

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2019 2020

n° 173

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'état
Médecine Générale

PAR

Piquet Charlotte Mathilde
Née le 19/10/1989 à Strasbourg

**Précarité, stress et violences : à la recherche de la relation au poids et à l'alimentation
de quatre femmes obèses des QPV de Strasbourg**

Président de thèse : Professeur Jean-Christophe Weber,

Directeurs de thèse : Docteur Catherine Jung, Laurène Assailly

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. SIBLIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- (1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- (1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. 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
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
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	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Séiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle 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 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / 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'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
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 A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
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 Haute-pierre	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'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoit 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 Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre	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 Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
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 Haute-pierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	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)
MEZIANE 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'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	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

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 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 Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô 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
ARZEMI 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	45.01	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)
LAVAUZ 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. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
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)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF 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 BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

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

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

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

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

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

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	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - 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 :

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

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Au Docteur Jung, bien sûr déjà pour votre aide inestimable lors de cette thèse, mais aussi et surtout pour l'amour de ce travail et de vos patients que vous m'avez transmis lors de vos cours et lors du stage en cabinet à vos côtés. Certains conseils ou retours que vous m'avez donnés me resteront en tête probablement tout au long de ma vie professionnelle.

A Laurène Assailly, doctorante en science politique, pour ton aide précieuse, ta disponibilité incroyable pour des corrections et relectures, et aussi pour tes encouragements dans les moments de doute.

Au Professeur Weber, vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Merci pour l'intérêt que vous avez accordé à ce travail et d'avoir pris le temps de partager vos recommandations lors de son écriture.

Au Professeur Vidailhet, je vous remercie d'avoir accepté et de vous être rendu disponible pour faire partie du jury de cette thèse.

Au Docteur Chambe, je vous remercie d'avoir également accepté de donner de votre temps et d'intégrer ce jury.

Au Professeur Bonah et au Docteur Charton, pour votre accompagnement autour de ce projet FETOMP.

A Marie (prénom d'emprunt), une des infirmières ASALEE de la Maison de Santé du Neuhof, merci de m'avoir aidée à organiser les rencontres des personnes interviewées.

A Flora, ma plus vieille amie, on a grandi ensemble, on a voyagé ensemble, on a vécu ensemble. Déjà merci d'être encore ma chère amie après tout ce temps. Tu étais avec moi à l'appart quand j'ai reçu mon premier tableau de garde, et tu m'as écoutée et soutenue quand je t'ai probablement parlé toute la soirée de mon angoisse vis-à-vis de ma première garde aux urgences. Aujourd'hui tu vois c'est presque fini, et je peux te remercier pour toutes ces heures à la coloc où j'ai dû te parler de médecine, de médecine et encore de médecine (quelle patience tu as eu !).

A Julia, également à mes côtés depuis la plus petite école, à Katia, Gallianne, Camille. A ces amies qui malgré les années et la distance, sont toujours présentes comme si le temps n'avait pas d'emprise sur nous.

A Candice, ton courage et ta générosité font de toi une figure d'exemple. J'admire ta force ; elle me marque et me permet à mon tour de me dépasser. Et à nos beaux souvenirs du lycée avec Salomé et Pierre.

Aux mecs, à Armand, Lio, Ben, Hervé, Vivien. Je suis tellement chanceuse d'avoir reçu tout le package avec Baptiste ! L'amitié que vous avez avec lui depuis plus de vingt ans est précieuse, comme on en voit peu ; vous êtes des personnes vraies, drôles, bienveillantes, et je suis heureuse de tous vous avoir autour de moi grâce à lui. Et à tous « les enfants perdus » que vous avez accueillis sur votre île, dans ce groupe XXL qui est plein d'amour : Aude, Pauline, Justine, Laura, Paula, Romane, Flo, Geo, Alex.

Aux girlz de P1, Marie-Aurélie, Léa et Valérie. Une rencontre dans la difficulté, en amphi, à la prépa ou en TD, pour une amitié qui a su comment développer de puissantes racines dès le début et qui maintenant grandit aisément à chaque année qui passe, chaque nouvelle soirée, chaque nouveau bébé et chaque mariage que vous nous offrez !

Aux copines de la fac, Marine, Laura, Marion, et Cécile, ma précieuse binôme d'internat. Si j'ai traversé toutes ces années, c'est parce qu'on était ensemble, à galérer ensemble mais aussi et surtout à délirer, rigoler et fêter ensemble.

A mes québécoises, Fanny, Laura et Camille. Les mois que nous avons partagés là-bas ont changé ma vie, sur le plan professionnel parce que c'était passionnant, mais aussi sur le plan personnel car vous m'avez simplement sortie de ma coquille. Cette expérience restera gravée dans ma mémoire. Vous êtes des amies en or, et en plus vous êtes des bombes de médecin dans vos spécialités respectives, je suis fier de compter des amies aussi brillantes autour de moi !

A mes parents, pour votre soutien, énorme, sans faille, pendant ces études. Merci d'avoir toujours cru en moi, sans vous je n'aurais certainement même pas passé la première année : vous m'avez fait réciter des cours d'anatomie dont vous ne compreniez pas la moitié des mots, vous avez fait des dizaines d'allers-retours à la fac ou à la prépa pour moi, vous avez supporté mon stress, ma mauvaise humeur, mes larmes, vous avez crié avec moi avant mes examens et bien plus. Il y a vingt ans, votre petite fille vous a dit qu'elle rêvait de devenir médecin et vous avez tout fait pour qu'elle puisse réaliser ça, vous êtes des parents incroyables. Merci aussi d'avoir été ce modèle pour moi, de m'avoir toujours montré combien le travail était important et comme à certains moments il mérite que l'on fasse des sacrifices pour lui, tout en sachant me rappeler à d'autres moments qu'il faut savoir aussi profiter de la vie et des gens qu'on aime. Merci de continuer à m'apprendre aujourd'hui comment être une meilleure personne.

A ma sœur, Pauline, pour être aussi un parfait modèle, celui d'une femme brillante et battante, tu as tant de qualités que j'aspire à avoir. Tu me challenges et tu me pousses à toujours faire mieux. Merci aussi pour ton immense aide sur ce travail et d'avoir partagé mes réflexions sur ce sujet.

A Baptiste, l'homme de ma vie, mon meilleur ami et mon amour depuis plus de dix ans. Ces études nous les avons faites ensemble, et si j'en suis là aujourd'hui c'est aussi grâce à ton soutien et à ton humour. Merci d'être à mes côtés tous les jours et d'essayer patiemment (ou pas) de me rassurer à chaque moment difficile. Avec toi je me sens forte, tu me fais surmonter toutes mes peurs, tu m'aides à repousser mes limites, et surtout tu me rends heureuse. J'ai hâte de vivre encore mille choses avec toi.

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	23
A.	Préambule.....	23
B.	Introduction	23
1.	La vision du poids : histoire d'un changement de paradigme.....	25
2.	L'obésité « problème de santé publique » : un choix politique fait au nom d'une « urgence sanitaire ».....	29
3.	L'IMC : un indicateur parfait ?.....	32
4.	L'enjeu de l'obésité en France : de la construction des campagnes de prévention à un constat d'échec socialement situé.	34
5.	Le projet FETOMP (formation à l'éducation thérapeutique à l'obésité en milieu précaire).....	37
6.	Mon travail en particulier au sein de FETOMP	39
II.	MATERIEL & METHODES.....	41
A.	Choix de la méthode qualitative.....	41
B.	Guide d'entretien (cf annexe)	41
C.	Sélection des personnes soumise à l'enquête.....	43
D.	Méthodes de recueil des données.....	43
E.	Méthode d'analyse	44
III.	RESULTATS	46
A.	A propos des personnes interviewées	46
B.	Etat des lieux des pratiques des habitants du Neuhof	48
1.	Déroulement et contenu des repas.....	48

2.	Stratégies d'achat et logique du choix alimentaire	50
3.	Les activités	51
C.	Quels sont les freins identifiables à une meilleure hygiène de vie ?	54
1.	Maladies et incapacité	54
2.	Origine du poids et intérêt porté à la nutrition	55
3.	Le vécu du surpoids par les enquêtées : une lourde préoccupation ?	63
4.	Syndrome dépressif	69
5.	Isolement lié au quartier	72
D.	Quelle est la place du médecin traitant dans ce contexte ?	73
IV.	DISCUSSION.....	78
A.	Difficultés rencontrées et limites de ce travail	78
1.	Difficultés rencontrées.....	78
2.	Limites de ce travail.....	81
B.	Comportements alimentaires et stress	82
1.	Comportements alimentaires et influences psychologiques et familiales	82
2.	Le stress	86
C.	Impact des violences.....	89
1.	Violences dans l'enfance.....	90
2.	Violences conjugales.....	92
D.	Dépression : origine ou conséquence du surpoids ?	95
1.	La dépression précède l'obésité ?	95
2.	L'obésité précède la dépression ?	96
E.	Un lien complexe entre précarité et obésité.....	99

1. Vivre en grande précarité	100
2. Influence des déterminants sociaux sur le développement de l'obésité	107
3. Influence de l'obésité sur les positions ou dynamiques sociales.....	108
F. Alors quelles seraient les solutions pour lutter contre le surpoids chez les patients précaires ?.....	109
1. Résultats de FETOMP 1, caractéristiques des pratiques et attentes en consultation de médecine générale dans les QPV de Strasbourg	109
2. Des solutions de l'ordre médico-psycho-social	111
3. Des solutions de l'ordre politique à l'échelle nationale ou locale.....	113
V. CONCLUSION	116
VI. ANNEXES	118
A. Guide entretien.....	118
B. Extraits des tableaux des verbatims	121
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	123

Table des annexes :

- A. Guide d'entretien, page 118
- B. Tableaux des verbatims, page 121

Table des figures :

1. « La Chute des damnés », tableau de Rubens, page 26
2. Rapport entre l'IMC et le ratio de mortalité, OMS, page 33
3. Caractéristiques (âge, poids, IMC) de la population interrogée, page 46
4. Temps T de l'entretien auquel le poids est mentionné pour la première fois, page 67
5. Dosage des taux de cortisolémie chez les sujets obèses et non obèses, page 88
6. Représentation de l'implantation de l'offre sanitaire, médico-sociale et de médecine de ville dans le quartier du Neuhof en 2015, page 105

I. INTRODUCTION

A. Préambule

Cette préface 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.

B. 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

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

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

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

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 stéato-hépatites non alcooliques, les dyslipidémies ; mais aussi des cancers (sein, utérus, foie) » et d'autre part comme une « maladie de l'adaptation aux récentes évolutions des modes de vie »(1) . La définition elle-même est donc ambivalente : maladie ou simple facteur de risque ? La définition médicale du terme est-elle en concordance avec celle du « grand public » ?

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

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



Figure 1 : tableau de Rubens :
« 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, $25\text{kg}/\text{m}^2$ et $30\text{kg}/\text{m}^2$, ont une fonction objectivante.

L'obésité était définie comme une maladie dans la classification internationale des maladies n°9 (CIM9) datant de 1977, elle est également présente dans les révisions de la CIM n°10 (1993) et 11 (2019) (9). Mais elle devient réellement « maladie » aux yeux du public lorsque l'OMS la qualifie en 1997 de "maladie chronique" et parle pour la première fois « d'épidémie mondiale » (10). Cette épidémie est considérée comme particulièrement inquiétante dans les pays développés dont les gouvernements définissent alors l'obésité comme un « problème majeur de santé publique ». Cette décision a entraîné en France la mise en place de politiques de santé publique centrées sur les individus en surpoids ou 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 4^e année qui, après avoir développé les obésités secondaires rares (<2%), précise que la majorité des obésités sont « essentielles » et que leur prise en charge repose sur une alimentation hypocalorique, une activité physique régulière et modérée, une psychothérapie de soutien et une prise en charge chirurgicale si nécessaire. Lorsque l'on se place du point de vue sociologique, qui décrit l'obésité comme la résultante complexe d'un grand nombre de facteurs intriqués - sociaux, économiques, psychologiques, culturels, voire culturels, politiques, etc. – cette formation semble seulement effleurer le problème sans armer suffisamment les médecins pour le combattre. De plus, les médecins qui se spécialisent en nutrition deviennent experts des apports caloriques dans l'alimentation, ce qui contribue souvent à réduire l'obèse à une vision de simple mangeur sans s'intéresser plus aux autres dimensions citées.

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

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

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

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.

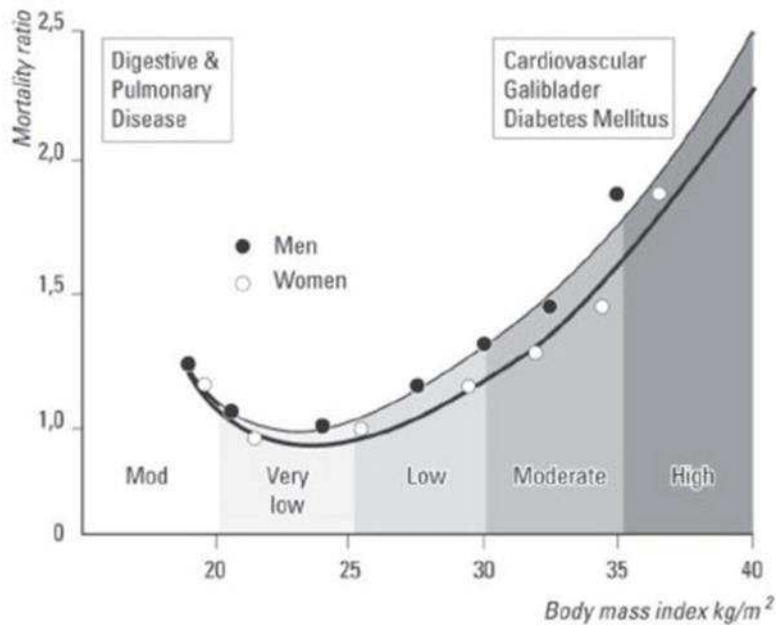


Figure 2 : Rapport entre l'IMC et le ratio de mortalité (rapport OMS)

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

inconvenients 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(que). 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 stigmate 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'III, Spach, Port du Rhin et Ampère (39).

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

Mon travail appartient au FETOMP 2. Il vise à explorer des **trajectoires de vie de personnes précaires et en surpoids**, en recherchant notamment la place du poids dans leur vie, sa signification, son origine ou ce qu'il représente pour elles.

Avant de réaliser ce travail, j'ai observé plusieurs réunions informelles, appelées « café bien être » organisées par les médecins de la maison de santé du Neuhof, dans une salle du centre socio-culturel du Neuhof. Les habitantes du Neuhof (souvent des femmes) sont invitées à prendre la parole sur des thèmes autour de la santé, du bien-être, de l'estime de soi. J'ai également participé à plusieurs animations proposées par l'infirmière ASALEE de la maison de santé du Neuhof autour du thème de l'activité physique, dont une séance de marche organisée de façon hebdomadaire dans les rues du quartier. J'ai également rencontré l'infirmière ASALEE pour entendre quel était son sentiment sur le surpoids de ses patients et discuter avec elle du projet.

Enfin ce sujet m'a attiré car lors de ma formation en médecine, j'ai été particulièrement sensibilisée à la précarité des quartiers de Strasbourg. J'ai en effet réalisé mon stage chez le praticien en partie à la Maison de Santé du Neuhof sous la supervision du Dr Catherine JUNG. J'ai également réalisé un stage chez les praticiens en autonomie de six mois uniquement dans des QPV (Quartiers prioritaires de la ville) de Strasbourg : le quartier de la Cité de l'Ill et le quartier de La Laiterie. Lors de ces stages, j'ai été marquée en découvrant une détresse sociale et psychologique que je ne connaissais pas, n'ayant jamais été confrontée à la précarité de façon rapprochée avant. J'ai également pu observer, et rencontrer personnellement lors de ma pratique, les difficultés qui se posent dans la prise en charge des patients précaires.

