_interaction_entre_medecins_et_malades.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur:
http://www.iferiss.org/images/IFERISS/2008_interaction_entre_medecins_et_malades.pdf
56. Obésité, le nouveau mal français [Internet]. Armand Colin. 2019 [cité 18 juin 2019].

Disponible sur:

<https://www.armand-colin.com/obesite-le-nouveau-mal-francais-9782200267889>

57. Prod'homme L, Riglet C, Godart N, Huas C. Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale. *Sante Publique (Bucur)*. 23 mai 2019;Vol. 31(1):7-17.
58. Guérin R, Lasserre E, Moreau A, Guïoux A, Le Goaziou M, Laville M. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations [Internet]. *Excercer*. 2008;(84):135-41. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/758261/surpoids-de-l-adulte-jeune---campus-numerique-de-m-edecine>
59. *Graspolitiques.wordpress.com* - Liste Non Safe [Internet]. 2016 [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <https://graspolitique.wordpress.com/liste-non-safe/>
60. 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.
61. Potter MB, Vu JD, Croughan-Minihane M. Weight management: what patients want from their primary care physicians. *J Fam Pract*. juin 2001;50(6):513-8.
62. Ayyad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. oct 2000;1(2):113-9.
63. Denetière S. Prise en charge du patient obèse dans le Nord-Pas-de-Calais : Fonctionnement de la triangulation entre le patient, le médecin généraliste et le réseau OSEAN [Thèse d'exercice]. Lille : Université du droit et de la santé ; 2010. 345 p.
64. Fournier T. Suivre ou s'écarter de la prescription diététique: Les effets du « manger ensemble » et du « vivre ensemble » chez des personnes hypercholestérolémiques en France. *Sci Soc Santé*. 2012;30(2):35.
65. Gimenez L. La relation patient-médecin généraliste varie-t-elle avec le degré de surpoids des patients ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. avr 2016;64(2):133.
66. Regnier F. La perception des messages de santé par les populations défavorisées. *Cah Nutr Diététique*. sept 2011;46(4):206-12.
67. Degrange S, Legrand C, Pétré B, Scheen A, Guillaume M. Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille. *Médecine Mal Métaboliques*. oct 2015;9(6):559-65.
68. Ville de Strasbourg - Service promotion de la santé de la personne. M. Ebstein-Breton. *Sport Santé sur Ordonnance - Rapport d'activité 2016* [Internet]. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.strasbourg.eu/documents/976405/1560468/0/b418f431-08b5-5f8d-71b9-3fc48ea370b6>
69. Marcellini A, Perera É, Rodhain A, Ferez S. Rapport au corps et engagement dans les activités physiques chez les personnes en situation d'obésité. *Sante Publique (Bucur)*. 22 juin 2016;S1(HS):117-25.
70. Barth N. L'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de diabète de type 2 : approche sociologique des « carrières de pratiquant d'APA » dans leurs relations avec la « trajectoire de maladie » [Internet] [phdthesis]. Université Claude Bernard - Lyon I; 2012 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00862795>
71. Gray CM, Hunt K, Lorimer K, Anderson AS, Benzeval M, Wyke S. Words matter: a qualitative investigation of which weight status terms are acceptable and motivate weight loss when used by health professionals. *BMC Public Health*. 29 juin 2011;11:513.
72. Richard J.-B., Bluzat L., Nguyen-Thanh V. Baromètre santé Inpes 2014 : quelle

- utilisation d'Internet dans la recherche d'informations santé. *La Santé en action*, 2016, vol 436: p 48-49 [Internet]. [cité 31 mars 2020]; Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2014](#)
73. Albert J. Stunkard and Thomas A. Wadden. *OBESITY: THEORY AND THERAPY*, 2nd ed. Ed by , [Internet]. Vol. 17. New York: Raven Press; 1993 [cité 31 mars 2020]. 377 pages. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1177/014860719301700420>
 74. Dutronc J. *Pensées et Répliques*. Cherche midi; 2002. 192 p.
 75. Chekroud SR, Gueorguieva R, Zheutlin AB, Paulus M, Krumholz HM, Krystal JH, et al. Association between physical exercise and mental health in 1·2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):739-46.
 76. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control*. juin 1995;4(2):162-9.
 77. Gourlan - Motivation des adolescents obèses pour l'activité .pdf [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00747443/document>
 78. Mosnier-Pudar H. Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation. [/data/revues/19572557/00040002/231/](#) [Internet]. 19 mars 2010 [cité 19 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/246925>
 79. Hunger JM, Major B, Blodorn A, Miller CT. Weighed down by stigma: How weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. *Soc Personal Psychol Compass*. juin 2015;9(6):255-68.

Annexe 1 : grille recueil ECOGEN

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

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

Annexe 2 : calcul score EPICES

Calcul du score EPICES

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

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

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

Annexe 3 : guide d'entretien

- Présentation : 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 vus 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.

Notre entretien sera, avec votre accord, enregistré pour améliorer la qualité de l'étude

- Questions d'approche :

- Racontez-moi comment s'est passée votre consultation chez Dr X ?
- Comment l'avez-vous vécue ?
- 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 ! Pas obligatoire de toutes les poser !**) :

- 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 (endocrino, nutritionniste, diététicien(ne), chirurgien(ne)) ?

- phrase de fin : Je vous remercie du temps que vous nous avez consacré et de votre

gentillesse.

Si l'entretien s'est bien passé : merci énormément pour cette échange très intéressant.

Comme j'ai l'impression que le sujet vous intéresse particulièrement, pouvons-nous vous recontacter plus tard pour les besoins de l'étude ?

Annexe 4 : profil des médecins

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

Annexe 5 : profils des patients rappelés

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	30,2	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 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)
- Langue maternelle: marqueur indirect migratoire

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 : DAUBERT et DAINOUCO

Prénom : Lucie

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

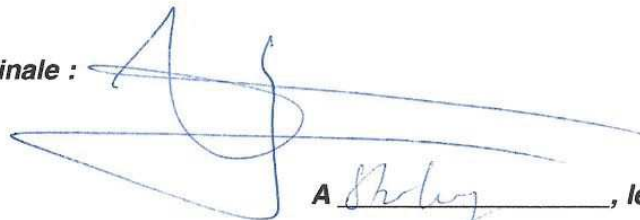
J'atteste sur l'honneur

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. Daubert, le 2/06/2020

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

Résumé

L'obésité est définie par les institutions comme un problème de santé publique qui ne cesse d'augmenter. Ce problème est plus présent dans les catégories socio-professionnelles défavorisées. Nous souhaitons étudier la vision de ces patients sur ce que la médecine générale leur propose comme prise en charge. Après un recueil de consultations libres dans les quartiers prioritaires de la ville, les patients en surpoids ou obèses et précaires ont été contactés à propos du poids. Ces rappels nous montrent qu'aborder la question du poids en consultation dépend du patient et non du médecin traitant. Ensuite que si les patients ne remettent pas en question la compétence du médecin, ils sont parfois déçus par le manque de proposition concrète ou le sentiment que les médecins ne les comprennent pas. Les conseils alimentaires ne fonctionnent souvent pas parce qu'ils sont inadaptés à leur contexte de vie. En revanche les conseils d'aide à la reprise d'activité physique semblent plus efficace et les retours sont très positifs sur la prescription médicale sport santé.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots clés : précarité, obésité, médecine générale, prise en charge, régime, sport sur ordonnance, activité physique

Président : Professeur Jean-Christophe Weber

Assesseurs : Professeur Juliette Chambe, Professeur Gilles Bertschy

Adresse de l'auteur : Marine Dainotto, 6 rue grimling, 67200 Strasbourg