Après une présentation des caractéristiques de cette étude, nous verrons quels sont les comportements de ces femmes vivant dans le QPV du Neuhof, notamment concernant les activités physiques ou leur alimentation, qui sont les deux principales causes du surpoids considérées par la médecine aujourd'hui et sont au centre des recommandations comme celles de la HAS faites au médecin pour agir sur le poids. Dans un second temps, nous verrons les limites soulevées lors des entretiens par les enquêtées à une meilleure prise en charge de leur poids et de leur santé de façon générale. Enfin, nous aborderons leur ressenti concernant leur prise en charge par les soignants.

II. MATERIEL & METHODES

A. Choix de la méthode qualitative

Il s'agit d'un travail qualitatif, une étude biographique inspirée des sciences sociales, qui retrace quatre portraits sociologiques de femmes, décrivant à la fois leurs positions actuelles et leurs trajectoires de vie. La méthode qualitative a été choisie afin d'explorer au mieux les représentations et les pratiques des habitants en situation de surpoids du Neuhof. Cette méthode était d'abord le choix approprié pour créer une relation de confiance permettant l'accès à des émotions et à un vécu plus intime. Elle a également permis un accès aux subjectivités, recueillies à travers les discours. L'idée n'était pas de neutraliser ni de taire les représentations mais de les utiliser dans la conduite de l'entretien et d'en faire le cœur de l'analyse. « L'entretien est une situation sociale de rencontre et d'échange et non pas un simple prélèvement d'information » (40).

En effet l'enquête par entretien est particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs, et lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent.

B. Guide d'entretien (cf annexe)

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien issu des données de la littérature et déterminé lors des réunions du projet FETOMP, réunissant mensuellement ou bimensuellement de décembre 2017 à mai 2019 les internes participant au projet, les Dr Léa Charton, Catherine Jung, et le professeur Christian Bonah.

Tout d'abord je me suis intéressée à l'histoire de vie des femmes interrogées, l'éventuel parcours migratoire, la situation familiale et professionnelle.

Ensuite, cinq principales thématiques avaient été définies et séquencées en différentes questions :

- La pratique de l'activité physique : je recherchais quelles activités sont pratiquées et dans quelles structures, ce qu'elles en attendent, si elles voient un lien entre l'activité sportive et leur santé, si le médecin leur en a déjà parlé et ce qu'elles en ont retenu. Je les interrogeais également sur les raisons qui peuvent limiter leur activité.
- L'alimentation : je recherchais le contenu et le déroulement habituel des repas, comment se passent leurs courses, comment elles choisissent leurs produits, si elles ont des traditions culturelles et familiales autour du repas. Je m'intéressais aussi à leurs connaissances en nutrition, ce qu'est un repas « sain » pour elles, l'intérêt qu'elles y portent et si le médecin leur a déjà parlé d'alimentation.
- J'abordais aussi ce qu'est la santé d'après elles. Se considèrent-elles en bonne santé ? Que pensent-elles de leurs corps et de leur poids, quelle est l'origine de leur poids selon elle et quelles conséquences ce dernier a sur leur vie ?
- La précarité : quelques questions étaient posées pour évaluer la situation financière et si elles considèrent que celle-ci a un impact sur la santé
- Enfin je me suis intéressée à leur perception de leur prise en charge par le médecin traitant et l'infirmière ASALEE, quelles sont leurs attentes et leurs critiques vis-à-vis de cette prise en charge.

Le guide a été adapté au fur et à mesure des entretiens, notamment via l'ajout du cinquième thème –la perception et leurs attentes de la prise en charge généraliste. Ces notions avaient d'abord été abordées spontanément par les interviewées, puis elles ont fait l'objet de questions dédiées.

La méthode était exploratoire, il n'y avait pas d'hypothèse initiale à valider, je cherchais à découvrir ce que les enquêtées rattachaient à mes thèmes d'études. Nous verrons ainsi dans ce travail que certaines réponses m'ont beaucoup surprise et n'étaient pas celles que j'attendais au regard de la littérature.

C. Sélection des personnes soumise à l'enquête

Pour le recrutement des personnes interviewées, nous avons bénéficié d'une sélection réalisée par une des infirmières du dispositif ASALEE (Actions de SAnité Libérale En Equipe) en place dans la maison de santé du Neuhof, que nous appellerons Marie. Ce dispositif propose un accompagnement individuel et **personnalisé** par un infirmier spécifiquement formé à accompagner les patients atteints de maladies chroniques au sein des cabinets médicaux. Il concerne notamment le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires.

Après une première rencontre avec Marie pour discuter du projet, elle m'a recommandé une liste de patients en situation de surpoids qu'elle suit dans le cadre de pathologies métaboliques ou cardio-vasculaires. Elle-même leur demande leur accord avant mon appel. Puis mon premier contact avec ces patients a lieu par téléphone, je me présente comme « une étudiante réalisant un travail sur les habitudes de vie des habitants du Neuhof ». Sur une dizaine de patients (hommes et femmes) appelés, quatre ont accepté de me rencontrer.

D. Méthodes de recueil des données

- Conditions du recueil : au domicile des interviewées, parfois en présence d'un tiers (compagnon, enfant). Un enregistreur audio était utilisé, posé sur la table entre nous, après accord de la personne. Je m'employais à ce qu'il soit rapidement oublié. Les entretiens étaient d'une durée supérieure à une heure. De plus, quelques notes étaient prises concernant le non-verbal.
- Techniques d'entretien : différents outils de communication ont été employés pour faciliter l'échange comme l'utilisation de questions ouvertes, l'écoute réflexive, la demande d'approfondissement, de précisions, la reformulation.
- La retranscription des entretiens : les entretiens ont été retranscrits par écrit, mot à mot, intégralement, en respectant exactement le récit oral, pour constituer le verbatim. Les

informations non verbales comme les silences, les rires, les onomatopées, les mimiques ont également été retranscrites.

E. Méthode d'analyse

- Aucun logiciel dédié spécifiquement à l'analyse de texte n'a été utilisé. Le fonctionnement complexe surtout sur des textes aussi longs, et la nécessité de créer des thèmes avant le début de l'analyse ne m'a pas convenu car cela me semblait trop restrictif par rapport à une approche que je voulais la plus exploratoire possible.
- Dans un premier temps, il s'agissait d'une analyse individuelle de l'entretien pour en résumer les principales idées, puis la réalisation d'un codage consistant à identifier des mots clefs relatifs à des unités thématiques de l'entretien dans un tableur Excel individuel. Ce travail a permis de regrouper les mots clefs en thèmes, sous-thèmes.
- A partir des analyses des entretiens individuels, une transversale thématique a été réalisée pour comparer les extraits à l'intérieur d'un thème ou d'un sous-thème, également via le tableur Excel.
- Enfin, j'ai également réalisé une analyse comparative de mes résultats avec les autres travaux de thèse des groupes FETOMP 1 et 2. Les autres travaux du projet FETOMP seront donc régulièrement mobilisés dans ce travail.

Le groupe FETOMP 1 (qui recouvre les travaux de Cécile Porquet, Céline Buchet, Baptiste Gault, Déborah Fontés et Marine Gaidotto) a réalisé une étude en deux phases : une première phase d'observation de consultations de médecine générale en milieu précaire (avec enregistrement et recueil de multiples données) puis une seconde phase de rappel téléphonique des patients en surpoids pour effectuer un entretien sur la question du poids. Ceci a donné naissance à des travaux quantitatifs sur les données des consultations et qualitatifs sur les données des rappels.

Le groupe FETOMP 2, auquel j'appartiens, a pour le moment abouti à deux travaux de thèses validés (Valérie Budendorf et Marine Coinchon). Il s'agit d'analyse d'entretiens qualitatifs qui portent sur le poids, souvent réalisés au domicile de la personne interrogée.

III. RESULTATS

A. A propos des personnes interviewées

Figure 3 : Caractéristiques (âge, poids, IMC) de la population interrogée

	Age	Poids	IMC
A	51	90	40
B	71	90	40
C	86	95	37,1
D	74	98	40,3

Tout d'abord, quelques informations sur l'histoire de vie de nos interviewées, qui seront reprises lors du travail d'analyse, notamment concernant leur enfance, leur parcours de vie, leur statut familial ou professionnel, ou les difficultés qui se sont présentées à elles :

A : Issue d'une famille recomposée comptant 12 enfants qui vivait dans des cabanons près de l'Orangerie, jusqu'à ce que les « habitants » soient relocalisés au Neuhof. Il n'y avait pas assez à manger pour tout le monde. Une fois adulte, elle a d'abord travaillé en Allemagne, dans une maison de retraite, puis est revenue en France car elle a suivi son mari qui vivait au Neuhof. Ensuite elle a travaillé en tant qu'aide-ménagère ou aide à la personne, mais en raison de problèmes de santé, elle est reconnue en invalidité depuis 5 ans. Actuellement elle a un père malade dont elle s'occupe (ainsi que de sa belle-mère malade également), plusieurs frères et sœurs dans la région, mais la plupart sont malades ou handicapés, une sœur décédée. Elle vit avec son mari, qui est encore actif, sans enfant.

B : Née en Italie, où la relation avec sa mère était compliquée. Elle a suivi sa sœur qui a épousé un français. Elle a rencontré son futur mari et ils se sont mariés quand elle a été enceinte. Sa belle-mère était cruelle avec elle et il n'y avait pas d'amour dans leur relation de couple. Son conjoint était violent avec elle et avec leurs enfants. Sur la fin de sa vie, son mari était atteint d'une démence d'Alzheimer marquée, et elle a dû beaucoup s'occuper de lui jusqu'à son décès, il y a un an. Elle avait si peu d'argent après à son décès qu'elle n'a pas pu payer les frais funéraires. Elle a trois enfants, dont une fille qui vient la voir régulièrement et l'aide beaucoup.

C : Elle a été élevée par des « parents nourriciers ». Dès l'âge de 10 ans, elle devait s'occuper de la mère d'accueil « très très malade » y compris l'aide à la toilette. Ancienne nourrice et aide-ménagère. Elle a 7 enfants d'un mariage mais n'est quasiment plus en contact avec eux (ils vivent dans d'autres villes de France). L'un des fils a été handicapé pendant 3 ans suite à un accident de moto. Une des filles a eu une relation incestueuse avec son père, soit l'ex-mari de madame C, en sont nés 3 enfants handicapés, petits-enfants de l'enquêtées. Divorcée de son mari quand ses enfants sont devenus adultes (pas clair si cette relation incestueuse a eu lieu avant ou après le divorce). Son nouveau compagnon avec qui elle vit sort d'une longue hospitalisation suite à une agression.

D : Elle a grandi à l'orphelinat depuis l'âge d'un an et demi en Alsace, suite à l'internement de son père dans un camp de concentration en Russie. Celui-ci n'a pas récupéré sa fille à la libération mais a eu d'autres enfants. Orphelinat où elle avait « tout le temps faim » et où elle était parfois battue. A 16 ans, elle est partie dans un centre ménager pour apprendre pendant 2 ans la cuisine, la couture, la puériculture, ce qu'elle a adoré. Puis a été « bonne à tout faire » dans des familles « huppées » à Strasbourg. Prétendait aller à l'église, mais allait en réalité à la bibliothèque située à côté. Puis elle a voulu travailler à l'hôpital, et a débuté en ASH en Clinique à Strasbourg. Elle a été enceinte. Le père de l'enfant aurait voulu l'épouser mais elle lui a demandé d'être sérieux s'ils se mariaient et il n'a pas accepté. Elle a dû changer de travail pour les cuisines de la clinique puis a été dans d'autres structures de soin.

Elle a eu des soucis avec sa supérieure, qui l'a licenciée après 5 ans, selon elle de façon injustifiée. Elle vit dans l'appartement qui était initialement celui de sa sœur et qu'elle a rejoint, entre Neuhof/Meinau, depuis plus de 10 ans. Sa sœur est décédée il y a quelques années, elle n'a plus de frère ni de sœur.

B. Etat des lieux des pratiques des habitants du Neuhof

1. Déroulement et contenu des repas

- Alimentation : selon leurs déclarations le contenu des repas semble diversifié chez chacune des interviewées, avec des similitudes entre elles. Au petit déjeuner, tartine (beurre et/ou confiture) café, parfois un croissant. Pour les autres repas on me parle de soupe, mélange de légumes, omelettes, avec parfois du riz ou des pâtes. Il n'y a pas eu de mention de poisson, par contre la viande, et surtout la charcuterie, est souvent citée. Les repas se concluent généralement par du fromage ou un yaourt. Les desserts sont occasionnels « de temps à autre on prend un kougelhopf ou un petit streussel mais c'est exceptionnel, mais ça ça arrive peut-être une fois par mois » Mme C.
- L'architecture des repas correspond en règle générale au modèle français de trois repas par jour.
- Les situations d'isolement sont fréquentes, or on remarque dans leurs discours que les repas partagés sont préférés aux repas isolés. Les interviewées cuisinent toutes de moins en moins, et surtout dans les situations d'isolement, avec souvent une rupture par rapport à quand elles étaient « jeune ». En effet, le changement de situation familiale peut s'accompagner d'une déstructuration des comportements alimentaires. Mme C « Je cuisine encore mais je n'arrive plus à cuisiner comme je cuisinai », Mme B « [aimer cuisiner] avant oui maintenant plus ». Ce qui peut être à l'origine **d'une restriction alimentaire**, Mme B : « Les repas je n'les fais plus » « j'ai pas envie de me faire à manger. J'ai pas envie de

sortir toutes les marmites là » « le midi j'ai même pas faim [...] j'avais les restes, j'ai mangé toute seule une assiette, je suis toute seule ». Ou **d'une simplification des repas** (plat unique/plat surgelé) parfois au détriment de la qualité nutritionnelle vers des produits transformés par l'industrie agro-alimentaire : Mme D « Je ne prends que des légumes surgelés, ça m'évite d'éplucher, ça m'évite d'avoir des déchets, j'ai tout et plus qu'à mettre dans la casserole » « D'habitude, je dîne en boîte, » « Non pour la bouffe je ne suis pas compliquée, j'aime bien aussi me faire des spaghettis avec de la sauce tomate simplifiée, **la plus simple possible** » « Vous avez un tube de sauce tomate, moi je prends surtout les tubes, pourquoi, parce qu'une fois que vous l'avez ouvert, la boîte vous êtes obligés de mettre dans un bocal ou autre alors que le tube, vous vous servez, vous refermez et c'est bon », Mme A « Je suis trop fainéante pour manger... alors je mange une tartine » « Alors je mange une tartine et j'ai pas envie, je suis pas motivée pour manger quoi (quand seule) ». L'isolement, qui est en lui-même un indicateur de fragilité et de précarité, semble induire une **transformation du rythme alimentaire et une détérioration de la qualité des repas** vers une simplification et une restriction alimentaire.

- le grignotage entre les repas, qui peut être vu comme une logique compensatoire de cette hyper-simplification des repas, était aussi présent dans les discours. Il concernait souvent des produits de mauvaise qualité nutritionnelle, en toute connaissance de cause de la part des interviewées : Mme A « Oui ça m'arrive, comme tout le monde [...] Des bretzels , des chips.. **tout ce qui est mauvais** », Mme C « Avant je grignotais beaucoup aussi mais maintenant plus [...] tout ce que j'avais sous la main... avant je grignotais tout [...] des bonbons des chocolats les trucs comme ça les Smarties pff »

2. Stratégies d'achat et logique du choix alimentaire

- Lieux d'achat :

Les marchés, au Neuhof ou au Neudorf, sont souvent préférés pour les produits frais. Le reste des achats alimentaires se fait en grande surface : LIDL, Norma, Auchan, Leclerc. Le choix du lieu est fortement dépendant des prix.

Mme A « .. je vais au Lidl parce que c'est un peu moins cher ou le Norma quoi. »

Mme D : « Les gens ils imaginent que parce que c'est moins cher, c'est pas bon [au LIDL].. je vois pas pourquoi les gens ils s'imaginent de payer plus cher c'est la meilleure qualité, ce n'est pas vrai »

- Critères de choix :

Entre deux types de produits prime souvent le goût. Également, l'aspect, la fraîcheur pour Mme C et D. Mais pour distinguer deux produits du même type c'est bien le prix qui est déterminant. L'importance de ce critère de prix a également été relevée dans les autres travaux de FETOMP 1 et 2.

Mme C : « Oui c'est vrai surtout maintenant où tout a augmenté, il faut faire vraiment attention, on ne peut plus dire, tiens je prends ça, tu vas d'abord regarder deux, trois fois pour comparer les prix.. les carottes c'est les mêmes, les navets c'est les mêmes, les céleris c'est la même chose, si seulement c'est 30 centimes et 30 centimes c'est déjà une fortune... 30 centimes par-là, 30 centimes par-là ! »

Mme A utilise l'application YUKA (Cf présentation ci-dessous) pendant ses courses, suite aux recommandations de Marie, son infirmière : elle scanne en effet beaucoup de produits, mais il y a rarement un impact sur le choix du produit, en tout cas pour son menu à elle, car elle dit le « faire beaucoup pour son mari ». Mme A : « Elle m'a même donné l'application

YUKA et en ce moment je suis en train de contrôler tout dans les magasins, qu'est-ce que je dois prendre ou pas... Ouai et je regarde. Mais y a beaucoup de choses qui sont mauvaises hein -rire - Y a plus de mauvais que de bons »

L'application YUKA est une application mobile française créée en 2017 et qui compte fin 2019 plus de 12 millions d'utilisateurs. Elle permet aux utilisateurs de scanner le code barre de leurs produits alimentaires (également cosmétiques) et d'obtenir une évaluation sous la forme d'une note, associée à un code couleur simple rouge-orange-vert et d'éventuelles recommandations pour orienter vers un produit similaire mieux noté si besoin. Cette note est notamment le résultat de la **qualité nutritionnelle du produit** (60%) évaluée par le **Nutri-Score**, ce dernier a été conçu dans le cadre du Programme National Nutrition Santé, et se base sur les calories, le sucre, le sel, les graisses saturées, les protéines, fibres etc. La note prend aussi en compte la présence d'additifs (30%) et la dimension biologique (10%). Cette application gratuite a pour but d'aider les consommateurs à faire les meilleurs choix pour leur santé et permet de rendre accessible à tous une forme de connaissance sur la nutrition.

En dehors de cette mention, il n'a pas été signalé de choix en fonction du **caractère nutritionnel** du produit. On constate que l'un des principaux facteurs influençant les stratégies d'achat ici, c'est bien **la pression économique**.

3. Les activités

- Les activités en extérieur

- Mme B allait à la piscine dans le centre de Strasbourg en voiture avec une amie, mais depuis que la piscine est fermée pour travaux, elles n'ont pas voulu aller dans une autre piscine. Alors que « ça me faisait du bien, la piscine ça me faisait du bien ». Cette piscine était la seule de Strasbourg à proposer des horaires d'ouverture réservés aux femmes. Il est possible que ce facteur l'encourageât ou la rassurât, par rapport aux autres établissements

ouverts actuellement. Mme B a décrit lors de son entretien des violences conjugales notamment sur le plan sexuel, et on peut se poser la question, dans ces circonstances, du vécu du regard des hommes sur elle et de leur proximité dans une situation où elle pourrait se sentir exposée (en maillot de bain).

- Mme A et C sortent plusieurs fois par jour pour promener leurs chiens, tous les jours, dans le quartier du Neuhof, dont le parc Schulmeister. Certaines promenades de la journée durant plus d'une demi-heure, surtout lorsque Mme C est accompagnée d'autres dames du voisinage et Mme A de son mari.

Lorsque je leur demande si elles font « du sport », la réponse est clairement négative chez ces deux dames : Mme C « Du sport, ah ça j'ai jamais vu mais j'ai beaucoup marché » et Mme A « Oui de la marche, pas beaucoup de sport, mais de la marche ».

Réponse de Mme D : « activités dehors ? non pas spécialement »

- Mme A et Mme D mentionnent toutes les deux, que leur infirmière Marie leur a déjà proposé de venir se joindre à elle pour des groupes de marche qu'elle organise toutes les semaines : les volontaires se présentent au point de rendez-vous dans le Neuhof et marchent ensemble environ une heure. Mme A n'est « pas motivée » car « Je suis pas une personne qui fréquente assez de monde. Je suis assez renfermée ou alors de la famille quoi. C'est pour ça alors je suis pas trop motivée » et elle préfère attendre son mari pour pouvoir aller à son rythme avec lui. Mme D m'explique que « Je ne veux pas, j'ai pas envie pour l'instant » notamment parce qu'elle a peur d'avoir besoin d'aller aux toilettes si elle marche trop longtemps et ne pas avoir le temps de rentrer chez elle.

La pratique de la marche est souvent tributaire de l'aménagement de l'environnement urbain, ici les interviewées privilégient par exemple les espaces verts (comme le parc Schulmeister), et de certaines structures comme des toilettes accessibles rapidement dans la zone.

L'absence de ces structures peut être un frein à la marche.

- Les activités en intérieur

- Mme B fait de la danse/gymnastique à la maison, elle s'inspire d'un programme qu'elle a vu à la télévision : « du sport en musique ! Je me tiens la chaise, je soulève le pied... J'ouvre les bras, je ferme, je soulève .. je danse avec la musique... vraiment la musique elle fait boum boum boum vous voyez... (rires) sinon je me régale avec ça»

- Mme B, C et D me citent également le ménage à la maison.

Mme D : « Je marche dans mon appartement, je fais le ménage, je fais la cuisine, je vais dans cette chambre, je vais dans l'autre, je ne suis pas assise devant l'écran »

Mme C : « J'ai de l'activité toute la journée, comme je ne peux pas continuer en un seul morceau il faut toujours entre-temps que je me repose un peu »

- Mme C parle également des séances de kinésithérapie au domicile, 2 fois par semaine, pour son équilibre.

- Mme B aime beaucoup lire, surtout depuis que sa télévision est en panne.

Le niveau d'activité physique considéré ici est donc relativement faible, en

comparaison des recommandations mondiales de l'OMS par exemple (2010) : les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

La marche est l'activité physique la plus pratiquée chez les interviewées, même si dans leurs propos elle n'est pas toujours considérée comme « une activité

physique » quand je leur pose la question : « du sport, ah ça j'ai jamais vu mais j'ai

beaucoup marché » (Mme C). La marche peut être considérée comme d'intensité légère,

modérée ou élevée selon les situations. L'objectif en nombre de pas habituellement cité est

de 10 000 pas par jour, mais les impacts positifs seraient déjà retrouvés pour un nombre de pas inférieur. Selon la description lors des entretiens, il s'agit plutôt d'une intensité légère et pour un nombre de pas inférieur à cet objectif.

Cependant, au-delà de 65 ans comme c'est le cas chez certaines interviewées, ces objectifs généraux sont revus car il faut faire attention avec l'avancée en âge, les capacités d'adaptation à une hausse de la pression artérielle et les capacités de thermorégulation diminuent et le seuil de la sensation de soif augmente. L'activité physique doit donc être **raisonnée et adaptée aux capacités physiques et cognitives de la personne âgée**. Chez la personne âgée présentant des facteurs de risques cardio-vasculaires, **l'intensité de l'activité devrait être limitée (modérée)** et régulée à partir de la perception de l'effort et/ou de la fréquence cardiaque. Les interviewées présentent des facteurs de risque cardio-vasculaire et une réduction de leur capacité physique, ce qui réduit le seuil d'activité physique recommandé chez elles. (41)

En conclusion, on constate que la pression économique, et la faible pratique d'activités physiques sont fortement présentes dans les discours des interviewées. Elles accompagnent souvent la précarité, transformant les stratégies d'achats et les logiques de choix alimentaire, et pourraient être responsables d'un déséquilibre entre les apports énergétiques et les besoins, favorisant le surpoids.

C. Quels sont les freins identifiables à une meilleure hygiène de vie ?

1. Maladies et incapacité

Sur le plan médical, tout d'abord toutes ces dames sont diabétiques de type 2, pour certaines insulino-requérantes. Elles présentent également une atteinte cardio-vasculaire,

allant jusqu'à une cardiopathie ischémique pontée, mais ces pathologies ne sont pas citées par elles comme très « contraignantes ».

En effet, quand on leur demande ce qui les gêne le plus dans leur vie quotidienne, ce qui a le plus d'impact sur leur vie, les réponses sont clairement de l'ordre **rhumatologique/traumatologique** : douleurs d'arthrose, des pieds, des mains, des genoux, chirurgie de l'épaule etc. Mme A regrette par exemple de ne plus pouvoir faire de vélo, qu'elle pratiquait beaucoup dans sa jeunesse, pour cette raison.

L'incapacité qui découle de ces pathologies a clairement un retentissement, à la fois sur le niveau d'activités pratiqué, mais aussi sur les activités de la vie quotidienne (le ménage, la vaisselle, les courses). Ces pathologies, fréquentes avec l'âge, pourraient aussi être liées à leurs anciennes activités professionnelles, qui peuvent être considérées comme « à risque » sur le plan des répercussions sur l'appareil locomoteur (aide-ménagère, ASH, aide à domicile). Ces résultats concordent avec les résultats d'autres travaux du groupe FETOMP, où les maladies responsables de handicap sont considérées comme le premier frein à la pratique d'activités physiques.

L'incontinence urinaire ou la peur de chuter sont également citées dans les raisons limitant les activités extérieures.

2. Origine du poids et intérêt porté à la nutrition

a) Représentations sur l'origine du poids

- Rapport entre alimentation et surpoids :

Pour illustrer ce point, commençons par un extrait de l'entretien de Mme A au début de l'entretien quand on parle des repas, elle dit « des repas ? je mange très mal. C'est pour ça je prends du poids... ». Plus tard quand je lui demande d'où vient son surpoids selon elle : « Si je le savais je vous le dirais ! je ne sais pas malheureusement ! et pourtant je fais des

salades, je fais des légumes, même je mange maintenant des compotes parce que je mange pas assez de fruits... je bois de l'eau » aussi « alors je peux pas dire que je grossis par ce que j'ai mangé, vous voyez ce que je veux dire. J'ai mangé juste pour grossir pour me goinfrer, c'est pas vrai ». La différence de discours quand on aborde **directement la question du poids** est frappante, ce qui nous conforte dans notre choix de ne pas avoir présenté ce projet comme un « projet autour du poids » mais plus largement sur « les habitudes de vie », ainsi que le choix de ne pas aborder la question du poids au début de l'entretien.

Chez cette dame, qui a pris 30kg en 10 ans, il y a aussi un véritable fossé entre « **les autres** qui sont obèses » « eux je veux pas dire y en a certains qui sont obèses pas pour rien parce que quand tu vois les reportages et tout ça... Ils mangent ils sont obèses ok » et elle qui déclare ne pas manger « des tonnes » : « un quart de côtelette » (le reste c'est pour les chiens), « un quart de pizza », juste une merguez salade le soir, la moitié des plats distribués par l'ABRAPA à sa belle-mère le midi et qui va au fast-food une fois tous les 6 mois... Cependant avant qu'on aborde directement la question du poids, elle me disait ne pas cuisiner pour elle seule quand son mari travaille, et avoir souvent recours à un repas très simplifié comprenant uniquement des tartines « et ça c'est très mauvais », avec du pâté ou du fromage par exemple (« tous des mauvaises choses »).

On note dans son discours qu'il semble y avoir une représentation assez binaire des produits alimentaires, entre les bons d'un côté et les mauvais de l'autre, même si on ignore le sens de « mauvais » chez elle : mauvais pour la santé, pour le poids ou autre chose ? Cette division simplifiée entre les « bons » et les « mauvais » produits est retrouvée dans les autres travaux FETOMP.

Ces aliments « diabolisés » (pizzas ou *fast food* notamment) sont, pour certains interrogés, une source certaine de prise de poids. Concernant Mme A ou d'autres patients rencontrés lors de consultations dans les cabinets en remplacement, j'ai pu remarquer qu'il y a souvent

une incompréhension de la part des personnes en surpoids, liée au fait qu'elles estiment (et possiblement à raison) manger raisonnablement ces produits considérés mauvais, comme s'ils étaient la seule source possible de la prise de poids, alors que cette vision simplifiée est incorrecte. Un autre revers de cette division binaire : Valérie Budendorf remarque dans son observation d'une personne obèse, que lorsqu'elle pense que le produit est « bon », elle tend à en consommer une grande quantité (tout un paquet de biscuits aux pommes par exemple).

Mme D également s'interroge sur l'origine de son surpoids, qui pour elle n'est pas liée à l'alimentation : « d'où vient ce poids, je ne sais pas, je mange, je ne bouffe pas, je ne suis pas un ogre ». Il y a dans leurs discours une représentation telle que pour que l'alimentation joue sur le poids, il faut « manger des tonnes », « être un ogre », « se goinfrer », être donc dans **un grand excès**. Et il semble qu'elles associent les excès, et donc la prise de poids, plus souvent à un problème de quantité que de qualité. Mme C « je ne fais pas d'excès, là j'ai fait un peu d'excès, j'ai mangé un peu de chocolat pour Noël et j'ai fini d'ailleurs aujourd'hui là les trucs mais maintenant je fais plus rien, j'en achète plus, c'est fini parce que ça c'était encore mais maintenant c'est fini » (entretien réalisé début février).

L'origine alimentaire de la prise de poids n'est donc pas évoquée dans ces entretiens, en tout cas pas concernant leurs prises de poids personnelles (mais chez les autres oui), hormis le premier exemple chez Mme A (Cf l'extrait précédemment cité), qui est revenue sur ses propos dans la suite de l'entretien. Au contraire donc les discours vont dans le sens inverse : il y a une prise de poids alors qu'elles considèrent manger correctement. Mme B n'a par exemple jamais essayé de modifier son régime alimentaire en vue de perdre du poids, elle a toujours attendu « que le poids s'en aille comme il est venu quoi... » (c'est-à-dire sans qu'elle sache comment). De plus, quand je demande à Mme D si elle pense que son alimentation joue sur ses résultats sanguins de type cholestérol ou diabète, elle me dit clairement que « non ». Dans leurs représentations, il n'y a donc pas non plus de lien établi

entre l'alimentation et la santé, notamment les dyslipidémies ou le diabète, en ou en tout cas pas sur les marqueurs biologiques de ces maladies.

Ces résultats peuvent étonner : dans le travail de thèse de Baptiste Gault, dans le groupe FETOMP 1, les patients mentionnaient le plus fréquemment l'alimentation comme cause de leur surpoids (42). Il s'agissait de propos tenus lors d'entretiens téléphoniques réalisés après une rencontre avec des étudiants chez leur médecin. Cependant, à l'inverse, Marie Quinchon (43), qui a réalisé des entretiens au domicile de personnes précaires pour FETOMP 2, a obtenu des résultats concordants avec les miens. Aucune des personnes qu'elle a interrogées ne faisait le lien entre leurs habitudes alimentaires et leur poids, comme si elles étaient des exceptions, acceptant ce lien pour les autres mais non pour elles. Marie Quinchon se présentait comme une étudiante (sans préciser la discipline) mais elle n'était pas passée par un intermédiaire médical (comme c'était le cas pour Baptiste Gault dans le groupe FETOMP 1). Mon intermédiaire était, pour rappel, l'infirmière ASALEE, et non le médecin, et je les appelais et les rencontrais directement seule.

Alors comment expliquer cette différence de réponses ? La différence dans l'abord des patients peut-elle avoir changé le discours des personnes interrogées ? L'association connue des étudiants de FETOMP 1 avec leurs médecins a-t-elle pu modifier leurs réponses ? Par exemple, en adaptant leur discours et en répondant ce que les interrogés pensent que le médecin voudrait entendre et non ce qu'ils pensent sincèrement ? Une autre différence notable étant que dans le groupe FETOMP 1, il s'agissait d'entretiens téléphoniques et non présentsiels.

- D'autres origines à la prise de poids sont mentionnées par ces femmes
- **Les grossesses** « j'ai eu des grossesses très difficiles, j'ai eu 3 césariennes. 5 ans après le dernier j'ai eu une totale » Mme B
- **Les médicaments** « Et tous les cachets que je prends... faut aussi voir hein ! y'a pas seulement le manger qui fait grossir » Mme B

- Les **prothèses** de hanche « j'ai déjà dit c'est mes deux prothèses qui, parce que c'est encore du métal et Dr, celui qui m'a opérée en 2001, il m'a montré la prothèse, la totale, ça fait du poids quand même, si on enlève ce poids, ça fait toujours un kilo en moins, bon pas tout à fait un kilo » Mme D
- L'arrêt du **tabac**, Mme A

Ces résultats concernant les représentations sur l'origine du poids recourent les résultats d'autres travaux de recherches du projet FETOMP 1 et 2 : de nombreuses causes en dehors de l'alimentation ou du manque d'activité physique ont été évoquées pour expliquer la prise de poids comme les grossesses, le tabac ou la iatrogénie. Lors des rappels réalisés par Baptiste Gault, les interrogés mentionnaient également le stress ou un état anxieux. Plusieurs fois dans ces travaux, les interrogés ne trouvaient tout simplement pas de quelle origine pouvait provenir leur poids. On remarque ici que les représentations des personnes étudiées ne s'accordent pas avec les représentations médicales du surpoids.

b) Connaissances et intérêt porté à la nutrition

- La question abordant les connaissances sur la nutrition n'était pas toujours bien comprise

Elle peut en effet être difficile à formuler en restant ouvert, peut-être du fait de la barrière de la langue (Mme B ci-après est italienne mais elle parle couramment français) ; mais on peut aussi se demander si « la notion de manger sainement » était connue.

« - Est-ce que vous savez d'où vient pour vous l'idée de manger sain ?

Mme B - Sain c'est à dire "sain" ? C'est quoi sain ?

- Bah je sais pas qu'est-ce que ça veut dire pour vous manger sain ? Manger bien ?

Mme B - Les jours de fête

- Manger bien pour la santé peut-être ?

Mme B - Je vois pas...

- Est-ce que vous faites un peu attention à ce que vous mangez ? A la nutrition ?

Mme B - Ah bah oui oui !!! Je mange pas gras, je mange pas gras... »

- Quelles connaissances sur la nutrition sortaient de ces entretiens ?

Globalement, ces dames ont toutes conscience qu'il ne faut pas « manger gras » (limiter l'huile par exemple), manger des légumes, des fruits, éviter la charcuterie (même si les knackwurst à la volaille « elle a le droit » à la différence des normales au porc - Mme C - et parfois aussi un peu de saucisse à tartiner), limiter les sodas etc... **Mais dans quelle mesure, là on ne sait pas trop, encore une fois il y a une notion de quantité.** Mme A par exemple, qui était la plus préoccupée par son poids et la plus sceptique quant à son origine m'avoue tout de même « un petit défaut, je buvais du coca, mais je buvais une canette par jour ! C'est pas énorme ! C'est quand même énorme parce que y a beaucoup de sucre, mais une canette par jour vous allez pas me dire que c'est énorme ». Elle sait qu'il faut limiter le soda en raison de sa teneur en sucre, mais à quelle quantité ? Ce n'est pas clair, une canette est-ce trop ou non ? Elle ne sait pas. Ce qui peut aussi être le résultat d'une croyance fréquente des consommateurs comme quoi la quantité proposée sur les lieux d'achat est une indication de la quantité à consommer par repas et par personne : ici une canette de soda semblerait être la quantité « normale » pour une personne pour un repas ou pour une journée.

On retrouve ces doutes sur la « bonne » quantité dans le travail de Valérie Bubendorf où la personne qu'elle observe revendique « faire attention au sel » tout en proposant des plats très salés (qu'elle avait salé plusieurs fois lors de la cuisson et avant le service) (44). C'est aussi un constat que je fais en consultation, les recommandations que les patients connaissent sont souvent simplifiées pour être facilement assimilées « moins de ceci » « plus de cela » mais au final on se rend souvent compte à l'interrogatoire que le « moins de pâtisserie » (par exemple) pour le médecin n'est pas le même que le « moins de pâtisserie

pour le patient ». Ces conseils non quantifiés sont peut-être trop abstraits pour être facilement intégrés au quotidien, et je pense que quelques repères en matière de quantités, adaptés au quotidien de la personne et discutés avec elle, rendraient le conseil plus concret et ainsi peut-être plus facile à suivre.

Il y a également l'idée que « manger sain » c'est manger ce qui est « **cuisiné maison** », selon Mme A, qui décrit aussi avoir du mal à se motiver pour cuisiner pour elle-même et manger quasiment tous les midis les plats ABRAPA avec sa belle-mère. Cette valorisation du « fait maison » a été retrouvée dans d'autres thèses réalisées pour FETOMP 2.

- D'où viennent ces connaissances ?

Quant à l'origine de ces connaissances sur l'alimentation, ce n'est en tout cas **pas le médecin**, qui n'en aurait jamais parlé aux enquêtées, sauf pour Mme C quand on insiste un peu :

- « - Le diabète qui m'a aidé à avancer ? C'est pas le médecin !
- Oui et est-ce que c'est lui qui vous a dit qu'il fallait faire attention pour manger ?
 - Non, tout simplement, dans le temps, c'était comme ça, il faut manger beaucoup de légumes, pas de charcuterie ou très peu,
 - Qui vous avait dit ça ?
 - Le médecin traitant, ça c'était le médecin... »

Mme A et Mme B pensent n'avoir jamais discuté d'alimentation avec leur médecin traitant. Ce qui semble étonnant car en dehors de la situation de surpoids, elles sont diabétiques toutes les deux, ce qui laisse penser qu'il y a vraisemblablement dû y avoir une information sur l'alimentation délivrée à un moment dans leur suivi. Ce discours a-t-il été insuffisant ? En tout cas il n'a pas été marquant pour elles. L'infirmière quant à elle aurait déjà donné des conseils à Mme A ou Mme B : ne pas sauter le petit déjeuner (Mme A), ne pas prendre une tartine au repas de midi « c'est mauvais pour mon corps comme elle a dit Marie » (Mme A). Finalement quand je demande aux enquêtées si elles ont des questions à poser sur

l'alimentation à leur médecin ou à l'infirmière, la réponse est négative. Mme A serait pourtant intéressée pour voir une nutritionniste, sur les conseils de l'infirmière Marie.

Alors quelle est l'origine de cette connaissance nutritionnelle si elle n'est pas dans le discours médical ? Globalement « on le sait » « c'est comme ça », une sorte de croyance populaire. A aucun moment, elles n'ont mentionné les campagnes publicitaires ou de prévention concernant l'origine de ses informations. Est-ce que ces messages sont inefficaces ? Ou bien est-ce que l'origine inconnue floue, qu'elles ne savent pas préciser, pourraient provenir de ces messages qu'elles auraient entendus sans vraiment enregistrer d'où ils provenaient ?

Mme A pense que certaines connaissances proviennent de son **expérience professionnelle** dans les cuisines.

Mme A, comme on l'a déjà dit, utilise sur les conseils de l'infirmière Marie **l'application YUKA** : elle scanne beaucoup de produits lorsqu'elle fait les courses, et réalise ainsi que nombre de ses produits y sont classifiés « mauvais », dans le rouge. Cette application peut donc également être considérée comme une source d'information.

En conclusion, il y a certes des **erreurs** dans certaines croyances (knackwurst, sodas et de façon générale l'estimation d'une quantité raisonnable) mais globalement les messages d'une alimentation équilibrée semblent bien avoir été **entendus**, même si on ne sait pas d'où ils proviennent. La question reste celle de l'application de ces connaissances en pratique.

Ces résultats sont complètement en accord avec ceux de Valérie Bubendorf, Marie Quinchon ou Baptiste Gault : les personnes en surpoids interrogées connaissent les grandes notions de nutrition pour avoir un repas équilibré, mais les difficultés sont dans l'application de ces dernières. Pour quelles raisons ? Une des réponses qui a déjà été évoqué est la pression économique : lorsque le budget est limité, le critère principal d'achat d'un produit est son prix, et non sa qualité nutritionnelle. Une autre réponse résiderait dans l'absence de

reconnaissance du lien entre leur alimentation et leur surpoids comme nous l'avons vu. D'autres éléments de réponses seront observés dans ce travail.

3. Le vécu du surpoids par les enquêtées : une lourde préoccupation ?

Le principal constat lorsqu'on s'intéresse aux histoires de vie des personnes interviewées est la prépondérance des violences, qu'elles en soient les victimes ou les témoins, et de nombreuses sources d'inquiétudes liées à toutes sortes de difficultés matérielles (administratives, financières, de logement etc...). Alors quelle est la place du vécu du surpoids au sein de ce contexte ?

- Dans un premier temps, nous allons nous intéresser aux violences

Elles ont en effet été la principale « découverte » lorsque j'ai réalisé ces entretiens. Elles n'étaient pas particulièrement « recherchées » dans la grille d'entretien, et pourtant elles ont été rapidement et spontanément au centre des discours des personnes interviewées.

Nous retrouvons à travers ces quatre cas des formes différentes de violence :

- Il y a d'abord **la maltraitance dans l'enfance**, terriblement décrite par Mme D : « un orphelinat avec des bonnes sœurs, ce qui n'était déjà pas la gloire, parce que vous savez on a beau dire, je prie le bon dieu, lalali, lalala, mais à la prochaine occasion je t'en colle une, elles étaient rapides pour ça, ah oui oui et elles se promenaient jamais sans leur martinet, sous le truc ». Mme B parle également « de claques » qu'elle a reçues.
- On peut également distinguer dans cette section « **le vécu de la faim** » dans l'enfance, avec toutes les questions que cela soulève quant à l'influence sur le rapport actuel à l'alimentation après avoir vécu ce genre de souffrance, de négligence, sur laquelle nous reviendrons plus tard. Mme D : « on avait faim, très faim, je me rappelle surtout à l'orphelinat quand on allait en forêt, quand je voyais une petite limace, je la mangeais, j'ai

mangé les mouches et jusqu'à la bonne sœur m'avait vu, elle m'en colle une, j'avais faim, il fallait manger, il n'y avait pas de double portion ». Ou bien Mme B « comme mon père était au chômage enfin il travaillait pas quoi, alors [ma mère] elle faisait le ménage chez des gens, et ils me mettaient sur une couverture, et on avait un morceau de pain, on a mangé que du pain sec, ça c'est mes souvenirs hein quand on était tout petit. »

- Ensuite il y a les **violences conjugales** :

- D'ordre physique « c'est seulement une fois après le mariage, mon ex, c'est là où ce que les ennuis ont commencé, mais papa a dit tu sais tu as quand même des enfants, tu ne peux pas divorcer mais j'ai quand même divorcé [...] jusqu'à ce que je peux dire, que mes enfants soient grands et comprennent pour le divorce [... il était méchant votre mari avec vous ?] - oh yé, oui, j'étais même une fois à l'hôpital » (Mme C)
- Sexuel « il a pas su me donner comment dire ça, assez d'affection, et sans amour dans un couple si y a pas un peu d'affection et de l'amour, faut pas prendre et toujours aller au lit, vous me comprenez » (Mme B)
- Verbal et psychologique « parfois il me disait des choses que je ne méritais pas aussi... et après je me suis mis un peu à le haïr », « donc des fois il me disait des cochonneries... terribles... je n'ose même pas les dire... terrible... » (Mme B)
- Et on peut se poser la question de violences économiques concernant Mme B, qui suite au décès de son mari s'est retrouvée dans une situation financière catastrophique « il m'a pas laissé un centime ! rien ! », à tel point qu'elle n'a pas pu lui offrir un enterrement, même sommaire, ce qui a suscité des critiques et des conflits dans son entourage.

- Puis, il y a les **violences des maris sur leurs enfants** : Mme B « avec les enfants il était pas bien, toujours gueuler, [...] Mais à chaque fois qu'on tape, il faut pas mettre ses pieds

sur la chaise, c'est quoi ces conneries ? [...] il était toujours physiquement... les gosses il les tapaient toujours... ». Et l'extrême, Mme C dont la fille « elle avait à faire avec son propre papa », phrase que je n'ai pas comprise initialement, mais après clarification il s'agit bien de relation incestueuse entre son (ex-)mari et leur propre fille, aboutissant à la naissance de trois enfants handicapés.

- Enfin il y a **les violences extérieures au cadre familial** : le nouveau compagnon de Mme C par exemple a été agressé sérieusement à un arrêt de tram, nécessitant une intervention chirurgicale et une hospitalisation de plus de deux semaines en rééducation.

La fréquence de ces violences dans chacune de leurs histoires de vie est marquante et rappelle à quel point ce phénomène est important. Ce point sera approfondi dans la discussion.

- Dans un second temps, intéressons-nous aux préoccupations des interviewées

De la même façon que pour la question des violences, les difficultés de la vie quotidienne non liées au poids ou à la santé, n'étaient pas particulièrement recherchées, hormis en fin d'entretien lors de l'évaluation du score EPICES pour les questions d'ordre financier. En fait, elles ont été évoquées spontanément par les interviewées pendant les entretiens. Différents types de difficultés sont évoquées, qui recoupent différentes dimensions de la pauvreté et de la précarité (Cf infra).

Principalement, il s'agit **de problèmes financiers** : Mme B a eu de telles difficultés financières qu'elle n'a pas pu payer les frais funéraires de son mari, même en empruntant de l'argent à sa sœur. Mme C, ou plutôt son compagnon, se sont retrouvés en difficulté pour régler les soins à la clinique dans laquelle il a été hospitalisé.

D'un point de vue **administratif**, Mme C et son compagnon sont également perdus concernant ses frais d'hospitalisation. Ils ne comprennent pas leur origine, pourquoi ils doivent régler pour une Clinique alors que ce n'est pas eux qui ont voulu y aller mais les

urgences qui l'y ont envoyé, pourquoi ils ont dû payer une caution de 900 euros à l'entrée qu'on ne leur a pas encore remboursée, pourquoi ils doivent payer plus de 600 euros pour une chambre simple alors qu'ils ne l'ont pas demandée, pourquoi la sécurité sociale ne paye pas, ce que la mutuelle paye... De plus, ils n'arrivent pas à contacter l'assistance sociale pour les aider sur ces points. Ils rencontrent d'autres problèmes administratifs concernant des documents pour des aides, ou des papiers médicaux.

Mme B décrit aussi des **problèmes avec son logement** qui est un HLM au 6^{ème} étage, surtout lorsque l'ascenseur est en panne, et mal adapté. On lui a proposé un autre appartement « là-bas au croisement là où y a tous les tox, on peut pas partir d'une rue pour aller à une autre rue et si c'est pour avoir pire, vous comprenez. Celui qui habite pas là-bas il peut pas savoir comment c'est le croisement donc il faut qu'il ferme sa gueule. (..) on fourre pas une femme de 72 ans dans une cité de merde hein » (propos de sa fille)

- Dans un troisième temps, nous nous interrogeons sur le vécu du surpoids dans cette population

Différents vécus ont été décrits par rapport au surpoids. Ceux-ci étaient activement recherchés par la grille d'entretien établie, en comparaison des thématiques de violences et difficultés économiques citées spontanément :

- Mme C, qui pèse 95kg, se sent « bien dans sa peau ».
- Mme D, 98kg, considère que certes « le poids, c'est un problème », mais un problème qui ne la gêne « pas spécialement » voire « pas du tout ».
- Pour Mme B, 90kg, le poids « oui ça gêne », d'abord d'un point de vue fonctionnel, en effet elle se dit dyspnéique à la marche à cause de son surpoids. Ensuite d'un point de vue esthétique « le poids (du ventre) il est allé dans les jambes... affreuses, affreuses, regardez tout là c'est pas beau ça ». Mais le discours repasse rapidement à la gêne fonctionnelle (des douleurs aux jambes qui limitent la marche).

- Et puis il y a Mme A, 90kg, que le poids « gêne énormément », « ça me gêne parce que je suis un peu mal dans ma peau hein ça c'est sûr... », chez qui cela joue « beaucoup » sur son moral et « parfois c'est clair » sur sa confiance en soi. Elle souffre du regard des autres : « Je peux pas vous expliquer ça mais parfois j'ai le moral à plat. Quand je me vois ou quand je me regarde dans le miroir, ou quand je suis en train de chercher un vêtement dans les magasins. Parce que je prends du 46... après j'ai même pas envie de l'acheter parce que ça me fout le moral en l'air c'est clair mais je suis quand même obligée de m'habiller hein j'ai pas le choix.».

L'importance accordée au poids peut également être observée en s'intéressant **à qui a abordé la question du poids** en premier dans les entretiens : ce sont les interviewées pour Mme A (à 7min30) et Mme B (9min40), avec qui ce thème est abordé assez tôt dans la discussion. Alors que dans les entretiens avec Mme D et Mme C, c'est moi qui l'ai abordé après une heure d'entretien (respectivement 1h10 et 1h02). Mme A prononce 23 fois le mot poids dans l'entretien. C'est son entretien qui a la durée la plus courte, d'environ 1 heure. Mme B le prononce 7 fois (1h30), Mme D 5 fois (1h30), et Mme C 1 fois (1h40).

Figure 4 : Temps t de l'entretien auquel le poids est mentionné pour la première fois

	Temps t de l'entretien auquel le poids est mentionné pour la première fois	Intervenant qui le mentionne	Durée totale de l'entretien
Mme A	7min30	Mme A	1h00
Mme B	9min40	Mme B	1h30
Mme C	1h02	Enquêteur	1h40
Mme D	1h10	Enquêteur	1h30

On remarque donc qu'il y a, pour un IMC proche, différents vécus du surpoids. Mme A est celle qui a le plus parlé de poids lors de son entretien, c'est aussi elle qui verbalise le plus la souffrance liée à son surpoids. Elle est également la seule qui n'a jamais déclaré avoir été victime de violences, et elle est celle qui semble souffrir le moins de précarité aux questions des scores EPICES. Il pourrait donc y avoir un **lien entre les violences, les difficultés financières et le vécu du surpoids**. On peut émettre l'hypothèse que les personnes en souffrance, en difficulté, ou qui ont vécu des situations de détresse importante auraient des priorités qui prendraient le pas sur leur poids. Elles auraient possiblement d'autres préoccupations qui prendraient le dessus sur les inquiétudes liées à leur santé ou leur corps (survie économique, difficultés administratives, faire face aux violences, gestion des séquelles d'un traumatisme...).

Le discours de Mme A relate aussi une souffrance liée au regard des autres, une honte par rapport à son poids, proche du phénomène de **stigmatisation** quand elle dit que « quand tu arrives à la caisse avec un pantalon 46 on te regarde.. c'est comme ça c'est les gens tu peux pas leur en vouloir mais ça me donne quand même un petit coup c'est clair [...] Mais bon on fait avec hein.. tant qu'ils te montrent pas du doigt ça va encore » Elle semble trouver normal le jugement qui est porté sur elle et l'accepter. La stigmatisation est définie comme un processus qui tend à discréditer un individu considéré comme « anormal » ou « déviant » (45). Au cours d'interactions sociales l'étiquette de « déviant » est attribuée à un individu par d'autres individus supposés « normaux ». Une fois attribuée celle-ci justifie une série de discriminations sociales, voire d'exclusions plus ou moins sévères, que la cible finira par accepter. S'engage alors **une dépréciation personnelle** qui débouche sur une altération de l'image de soi et conduit l'individu à considérer comme légitimes les traitements discriminatoires qu'il subit et les préjudices dont il est victime, comme c'est le cas pour Mme A. Elle décrit même une limitation de ses activités à cause du surpoids, en raison non pas d'une incapacité, mais du regard des autres sur elle : « Déjà aller à la piscine j'aime pas comme déjà je suis obèse [...] Y a beaucoup de choses **que je m'empêche** un peu de faire..

[..] Je sais pas j'irais maintenant pas à la gym, là derrière y a un gymnase on m'a déjà proposé d'y aller mais je me sens pas à l'aise alors je vais pas y aller ». La stigmatisation dans les lieux de sport semble en fermer l'accès aux personnes en situation de surpoids, qui pourtant bénéficieraient grandement d'une augmentation de leur niveau d'activités physiques. Ces situations d'évitement ont également été relevées par Baptiste Gault dans son travail.

Il existe aussi une discrimination liée au statut précaire, nous reviendrons sur ces notions plus tard. Concernant Mme A, on peut imaginer que lorsqu'il y a peu de précarité ou en tout cas peu de discrimination perçue liée au statut précaire, le poids entraîne un fort sentiment de discrimination. A l'inverse, des personnes qui souffrent d'une grande précarité et de stigmatisations vis-à-vis de ce statut social, accorderont moins d'importance au jugement des autres sur leur poids et à l'éventuelle stigmatisation qui en découle, car c'est la précarité qui détermine leur identité sociale.

La place significative des violences et des difficultés notamment financières ou administratives a été retrouvée dans le discours des interviewés de chacun des travaux qualitatifs réalisés dans les groupes FETOMP. La question du poids et de l'alimentation était secondaire face aux difficultés de la vie. La difficulté même à aborder ces questions au cours de ces entretiens a également été décrite par Valérie Bubendorf et Marie Quinchon, tant les discours des interrogées étaient tournés vers leurs autres préoccupations.

4. Syndrome dépressif

La définition d'« **un épisode dépressif caractérisé** », selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (46), inspiré du DSM 5 (47), qui fait référence actuellement, comprend : des symptômes présents durant une période minimum de deux semaines (et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours), qui représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) et qui

induisent une détresse significative. Les symptômes principaux sont une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou un abattement, une perte d'énergie ou une augmentation de la fatigabilité. Les autres symptômes, dont deux au moins doivent être présents, sont : une concentration et attention réduite, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité et d'inutilité, des perspectives négatives et pessimistes pour le futur, des idées et comportement suicidaires, des troubles du sommeil et une perte d'appétit.

Le lien entre syndrome dépressif et surpoids est déjà connu, le second entrant même dans les critères diagnostiques de la dépression comme une « Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours » dans le précédent DSM 4. Il n'est donc pas étonnant de constater dans ces entretiens différents éléments qui peuvent entrer dans la définition d'un syndrome dépressif majeur selon le DSM (HAS).

- Le symptôme le plus souvent retrouvé chez les interviewées est la perte d'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités :

Mme B « Mais là plus rien envie de faire, ni sortir, ni ça, je sais pas qu'est-ce que c'est, qu'est-ce que ça va penser, je sais pas. » « Rien je veux rien faire. J'ai pas envie de faire ça » « J'ai aucune envie » « Non j'ai pas envie de fréquenter des gens en ce moment ».

Mme D qui dit trois fois de suite à quel point elle « n'a pas envie » de sortir (pour marcher ou faire des activités).

Mme A « Y'a beaucoup de choses que j'aimerais faire. Mais bon je ne suis pas assez motivée parce que je suis toute seule [...] J'aimerais faire beaucoup de choses mais la motivation est pas là et comme je peux pas alors ça m'embête un peu [...] Mais c'est vrai que je suis fainéante je me motive pas assez c'est plus ça le problème » « Il faut que je motive c'est vrai il faut que je me motive parce que j'en ai marre d'être comme ça ».

Cette aboulie est surtout décrite par les interviewées quand il s'agit de sortir de chez soi, de faire des activités physiques ou de cuisiner. Elle est souvent donnée en réponse pour expliquer l'incapacité à perdre du poids.

- Mme B présente aussi d'autres signes du DSM en faveur d'un épisode dépressif caractérisé comme :

- Humeur dépressive : elle « a du chagrin » (répété plusieurs fois) suite à des conflits familiaux, et a la voix tremblante lorsqu'elle parle de son ex-mari et de son décès.

- Perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité. : « Maintenant si à peine je me lève, je prends mon petit déjeuner, je m'habille et tout ça et vous savez ce que ça me fait? Bah j'ai envie de dormir... dormir... je dors le matin, vers 10h je me lève, 11h puisque je suis toute seule, qu'est-ce que je vais faire ? »

- Réduction de l'attention et la concentration : « Je sais pas ce que j'ai dans ma tête... est-ce que je deviens maboule ? des fois on se demande hein, avec tout ça on sait jamais hein... voilà », « Dans ma tête je suis pas bien... »

Il est à noter que Mme B, qui présente l'ensemble de ces symptômes, était en train de **perdre du poids de façon inexplicée** pendant mes entretiens. Perte de plus de 25 kg (de 115 à 88kg en deux ans) sans désir de perte de poids, ou de régime volontaire, bien qu'elle déclare avoir diminué les quantités alimentaires consommées, ce n'était pas dans une optique de gestion pondérale : « Oui avant je mangeais bien, avant j'avais toujours faim, je mangeais une assiette, une assiette et demi comme ça, mais là maintenant non » « Je ne me fais plus à manger... et c'est peut-être à cause de ça que je maigris quoi... et c'est depuis que mon mari il est mort. ». L'origine organique était en train d'être éliminée via des examens d'imagerie. Cette perte de poids coïncide avec le décès de son mari, qui était violent et dont elle devait s'occuper à la fin de sa vie du fait d'une maladie d'Alzheimer évoluée.

Il y a donc des symptômes dépressifs marqués associés à d'importantes variations de poids chez Mme B, qui a par ailleurs connu de nombreux traumatismes (violences répétées et décès de son mari). Ses symptômes dans ce contexte peuvent également faire évoquer un syndrome de stress post-traumatique. La prise de poids initiale, ou la perte de poids suite au décès de son mari, peuvent tous les deux être liés à son état psychologique : la perte de poids dans l'état de deuil ou la prise de poids à l'époque liée à la cohabitation difficile et dangereuse avec son mari par exemple. Cette dernière peut correspondre à ce que l'on appelle ***l'Emotional Eating***, c'est-à-dire une tendance à manger en réponse à des émotions négatives (dépression, anxiété, stress) principalement une alimentation riche en énergie et réconfortante. En effet si le lien majoritairement connu entre poids et symptômes dépressifs fait plutôt état de perte d'appétit et perte de poids dans l'épisode dépressif caractérisé, il existe aussi une forme de dépression associée à une élévation de l'appétit et une prise de poids (48). *L'Emotional Eating* est un des facteurs qui pourrait intervenir dans cette seconde forme. Nous reviendrons sur ces notions dans la discussion.

Il est important de souligner que Mme B est plutôt inquiète et non satisfaite de cette perte de poids « Là aussi, mais là j'ai maigri mais je me sens pas mieux que quand j'avais le poids. » Avoir un poids significativement inférieur à celui dont elle avait l'habitude ne signifie pas pour autant le bien-être ou une meilleure santé mentale ou physique pour elle, contrairement à la vision médicale commune.

5. Isolement lié au quartier

Les interviewées déclarent aimer leur quartier, malgré les problèmes de drogue qu'elles sont trois à mentionner, parfois jusque dans leur immeuble. Ces résultats sont en désaccord avec ceux d'autres chercheurs des groupes FETOMP, qui ont souvent entendu des discours relatant de l'anxiété de vivre dans un QPV. L'observatoire national de la politique de la ville estime dans son dernier rapport annuel (2017) que seuls 6 % des habitants des quartiers

prioritaires sont très satisfaits de leur cadre de vie, contre 24 % de ceux vivant hors de ces quartiers. (49)

En analysant les discours des interrogées, nous retrouvons tout de même de nombreuses contraintes liées à leur environnement. Mme C parle d'insécurité, notamment dans le tram (pour rappel son compagnon s'y était fait agresser dans l'année précédant l'entretien) et souffre de l'isolement, surtout en soirée. Elle n'ose pas aller en ville alors qu'elle rêve d'aller au théâtre, car les taxis ne la conduiraient pas chez elle tard le soir et le tram n'est pas envisageable. Il y a donc un retentissement sur les loisirs. De même, lors de l'hospitalisation de son conjoint, Mme C a eu de grandes difficultés à lui rendre visite et apporter ses affaires dans les transports en commun.

Mme B et sa fille décrivent aussi d'importants problèmes de logements (inaccessibilité, insalubrité), et des difficultés à obtenir un meilleur logement au vu de l'insécurité majeure présente dans de multiples zones du QPV et qu'elles souhaiteraient éviter.

La seule structure de sport qui a été mentionnée (la piscine par Mme B) est également en centre-ville de Strasbourg, relativement loin de leur quartier, alors qu'il y a une piscine très proche plus accessible. Une explication pour ce choix pourrait être que cette dernière ne propose pas d'horaires réservés aux femmes.

D. Quelle est la place du médecin traitant dans ce contexte ?

Dans ces entretiens, on constate qu'il y a donc de nombreux facteurs intriqués autour du surpoids : la précarité, les violences, la dépression, la stigmatisation, l'isolement, la désocialisation etc... Des facteurs eux-mêmes susceptibles de s'influencer les uns les autres : la précarité sur les violences, les violences sur le syndrome dépressif, la stigmatisation sur la désocialisation, la dépression sur la désocialisation, l'isolement sur la dépression, etc...

A l'intérieur de ce réseau complexe, quelle peut être la place du médecin généraliste ?

Spontanément au cours des entretiens, les interviewées ont parlé de leur médecin traitant, et j'ai encouragé leur parole à ce sujet afin de comprendre ce qu'elles attendaient de leur médecin.

La principale critique et attente qui était formulée c'était **le manque d'écoute/ le besoin d'écoute**. Mme D par exemple répète cinq fois à quel point « l'écoute fait beaucoup ». Ce qui ne semble pas étonnant après un travail comme celui-ci. En effet, je pense que la durée relativement longue (85 minutes en moyenne) de ces entretiens montre que les personnes interviewées avaient besoin, ou au moins envie, de parler et d'être écoutées. Le sujet des violences, apparu dans trois de ces entretiens alors qu'il n'était pas recherché, est particulièrement marquant. Il est abordé spontanément par les interviewées, alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que des thématiques si intimes soient occultées, et prend une part significative de l'entretien. Alors même que j'étais une inconnue pour elles, une étudiante en on-ne-sait-pas-quoi. Pour rappel, je me présentais comme « une étudiante qui fait un travail sur les habitudes de vie des habitants du Neuhof ». Il n'y avait pas de mention de quel type d'études je suivais. Cela a-t-il pu jouer sur le contenu des informations délivrées par les interviewées ? Surement sur tout ce qui concerne la santé, les maladies et le poids, mais il est possible que cela ait aussi eu un impact sur le récit des violences dont elles ont souffert. Je ne connaissais pas ces dames auparavant et j'avais été très brève dans ma présentation, la confiance qu'elles me portaient pour me raconter ces événements m'a donc beaucoup surpris initialement. Mais à la réflexion peut-être que cette distance a permis d'oser dire certaines choses, qu'on ne dirait peut-être pas à son médecin traitant, une personne qu'on est destiné à revoir souvent et qui pourrait connaître certains proches impliqués. Ou bien on peut imaginer que si elles se livrent aussi rapidement à une inconnue qui leur laisse la parole pour parler d'elles et de comment elles se sentent, une réponse similaire serait donnée au médecin si la question était posée dans les mêmes conditions d'écoute.

Concernant les violences, il est à noter que ce point est ressorti assez rapidement au cours de l'entretien (Mme B à 2 minutes, 6 minutes puis 20 minutes d'entretien – Mme C à

15minutes puis 1h20 minutes – Mme D à 21 minutes) ce qui tend à montrer qu'il est bien au premier plan des pensées de ces personnes, a contrario de la question du surpoids qui apparait souvent plus tardivement et souvent uniquement sur sollicitation.

La place du médecin traitant est centrale via son écoute attentive, son soutien, son rôle d'orientation vers d'autres professionnels et de coordination, alors qu'il n'a souvent pas les ressources en termes de temps ou de moyens pour accompagner de telles souffrances. Un accompagnement psychothérapeutique, ou psychiatrique, gratuit, en parallèle à la prise en charge du médecin aurait toute sa place chez les interviewées, et serait probablement bénéfique. Il serait intéressant d'observer les répercussions sur leur poids.

D'autres reproches étaient énoncés dans les entretiens :

- Pour Mme C et son compagnon, ce qu'elle reproche à son médecin c'est **le manque de communication** : « [C'est quoi le rôle du médecin traitant ?] - De vous informer au moins un peu de ce qui se passe » « meilleure communication vers la personne, parce qu'on nous prescrit des médicaments, mais pourquoi ? ». Mr C : « On m'a fait des radios, on m'a donné les radios mais aucune explication, on m'a collé ça sur la civière et puis voilà terminé, moi j'y connais rien » « C'est pas qu'elle se trompe, mais pour les radios, pour les machins, elle lui donne aucune explication, rien » « Même pour les analyses sanguines, nous on y comprend rien ».

Elle fait appel à son pharmacien notamment pour avoir des informations, via ce qu'elle appelle « la puce intelligente » sur le carte vitale (comprenez le dossier médical informatisé), ou lui ramène ses résultats sanguins pour qu'il les lui explique. Elle apprécie aussi beaucoup les spécialistes qui la suivent, cardiologue ou pneumologue notamment, et demande au pharmacien de les contacter directement si besoin. Il semble donc y avoir effectivement un échec de communication entre le médecin de traitant et Mme C.

- Enfin, Mme B, qui présentait tous les signes de dépression, et a souffert récemment du décès de son mari, pâtit du **manque de disponibilité** de son médecin : « Le médecin il a pas le temps. Elle a tellement de monde cette pauvre femme » « Qu'est-ce que vous voulez que j'y fasse ? Je peux pas non plus aller toutes les 5 minutes au docteur ! [...] des fois j'ai pas de réponse c'est tout... j'ai pas de réponse... c'est dur madame c'est dur »

Finalement, ces patientes attendent du médecin de l'écoute, une bonne information sur l'état de santé, et de la disponibilité, qu'elles semblent peiner à recevoir.

Ce sont **les caractéristiques de la relation avec l'infirmière ASALEE que nous avons appelée Marie**, à propos de laquelle elles ne manquent pas de compliments « Ah je me sens très bien avec Mme Marie, elle est unique, elle, elle est unique au monde, aussi simplissime que simplissime, plutôt maternelle [...] parce qu'elle est très très maternelle, gentille et serviable [...] qu'elle est vraiment admirable, sincère, dévouée, tout ce que vous voulez, très très gentille » Mme C.

Avec cette infirmière, elles parlent de repas et de nutrition (Mme A), d'activités physiques (Mme A, Mme B, Mme D), discutent des résultats d'examen (Mme A, Mme C), Marie encourage à une visite chez le podologue ou le nutritionniste (Mme D, Mme A). Des fonctions qui ne sont pas, ou insuffisamment, assurées par les généralistes aux yeux des patientes, allant à l'encontre de leurs représentations du rôle du « bon médecin ». Son action semble donc bien complémentaire à celle du médecin, peut-être plus disponible, en tout cas plus accessible (en visite à domicile une ou deux fois par semaine). Ce dispositif ASALEE, de par le suivi individuel et personnalisé qu'il permet aux patients porteurs de maladies chroniques cardio-vasculaires ou métaboliques, la grande disponibilité et présence au domicile pour les patients, la délivrance de recommandations hygiéno-diététiques ou d'informations sur leur état de santé, a donc toute sa place notamment dans les quartiers prioritaires, où l'isolement est important.

En conclusion, si le médecin traitant a un rôle central dans l'accompagnement des personnes en surpoids, il ne peut pas à lui seul résoudre la question surtout dans ce contexte précaire, où le poids est lié à des facteurs extérieurs qui ne sauraient pour la plupart être de son ressort (violences, difficultés financières, isolement, syndrome dépressif, etc.). Il faudrait une approche globale dans ces quartiers, avec notamment un accès plus facile à des psychologues et à des assistantes sociales. Les politiques de transport, de sécurité, d'offre de structures de sport et d'offre alimentaire sont également liées. Des démarches isolées ne sauraient être suffisantes, si la précarité ne cesse de progresser. La lutte contre la précarité, qui n'est, elle, pas du ressort du médecin mais des acteurs politiques reste donc au centre de cette problématique trop souvent considérées comme purement médicale.

IV. DISCUSSION

Nous allons à présent tenter d'expliquer d'autres liens entre précarité et obésité. Nous avons déjà vu dans ce travail, que les personnes précaires sont fortement touchées par la pression économique notamment concernant le choix alimentaire, qu'il y a une inactivité physique importante (en lien avec les incapacités découlant de maladies, mais aussi de l'isolement de leur quartier) et une forte prévalence des violences dans leur parcours de vie. Le lien entre l'alimentation, l'activité physique et le poids est bien connu.

Nous allons plutôt discuter ici des autres facteurs mis en avant dans les résultats, tel que le stress, les violences, et la dépression.

Tout d'abord, nous allons aborder les difficultés rencontrées pour réaliser ce travail et ses limites. Puis, nous allons nous intéresser aux comportements alimentaires et à l'influence du stress sur ces derniers. Ensuite nous discuterons du lien entre les violences et le poids, et l'association entre le syndrome dépressif et le surpoids. Pour terminer, nous discuterons au vu de ces résultats et de ces analyses, le lien complexe qui unit la précarité et le surpoids et les solutions envisageables pour lutter contre le surpoids chez les individus en situation de précarité.

A. Difficultés rencontrées et limites de ce travail

1. Difficultés rencontrées

- La première difficulté rencontrée était de nature personnelle. Etant donnée ma **timidité**, le principe même du travail qualitatif de devoir réaliser des entretiens m'obligeait à sortir de ma zone de confort. Appeler les gens puis se rendre chez eux était déjà une source de stress. Bien que ce soient des tâches réalisées constamment en tant que médecin, le fait

de perdre cette étiquette de médecin, et de ne plus vraiment avoir une raison « légitime » pour me rendre chez eux, me rendait mal à l'aise. J'avais peur que les gens ne veuillent pas me parler, se demandent ce que je faisais là, remettent en cause ma démarche.

- Concernant le déroulement des entretiens, **la principale difficulté de ce travail s'est présentée : parler de mon sujet, le surpoids chez les populations précaires.** J'ai fait ma grille d'entretien après prise en compte de la littérature scientifique sur le sujet, pour cibler les thèmes de l'alimentation, l'activité physique, le vécu du poids, la précarité... Il me fallait une question d'ouverture : « alors je me demandais comment se passe pour vous la vie ici au Neuhof ? » et je demandais comment la personne était arrivée au Neuhof, ce qu'elle faisait avant, puis je posais quelques questions sur la famille pour voir s'il y avait une situation d'isolement ou non, et je recherchais s'il y avait un emploi ou non. Lorsqu'on parlait de repas, je posais aussi une question sur les repas dans l'enfance « comment ça se passait les repas quand vous étiez petite ? ». A priori ici les questions sont bien dans les thèmes liés à ma question de recherche, cependant ce sont souvent ces mêmes questions qui ont motivé des réponses complètement inattendues, sur les violences et maltraitances que mes interlocutrices avaient subies. Si leurs parcours de vie m'intéressent pour mon analyse, je ne pensais absolument pas obtenir ce genre de réponses. J'étais extrêmement surprise de la confiance qu'elles m'accordaient, et surtout stupéfaite par certaines histoires, à tel point que je ne savais pas quoi leur dire en retour. Ce qui avec le recul, leur a sûrement laissé encore plus de place pour continuer à me les raconter. Et de façon ambivalente, j'ai apprécié de pouvoir leur laisser la parole librement et leur permettre de dire ce qu'elles avaient sur le cœur, mais je ne savais absolument pas comment j'allais pouvoir ramener la conversation aux « fruits et légumes » ou « aux activités physiques ». Ceci a été pour moi la principale difficulté, recevoir ces récits de vie, souvent très durs, d'une part et recentrer l'entretien d'autre part. Et finalement, j'ai réalisé que certes ce n'était pas dans ma grille d'entretien, mais que c'était là tout l'intérêt du qualitatif comme méthode exploratoire par rapport à un questionnaire standard :

« trouver » des éléments que l'on ne recherchait pas à la base. Et que probablement ce n'était pas anecdotique si ce sujet a pris tant de place dans les entretiens. J'ai donc choisi d'utiliser également ces données dans mon analyse.

- Sur **la technique d'entretien**, les recommandations que j'avais lues étaient « être patient, bienveillant, parfois intelligemment critique, non autoritaire. Il ne faut pas juger, conseiller, ni discuter. Il faut intervenir pour aider l'interviewé à parler, dissiper ses inquiétudes, encourager l'expression fidèle et précise de ses pensées et sentiments, aiguiller le discours sur les points oubliés et négligés, soutenir l'émergence de l'implicite et susciter si nécessaire l'explicitation » (40). Il est bien difficile d'être tout cela en même temps, tout en essayant de suivre une grille d'entretien. Difficile également de ne pas du tout poser de questions fermées. Et lorsque je réécoutais les entretiens pour les transcrire ou que je les relisais, je réalisais fréquemment que j'aurais dû réagir à tel terme ou telle phrase, et que je ne l'ai pas fait. Si cela a été une difficulté à la base, je trouve que cet exercice me sert pour ma pratique, car j'ai le sentiment de mieux gérer les questions ouvertes et de ne plus avoir peur « des silences » lors des consultations : souvent les patients les remplissent, et pas en changeant de sujet comme je le croyais, mais ils continuent de développer ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent du problème qui les touche, ce qui peut être très intéressant pour le raisonnement clinique.

- Une autre difficulté était dans **l'évaluation de l'alimentation habituelle** : les propos déclaratifs obtenus concernant les repas habituels ou le dernier repas, permettaient d'avoir un ordre d'idée du contenu du repas, mais sans connaître la quantité prise ou les matières grasses associées pour la cuisson par exemple. Il était donc difficile d'évaluer le caractère nutritionnel de ces repas, (ce qui représente aussi en soi une limite à ce travail) en dehors de l'aspect diversifié au niveau des catégories alimentaires, et de la présence de fruits et légumes dans la plupart de leurs descriptions.

2. Limites de ce travail

- Une limite de ce travail pourrait être dans le faible **nombre** de personnes interrogées, cependant ce point est moins déterminant que dans les travaux quantitatifs. De plus la longue durée des entretiens (1h20 en moyenne) a permis d'avoir un travail en profondeur et de laisser vraiment de la place à la parole des interrogées. Ce travail s'apparente ainsi à quatre portraits sociologiques de femmes.
- Autre limite : il n'y avait que des **femmes** interrogées, ce n'était pas une démarche volontaire. Il y avait peu d'hommes dans la liste de quelques noms de patients que m'a délivrée l'infirmière ASALEE, et en pratique je n'ai pas eu de réponse de leur part. Il y a globalement plus de femmes suivies à la maison de santé du Neuhof que d'hommes, ce qui peut expliquer cette inégalité dans les propositions de l'infirmière. Les autres travaux de FETOMP 2 n'ont aussi concerné que des femmes. Dans l'étude de FETOMP 1, il y avait aussi une prédominance féminine : 61,8% participants étaient des femmes. Elles étaient 1,58 fois plus nombreuses que les hommes au sein de la population en surpoids analysée. (50)
- Enfin on peut se poser la question de la nature du **recrutement** par l'infirmière Marie, bien que le fait de passer par elle soit une caractéristique préétablie de mon travail. Comment a-t-elle choisi ? Bien entendu, il devait s'agir de personnes en surpoids et du quartier, ensuite elle a choisi celles qui selon elle, accepteraient de me recevoir. Elle m'a donné plusieurs noms, et c'est le hasard de leurs réponses ou non au téléphone lorsque j'appelais qui a abouti à ces quatre personnes. La liste de personnes « susceptible d'accepter un entretien » demeure un biais de sélection qu'il faut mentionner. Alors sont-elles représentatives de la population en surpoids dans le QPV du Neuhof ? Selon moi : si leur niveau de précarité et leurs histoires de vie peut paraître à première vue « extrême » pour le lecteur, cela correspond à ce que j'ai pu voir lors de mon exercice en

stage dans ce QPV, et globalement dans les autres QPV de la ville de Strasbourg dans lesquels j'ai également exercé (la Cité de l'III ou la Laiterie). De plus, la question de la représentativité n'est pas cruciale sur un échantillon si réduit qui ne saurait prétendre à généralisation.

B. Comportements alimentaires et stress

Nous allons commencer par nous intéresser au déroulement biologique d'un repas dit normal, puis nous verrons comment le stress peut influencer la prise alimentaire et la prise de poids.

1. Comportements alimentaires et influences psychologiques et familiales

Au moment de l'ingestion, **des facteurs sensoriels** entrent en jeu, selon l'aspect, le goût, la texture ou l'odeur des aliments, et sont responsables de la modulation de la prise alimentaire.

Certains aliments ont un effet **récompensant** et vont procurer un plaisir lors de leur consommation. Il s'agit des aliments dits « palatables », ce qui signifie qu'ils ont un goût décrit comme « agréable » ; en général il s'agit d'aliments riches en calories, sucres ou graisses. Ces aliments palatables activent les systèmes de récompense en augmentant l'activité dopaminergique, et peuvent être responsables d'une augmentation de la prise alimentaire, à la recherche du plaisir qu'ils procurent.

La prise alimentaire est également liée à une adaptation anticipatoire, par rapport à des standards mémorisés sur chaque aliment : cette **mémorisation** automatique des aliments intègre des informations de nature physiologique (probablement les effets rassasiants, énergétiques, ainsi que les troubles digestifs), mais aussi des informations environnementales d'ordre cognitif et affectif qui renforcent considérablement sa

mémorisation (la madeleine de Proust). Ainsi des réponses sont déjà déclenchées en cascade lors du choix et de l'achat des aliments par anticipation du plaisir perçu durant la prise alimentaire.

Le centre de régulation de la faim et de la satiété est l'**hypothalamus**. Il est sensible à des facteurs hormonaux : l'insuline et la leptine qui seront responsables d'une diminution de la prise alimentaire, alors que la ghréline l'augmente (51), (52), (53). Mais il est également influencé directement par la glycémie, via des neurones capteurs de glucose dont l'activité est modulée par les variations de la glycémie ou des taux acides gras libres circulants.

Le comportement alimentaire (ensemble des conduites d'un individu vis-à-vis de la consommation d'aliments) est finement régulé, dans le but global de réguler l'homéostasie énergétique. Cependant cette régulation physiologique est également modulée par d'autres facteurs : psychologiques, sociaux et environnementaux, expliquant la fréquence de l'obésité.

- Facteurs socioculturels et familiaux

Le temps qui sépare deux prises alimentaires n'est pas, chez l'être humain, réglé uniquement par la durée de la satiété mais aussi par des règles sociales (les heures de repas) ou les impératifs de l'emploi du temps (heures de travail par exemple). Ces normes sont enseignées dans l'enfance.

De même, les habitudes alimentaires familiales conditionnent le comportement alimentaire futur de façon notable. Les comportements alimentaires ont **un caractère habituel majeur**, et sont souvent acquis dans **l'enfance** comme une « norme », puis reproduits à l'âge adulte. On pense ici à Mme A, qui ayant grandi dans un foyer pauvre, n'avait souvent que des tartines de pain pour les repas du soir. Actuellement, il lui arrive assez souvent de ne pas se faire à manger quand elle est toute seule et de remplacer le repas du soir par des tartines avec du fromage ou du pâté : « c'est de là qu'on a pris l'habitude ça c'est clair parce qu'on a beaucoup mangé comme ça... manger le soir des tartines parce que les parents ont pas

beaucoup d'argent ». Tout en sachant que d'un point de vue nutritionnel «ça c'est très mauvais » : « en ce moment c'est qu'une tartine et du café et (l'infirmière) Marie a dit c'est mauvais je sais ».

Mme D décrit très clairement une restriction alimentaire à l'orphelinat où elle « *avait tout le temps faim* ». On peut s'intéresser **aux répercussions sur le comportement alimentaire, de l'insécurité alimentaire dans l'enfance**. Dans *Growing up poor: Long-term implications for eating patterns and body weight* (54), par Christine M. Olson, Caron F. Bove, Emily O. Mille, publié en 2007, les enquêteurs ont interrogés 30 mères de famille, âgées de 19 à 48 ans, en collectant des informations qualitatives et quantitatives, afin de comprendre si la privation alimentaire associée à la précarité dans l'enfance pouvait entrer en jeu dans le lien entre un bas niveau socio-économique (*SES socioeconomic status*) dans l'enfance et l'obésité à l'âge adulte. Pour l'analyse, le *low SES* (bas niveau socio-économique) comprenait les femmes dont aucun des parents n'étaient diplômés du lycée ou dont la famille avait bénéficié d'aides sociales quand elle était enfant. **Les résultats montraient que 80% des femmes ayant grandi dans le *low SES* étaient en surpoids ou obèses, contre la moitié pour les femmes ayant grandi dans un meilleur niveau socio-économique**. Statistiquement, il n'y avait pas de différence significative selon les niveaux socio-économiques sur le comportement alimentaire ou la sensation d'insécurité alimentaire à l'âge adulte. Cependant dans la partie qualitative du travail, plusieurs femmes interviewées font état d'une augmentation importante de la quantité alimentaire des repas, souvent dans les suites des périodes de restriction alimentaire, comme à la fin du mois où il n'y avait plus d'argent pour acheter à manger. Une femme décrit même des épisodes d'« **hyperphagie boulimique**» (*binge eating*) dans l'enfance : définie par le fait de manger dans une courte période (moins de deux heures) une quantité de nourriture très supérieure à celle que mangerait un individu normal dans les mêmes conditions. La définition sous-tend aussi une notion de perte de contrôle pendant ces épisodes. Cette femme décrit toujours ce type d'épisode quand elle est anxieuse (fréquemment, deux fois par semaine). Une autre femme

décrit « paniquer quand il n'y a pas de nourriture dans la maison ». Ses troubles du comportement alimentaire de l'enfance ont persisté même si maintenant elle n'est plus en situation de restriction alimentaire pour des raisons économiques. Dans ce travail, Mme D n'a pas décrit d'épisodes de *binge eating* ou de signes témoignant d'une inquiétude par rapport à une insécurité alimentaire, mais les répercussions de tels troubles de l'enfance sont difficiles à évaluer, cela exigerait plus de temps, et n'ont pas été directement recherchées ici.

De même, la perception **culturelle** de l'idéal corporel (minceur ou au contraire rondeur voire obésité selon les cultures) peut influencer le comportement alimentaire.

- Facteurs psychoaffectifs

La régulation physiologique des apports alimentaires varie selon l'état psychologique.

Des facteurs psychoaffectifs (humeur, émotions, anxiété, stress psychologique...) influencent clairement le comportement alimentaire. Ils interviennent tout particulièrement au moment de la prise alimentaire via les signaux sensoriels. Ces derniers peuvent prendre une dimension émotionnelle et susciter des sensations ou sentiments positifs (plaisir, envie) qui vont augmenter la prise alimentaire, ou à l'inverse des émotions négatives (dégoût, culpabilité) qui peuvent la diminuer. Ainsi, comme nous l'avons vu, l'aliment peut être source de plaisir et de récompense.

Un exemple est *l'emotional eating*, que nous avons déjà abordé, qui correspond au fait de manger en réponse à des émotions négatives ou de gérer les émotions par l'alimentation. L'hyperphagie (ou le *binge eating* décrit précédemment) peut aussi être un comportement alimentaire lié à l'état psychologique et au stress. On observe parfois une impulsivité de consommation pour combler un manque affectif ou pour diminuer une tension émotionnelle, ce qui peut aboutir à une prise de poids.

Le stress par exemple, entrave les systèmes de régulation des émotions ou les systèmes cognitifs requis pour l'auto-régulation et entraîne souvent une propension à manger plus ou à

manger différemment (plus d'aliments palatables, riches en graisse, en sucre, fortement caloriques)(55). Ainsi, lorsque l'environnement est défavorable et que les difficultés s'accumulent, les choix se portent spontanément sur les aliments gras et sucrés qui permettent de combler l'anxiété ou le manque affectif. L'alimentation apparaît comme une compensation des frustrations et inquiétudes de la vie quotidienne et calme l'angoisse. (56)

2. Le stress

D'un point de vue scientifique le stress défini par Hans Selye en 1936, et titre de son premier ouvrage en 1940 « est une réponse non spécifique de l'organisme aux exigences de l'environnement » et plus précisément « l'ensemble des réponses physiologiques à des agressions et destinées à mobiliser les défenses de l'organisme pour maintenir ou rétablir un équilibre menacé par des contraintes internes et externes » (53).

Le stress peut donc intervenir comme vu dans la section précédente : au niveau du comportement dans les facteurs psycho-affectifs régulant la prise alimentaire, notamment la recherche de récompense, de plaisir, via les aliments palatables, ainsi qu'au niveau cognitif sur les systèmes d'auto-régulation et de régulation des émotions. D'autres mécanismes sont aussi considérés pour la compréhension du lien entre stress et obésité, via le cortisol et le système nerveux autonome notamment.

Nous allons discuter de ces deux principaux mécanismes physiologiques de réponse au stress :

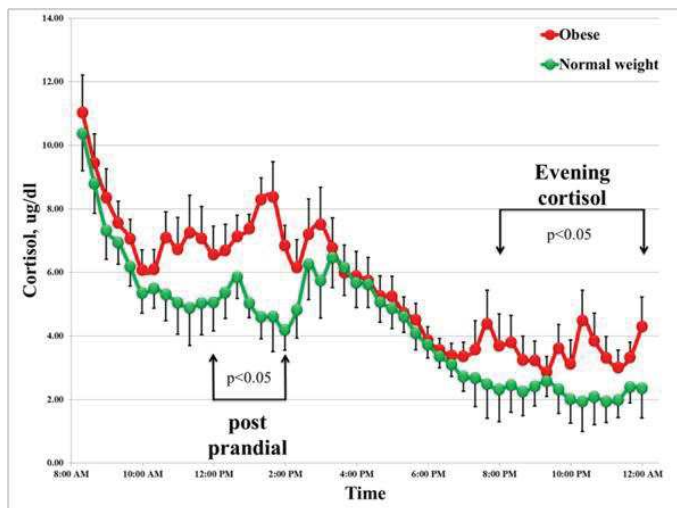
- Au niveau central, **la CRH** (corticotropin releasing hormone) est considérée comme le principal médiateur de la réponse au stress, étant à l'origine de l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Synthétisée dans l'hypothalamus, elle stimule la libération de l'ACTH (adreno-cortico tropic hormone) hypophysaire, qui à son tour stimule la sécrétion de corticostérone dans les glandes surrénales. L'**hypercortisolisme** résultant d'une situation de stress va d'une part induire une insulinorésistance (contrarie l'action de

l'insuline : il inhibe la captation du glucose dans les tissus périphériques et stimule la production de glucose par la gluconéogenèse hépatique), et d'autre part stimuler la différenciation des pré-adipocytes en adipocytes et la redistribution viscérale des adipocytes. Il agit également via une augmentation de la prise alimentaire et une diminution de la sensibilité à la leptine. (Il faut tout de même noter que le cortisol est aussi impliqué dans les phénomènes de lipolyse et du métabolisme des triglycérides, ce qui théoriquement favoriserait à l'inverse la perte de poids).

Il est important de noter qu'au cours de l'obésité, il existe une réponse accrue de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien à des stimuli tels que le stress aigu ou un repas standard. L'hyperactivité de cet axe se traduit par une augmentation de la production de cortisol. Le taux plasmatique de cortisol est souvent normal dans les dosages du fait d'une augmentation de la clairance et du caractère pulsatile de la sécrétion de cortisol. L'étude *Evidence for Disruption of Normal Circadian Cortisol Rhythm in Women with Obesity* publiée en 2017 (57), comparant les taux de cortisolémie pendant la journée chez une dizaine de femmes obèses et une dizaine au « poids normal », a tout de même permis de retrouver une augmentation générale de la cortisolémie chez les sujets obèses, surtout en période post-prandiale et en fin de journée (période à laquelle le cortisol décroît physiologiquement).

Figure 5 : Dosage des taux de cortisolémie chez les sujets obèses et les sujets non obèses

(57)



- **Le système nerveux sympathique**, qui est aussi impliqué dans la réponse à un stress, joue également un rôle majeur dans la régulation de la balance énergétique, de la lipolyse, de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque. Son neurotransmetteur la noradrénaline, provient de l'adrénaline produite dans la médullosurrénale. Chez l'obèse, il semble exister une augmentation du tonus sympathique de base mais une diminution de la réponse sympathique thermogénique induite par un repas : cette diminution de l'activité du système sympathique se traduit notamment par une moindre augmentation du métabolisme de base et d'une moindre sensibilité à l'effet lipolytique des catécholamines.

(58)

- A savoir que l'axe hypothalamo-hypophysaire (HH) lui-même, via la sécrétion de CRH stimule l'axe sympathique et la production de catécholamines, qui en retour favorisent l'activation de l'axe HH. Ces deux mécanismes sont donc liés.

Le stress, notamment via l'axe hypothalamo-hypophysaire et le cortisol, pourrait donc encourager la prise de poids, surtout chez les personnes déjà en surpoids. (59) Plusieurs

travaux ont retrouvé un lien entre le stress psychosocial, qu'il soit d'origine financière, professionnelle ou familiale, et la prise de poids. (60) (61) (62) (63) (64) Certains résultats d'études prospectives suggèrent que cet effet favorisant du stress sur la prise de poids est plus important chez les populations qui ont un IMC élevé initialement. (60,61)

Dans la population précaire, les sources de stress ne manquent pas, notamment le stress social lié à des difficultés financières, professionnelles ou administratives. Les interviewées ne l'ont pas directement formulé en ces termes mais les nombreux soucis qu'elles ont mentionnés génèrent certainement un stress important. Dans d'autres travaux de FETOMP, il a été directement mentionné comme une origine du surpoids. Ce stress pourrait donc effectivement par de multiples voies avoir un lien avec leur situation en surpoids.

C. Impact des violences

Il existe donc des mécanismes liant le stress et le surpoids, dans ce contexte on peut se demander l'impact de phénomènes particulièrement générateurs de stress, comme les violences que les interviewées ont décrites, sur leur poids. J'ai donc recherché si une association violences et surpoids avait été décrite dans la littérature.

Nous nous intéresserons d'abord à la maltraitance dans l'enfance puis aux violences conjugales. La maltraitance infantile se définit comme « toute violence physique, tout abus sexuel, tout sévices psychologique sévère, toute négligence lourde, ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé de l'enfant et sur son développement physique et psychologique ». La négligence lourde comprend toute carence sévère prolongée ou répétée de nature physique (notamment ici alimentaire), affective ou sociale. (65) La violence conjugale elle, « comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et

affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra-maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie » (66)

1. Violences dans l'enfance

Il est déjà connu que les abus vécus dans l'enfance peuvent avoir des répercussions sur la santé physique et la santé mentale chez l'adulte (67), (68), (69), nous allons maintenant nous intéresser au lien entre ces abus et le surpoids, l'obésité.

A.J. Midei et K.A. Matthews ont publié une méta-analyse en 2011, *Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways* (70) : ils ont analysé 36 études, concernant 138 746 participants (61% femmes, 39% hommes), avec entre 6 et 34% des participants reportant avoir été victime de violence (menace ou atteinte physique par un autre individu) pendant son enfance. Vingt-neuf études, **soit 81% des études, montraient une association positive entre le fait d'avoir été victime de violence dans l'enfance et l'obésité.** A l'opposé sept études, soit 19%, ne retrouvaient pas de relation.

De nombreuses études ont donc montré un lien statistique entre les violences dans l'enfance et l'obésité (71), (72), (73), (74), (75), (76), (77), (78), (79) : le risque d'obésité chez l'adulte augmenterait ainsi de façon significative dans différents types de circonstances difficiles rencontrées dans l'enfance, comme avoir subi ou assisté à des violences physiques ou verbales, des humiliations ou de la négligence.

Dans *Violence from parents in childhood and obesity in adulthood : using food in response to stress as a mediator of risk*, (80) de Emily A Greenfield and Nadine F Marks, publiée en 2009, on s'intéresse également à ce lien. Les participants, américains, reportaient de façon rétrospective s'ils avaient été ou non victimes de violence. Ils devaient répondre sur la fréquence d'évènements répartis en 3 listes : une première liste comprenait des violences psychologiques (être insulté, ignoré, menacé d'être battu par exemple) puis deux listes

comprenaient des actes de violences physiques (être poussé, attrapé, claqué, recevoir un coup de poing, un coup de pied, étranglé, brulé...), qu'ils auraient subies par leurs parents (ou les personnes en charge). Les données étaient séparées en groupes en fonction de la fréquence d'un type de violence ou des deux. On leur demandait également leur poids et leur taille. Les résultats montraient que **les adultes qui reportaient avoir souffert fréquemment des deux types de violences (OR=1,41, p=0,049), ou de l'un rarement et fréquemment de l'autre (OR=1,65 et p=0,13), avaient un plus haut risque d'être obèse que ceux n'ayant jamais été victime de violence.**

Lors de ces évaluations on demandait aux participants le type de réponse au stress qu'ils avaient habituellement, en proposant notamment « manger plus de sa nourriture favorite pour se sentir mieux » et « manger plus que d'habitude ». Les deux groupes chez qui l'on retrouvait une association statistique plus importante au surpoids (soit violences fréquentes des deux types ou de l'un fréquemment associé avec l'autre rarement) présentaient également significativement une plus grande utilisation de la nourriture en réponse au stress. Ce travail tend à montrer qu'il existe un lien entre le vécu de violences fréquentes dans l'enfance et le surpoids à l'âge adulte, et ce lien pourrait être expliqué par l'utilisation d'une augmentation des apports alimentaires en réponse au stress dans ces populations.

On retrouve donc dans la littérature un lien entre les violences dans l'enfance et le risque de surpoids à l'âge adulte. Une des explications pourrait se trouver dans la gestion du stress, avec une augmentation des apports alimentaires, des troubles de la régulation des émotions et les mécanismes physiologiques du stress, comme nous l'avons déjà vu précédemment. D'autres hypothèses sont à avancer en dehors de désordres alimentaires pour expliquer ce lien : les situations de violences vécues dans l'enfance pourraient également amener à un sentiment d'impuissance, l'émergence d'émotions négatives, une impulsivité, une perturbation de l'image du corps et une pauvre estime de soi, symptômes que l'on peut retrouver dans des troubles de l'attachement et des troubles de la personnalité.

2. Violences conjugales

Moins d'études se sont intéressées au lien entre les violences conjugales et le surpoids. On parle dans la littérature d'*Intimate Partner Violence* (IPV) définies comme des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles, survenant entre personnes qui sont dans une relation de couple.

C'est le cas notamment du travail *Association of Intimate Partner Violence (IPV) and Healthcare Provider-Identified Obesity* (81), de Rhian Davies, Erik Lehman, Amanda Perry, and Jennifer S. McCall-Hosenfeld, publiée en 2016, résultat d'une enquête réalisée en ligne, par téléphone ou par courrier chez des femmes consultant en cabinet de médecine générale, ou via des affiches dans les foyers pour victime de violences conjugales. L'exposition à des violences intimes étaient recherchée via l'échelle HARK (humiliation, afraid, rape, kick). Le surpoids était recherché via cette question « un médecin ou un professionnel de santé vous a-t-il déjà dit que vous étiez obèse lors de ces cinq dernières années ? ». **Les résultats montraient que l'obésité était plus fréquente chez les femmes exposées aux violences physiques (30%) et non physiques (27%) comparé à des femmes jamais exposées aux violences (20% p=0,0021).**

On retrouve dans la littérature un lien entre les violences conjugales et le risque de surpoids, nous allons voir quels mécanismes peuvent les lier :

- Une origine du surpoids / obésité pourrait être comportementale : en effet les femmes qui ont subi des violences conjugales ont plus tendance à développer des comportements à risque pour leur santé. Selon l'étude aux Etats-Unis *Association between Intimate Partner Violence and Health Behaviors of Female Emergency Department Patients* (82) publiée en 2012 : elles portent moins souvent leur ceinture en voiture, ont plus souvent accès à des armes à feu, moins souvent un système de détection anti-incendie par exemple.

Concernant la question qui nous intéresse, cette étude a montré qu'elles avaient un risque relatif plus élevé de consommer de façon quotidienne une nourriture mauvaise pour leur santé (OR=1.80, p=0.002) par rapport aux femmes n'ayant jamais été victimes de violence.

Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating

behaviors and psychological health (83) est une étude portant sur les désordres alimentaires et les troubles psychologiques chez 81 237 lycéens dans le Minnesota. Il y avait 40 946 adolescentes, dont 1216 jeunes filles qui selon les questionnaires avaient déjà été victimes de violence dans leur couple ou de viol. Les résultats montrent qu'elles décrivaient significativement plus de troubles du comportement alimentaire qu'en l'absence de violence : binge eating (OR=2,15, IC [2.03–2.27]), prise de laxatifs (OR=1,98, IC [1,82-2,14]), pilules amaigrissantes (OR=5,08, IC [4,95-5,21]), vomissements (OR=4,74 IC [4,60-4,88]) (résultats ajustés à l'âge et à la couleur de peau).

D'autres comportements à risque sont aussi plus fréquents chez les victimes de violences dans le couple, comme le tabagisme, et avec un début de consommation à un âge plus précoce ou la consommation d'alcool (84), (85), (86), (87). Ces comportements, notamment alimentaires, à risque pour leur santé, pourraient résulter du stress lié à ces événements violents, leur laissant moins de temps et de capacité d'effort pour avoir une alimentation « saine ». De même, ce stress pourrait amener à une consommation majorée de « *comfort food* » qui est mauvaise pour la santé.

- Les violences conjugales sont aussi associées à des troubles psychologiques, comme la dépression ou l'anxiété (86), (88), (89), (90), (91), qui pourraient expliquer la faible motivation pour développer des conduites saines pour leur santé et qui sont également en soi fortement associées au surpoids, comme nous allons le voir par la suite. Ces situations de violence répétées peuvent aussi être responsables d'un état de stress post traumatique, parfois chronique, associé à un fort sentiment d'impuissance, un état d'alerte permanent, une hyperactivité émotionnelle qui ont également un impact sur les pratiques.

- Également dans le contexte de risque permanent pour leur vie que posent les violences, si toujours actuelles, il pourrait y avoir une moindre importance accordée par ces femmes à leur (sur)vie et à des comportements préventifs pour leur santé.
- Un autre mécanisme possible serait la réponse biologique au stress, comme déjà vu précédemment.

L'impact des violences, qu'elles aient eu lieu dans l'enfance ou à l'âge adulte, sur l'image corporelle est également majeur. Les victimes ne parvenant pas à protéger leur corps, elles peuvent être amenées à se distancer de lui pour se protéger. Elles prennent de la distance comme si elles ne l'habitaient plus complètement, comme s'il leur était littéralement extérieur, non constitutif de leur personne, et il pourra être vu simplement comme un objet, une enveloppe. Prendre soin de ce corps n'est alors plus une préoccupation. De plus, le surpoids peut être également vu comme une protection, une barrière face aux coups qu'elles recevraient. Parfois encore, l'enveloppe corporelle de chair peut aider à masquer les formes du corps féminin et ses caractéristiques sexuées qui pourraient attirer le regard.

Dans ce travail, de nombreuses violences ont été évoquées par les interviewées, spontanément, ce qui laisse penser que ce sujet est au centre de leurs préoccupations, et même si la plupart avaient eu lieu dans le passé et n'étaient plus actuelles, on constate via la littérature qu'il peut y avoir un lien avec leur surpoids, via des répercussions durables au niveau psychologique et comportemental. Si les violences touchent toutes les classes sociales, la précarité est reconnue comme un facteur de risque et les personnes en situation socio-économique basse y seraient plus exposées (92). Concernant les violences conjugales par exemple, la précarité et ses bases d'incertitude et d'imprévisibilité sont des facteurs favorisants. D'autres facteurs favorisants sont la détresse psychologique, la difficulté d'accès aux logements, l'isolement social ou la stigmatisation. Les violences seraient également plus fréquentes chez les personnes en situation de chômage.

D. Dépression : origine ou conséquence du surpoids ?

La dépression et le surpoids, dont la prévalence respective augmente rapidement ces dernières décennies, sont associés dans la littérature, mais la séquence temporelle entre l'une et l'autre est toujours discutée.

1. La dépression précède l'obésité ?

La dépression précéderait l'obésité via notamment la prise d'antidépresseurs, une mauvaise qualité de sommeil, un style de vie sédentaire avec une incapacité à avoir la motivation pour une meilleure hygiène de vie, l'importance des émotions négatives et d'un fort sentiment d'impuissance.

La méta-analyse *Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis* (93), publiée en 2016, comprenant 19 études prospectives et 226 063 participants, retrouve une association statistique importante entre l'obésité et la dépression. Les personnes dépressives avaient une hausse de 37% du risque d'être obèses (RR: 1.37, 95% CI: 1.17, 1.48) lors des consultations de suivi, en comparaison aux sujets non dépressifs. Les personnes obèses avaient quant à elles 18% de hausse du risque d'être dépressive (RR: 1.18, 95% CI: 1.04, 1.35). Cette étude tend à montrer que les personnes dépressives ont plus de risques d'être obèses, que les personnes obèses de devenir dépressives. La séquence temporelle de la dépression qui précède l'obésité est retrouvée fréquemment dans les études.

On peut par exemple décrire l'étude *Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women*,(94) parue en 2011 qui réalisait un suivi à 10 ans de femmes infirmières aux Etats-Unis : les femmes dépressives au début de l'étude avaient plus de risque d'être obèses lors du suivi que celles non dépressives initialement (OR=1,38, CI : [1,24-1,53]) (ajustées initialement à l'âge, l'activité physique, le poids et les comorbidités).

Dans l'autre sens, les femmes obèses avaient également plus de risque de devenir dépressives que celles au poids initial normal (OR=1,11 ; CI : [1,02-1,2]), (ajustés à l'âge, l'activité physique, le syndrome dépressif et les comorbidités), mais le risque était moins élevé.

Il est possible que dans le cas de Mme B, qui présentait lors de son entretien de nombreux éléments évoquant un épisode dépressif caractérisé, ce soit plutôt cette première séquence temporelle qui ait eu lieu. Elle présente des symptômes majeurs de dépression dans son discours, et un isolement lié à une difficulté à sortir de chez elle, qui semble associé plus à un apragmatisme (incapacité à entreprendre des actions), qu'à des effets de la stigmatisation.

2. L'obésité précède la dépression ?

L'obésité précéderait la dépression en favorisant l'inactivité physique, une mauvaise qualité de vie, et via le préjudice social qui en découle. En effet, les conséquences psycho-sociales de l'obésité sont majeures. Déjà, le surpoids est fréquemment accompagné sur le plan psychique d'une importante culpabilité, renforcée encore par le fait que la raison de cette culpabilité est « montrable », soumise au regard des autres, à leur jugement. Ensuite, les personnes en situation de surpoids sont souvent victimes de **stigmatisation**, ce qui comme nous l'avons vu dans les résultats, est défini par un processus qui tend à discréditer un individu considéré comme « anormal » ou « déviant », étiquettes attribuées lors des interactions sociales par des individus considérés socialement comme « normaux ». Se pose la question de quelle est la norme. Il s'agit souvent d'une norme culturelle, celle de la société à un temps donné (45). La stigmatisation repose sur un système de représentations et de croyances qui font de l'obésité le **reflet des qualités morales** de l'individu : les personnes en surpoids sont souvent entourées de stéréotypes négatifs, le surpoids étant vu comme une pathologie auto-infligée par manque d'alimentation saine et inactivité physique. On dira des

personnes obèses qu'elles manquent de volonté, qu'elles sont fainéantes, non attractives par exemple.

La stigmatisation entraîne ensuite des **discriminations** sociales, voire d'exclusion de la société. Quelques exemples de conséquences sociales sur le plan professionnel :

- on note chez les obèses un taux d'accès aux enseignements supérieurs plus faible aux Etats-Unis,
- et un revenu moyen plus bas : les femmes obèses par exemple aux Etats-Unis, toucheront 12% de moins qu'une femme au poids « normal ». (95)
- En France, la 9^{ème} édition du Baromètre du Défenseur des droits et de l'Organisation Internationale du travail sur la perception des discriminations dans l'emploi(96), publiée en 2016, est un travail qui interroge des demandeurs d'emploi pour chercher à connaître les discriminations à l'embauche liées à l'apparence physique auxquelles ils pensent avoir été confrontés. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les femmes obèses rapportent huit fois plus souvent que les femmes d'IMC « normal » avoir été discriminées à cause de leur apparence physique. Les hommes obèses le déclarent trois fois plus que les hommes d'IMC « normal ». Concernant le surpoids, les femmes en surpoids rapportent quatre fois plus souvent avoir été discriminées à cause de leur apparence que les femmes ayant un IMC « normal ». Par contre, le surpoids n'a pas d'effet spécifique chez les hommes. Il y a donc une distinction selon le sexe : les femmes rapportent plus souvent avoir été discriminées du fait de leur apparence que les hommes.
- Lorsque les demandeurs d'emploi sont eux-mêmes interrogés ainsi « selon vous, refuser d'embaucher un candidat pour son poids est-il acceptable ou non ? », plus de la moitié des hommes (52%) considèrent cela comme acceptable (dans certaines conditions 42%, et 10% quelle que soit la situation). La majorité des femmes sont un peu plus « intolérantes » vis-à-vis de la discrimination du surpoids : 62% considèrent ce refus d'embaucher un candidat à cause de son poids comme inacceptable, 29% acceptable dans certaines situations et 9% quelle que soit la situation. Cette discrimination sociale

des personnes en surpoids demeure donc largement acceptée par une partie de la population.

La personne stigmatisée s'enferme alors dans un véritable cercle vicieux **lorsqu'elle considère normal** le jugement qui est porté sur elle et finit par l'accepter. S'engage alors une dépréciation personnelle qui débouche sur une altération de l'image de soi. Cette dévalorisation de soi chez les individus stigmatisés, est en elle-même génératrice de stress et a un impact sur la socialisation alimentaire et sur les comportements alimentaires. Elle détourne l'individu des endroits où il est stigmatisé (les lieux de pratique sportive par exemple). Cette faible estime de soi et ce sentiment de moindre contrôle personnel ne facilitent donc pas les stratégies d'adaptation à adopter pour favoriser la perte de poids. Et finalement l'individu en vient à considérer comme légitimes les traitements discriminatoires qu'il subit et les préjudices dont il est victime.

Lors de son travail, Baptiste Gault retrouve également des souffrances psychologiques liées à la discrimination induite par le surpoids. Cette mauvaise qualité de vie, cette faible estime de soi, et le préjudice social qui découlent de l'obésité pourraient faire le lit de la dépression. Tel un cercle vicieux, ces difficultés psychologiques peuvent également, en elles-mêmes, être responsables d'une majoration de la prise pondérale comme vu précédemment.

Et le monde des professionnels de santé n'échappe pas à ce système de valeurs : ce lieu est aussi le siège d'attitudes négatives à l'égard des obèses. Dans *Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment*(97) publié en 2012, plus d'un médecin sur deux interrogés jugeaient les patients obèses plutôt disgracieux (61,7%), non attrayants (53,2%), et non compliants (50,8%). Surtout, environ un tiers des médecins (30 à 45%) les qualifiaient de plutôt **faible volonté** (44%), **négligé** (34,7%) et **paresseux** (29,7%).

On peut noter qu'aucune des observations et des entretiens réalisés pour les travaux de FETOMP 1 et 2 n'a retrouvé de discours discriminant provenant des professionnels de santé. Cependant ces résultats pourraient être biaisés : en effet lors des consultations, les

médecins se savaient observés et enregistrés. Et on peut imaginer aussi que les médecins qui acceptent ce type de recherche, dont l'objectif affiché est d'améliorer les pratiques des médecins avec la population précaire, sont sensibles à ce genre de problématique et ont une pratique adaptée (la précarité étant souvent un facteur de discrimination).

Cette discrimination provenant des soignants, en plus de l'effet direct sur la relation médecin-patient, soulève des questions concernant la justesse des pratiques de ces médecins aux stéréotypes négatifs, pour accompagner leurs patients dans leur statut d'obèse et dans une éventuelle perte de poids.

E. Un lien complexe entre précarité et obésité

On constate depuis les années 1980 une augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids en population générale. Les derniers chiffres recueillis en France, sur la population adulte de 18 à 74 ans en 2015 dans l'étude ESTEBAN(98), font état de 54% des hommes et 44% des femmes en état de surpoids ou obésité. Cette prévalence augmente avec l'âge. La prévalence de l'obésité seule est estimée à 17% (sans distinction homme/femme).

L'obésité est un **problème social**, parce qu'elle touche de façon socialement différenciée les populations, et à ce titre elle **est un facteur d'inégalité sociale de santé**. Plusieurs études comme l'étude ESTEBAN ou l'étude OBEPI, ont recueilli de nombreux facteurs d'ordre socio-professionnel et montrent notamment un lien positif entre le surpoids et un faible niveau de diplôme ou de faibles revenus(99). Par exemple, l'obésité était 1,7 fois plus élevée chez les personnes vivant avec un revenu mensuel net inférieur à 900 euros que dans la population générale. Par ailleurs, les disparités sociales du surpoids et de l'obésité semblent s'accroître depuis les années 1980. L'enquête décennale santé de l'INSEE a par exemple montré que la prévalence de l'obésité avait augmenté de 7 points chez les agriculteurs entre 1992 et 2003, contre 2 points chez les cadres. De même, l'écart des prévalences d'obésité entre les personnes de niveau brevet ou sans diplôme et celles titulaires d'un diplôme

supérieur au baccalauréat était passé de 5 à 10 points.(100) A la lecture de tels résultats se pose la question de **l'influence des déterminants sociaux sur le développement de l'obésité**. Comme décrit par Jean-Pierre Poulain dans le livre Sociologie de l'obésité, « qu'on le considère comme une cause ou comme un effet, le statut de l'obésité a un effet de différenciation sociale, qui fait désormais consensus ».

Nous aborderons d'abord quelques notions importantes sur la précarité puis nous nous intéresserons à cette question de l'influence des déterminants sociaux sur le développement de l'obésité.

1. Vivre en grande précarité

- Tout d'abord quelques définitions et quelques chiffres sur la situation en France :
 - La précarité

Comme l'a décrite J. Wresinski en 1984 : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible.(101) »

- La pauvreté

La pauvreté est « l'état, la condition d'une personne qui manque de ressources, de moyens matériels pour mener une vie décente » (102). La pauvreté est généralement définie comme un manque durable de ressources pour vivre décemment et subvenir aux besoins de base.

L'évaluation de la pauvreté est complexe : d'une part, elle est relative à la période et à la société concernée. D'autre part, elle est trop souvent réduite à son indice monétaire, qui à lui seul ne caractérise pas bien son importance. L'INSEE a mis en place une évaluation faisant état de 3 indicateurs mesurables en France : l'indicateur monétaire, l'indicateur de conditions de vie et l'indicateur de pauvreté administrative.

Selon l'indicateur monétaire, basé sur le seuil de pauvreté calculé en France à partir de la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population : **le taux de pauvreté s'élève à 14,1 % de la population** (pourcentage de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté). Le niveau de vie correspond au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation. Le seuil de pauvreté est à présent fixé **en-dessous de 60 % du revenu médian**. Ce seuil s'établit en 2017 à **1 041 euros par mois**. Selon les derniers chiffres du rapport de l'INSEE, *France, portrait social*, édition 2019 : en 2017, en France métropolitaine, **8,9 millions de personnes** vivent en-dessous du seuil de pauvreté monétaire. Si l'on observe le revenu médian de cette catégorie des personnes « pauvres », la moitié ont même un niveau de vie inférieur à 837 euros mensuels.(103)

Le taux de pauvreté varie également fortement selon la situation familiale : en 2017, 33,6 % des personnes vivant dans une famille monoparentale sont pauvres, soit une proportion 2,4 fois plus élevée que dans l'ensemble de la population. Un **enfant de moins de 18 ans sur cinq vit au sein d'une famille pauvre**.

Un autre indicateur intéressant est la « pauvreté administrative » : le nombre d'allocataires de minimas sociaux au 31 décembre 2014 en France est de **4 126 700 personnes** (soit 6,25% de la population française) dont : 1 898 600 personnes concernées par le Revenu de Solidarité Active (545 euros), 536 600 personnes par l'allocation chômage et 1 040 500 personnes par l'Allocation Adulte Handicapé (860 euros/mois).

- Situations de fragilité :

Le chômage est considéré comme un indicateur de fragilité, qui est souvent pris en compte lorsqu'on s'intéresse à la mesure de la pauvreté via les conditions de vie. Le chômage constitue une situation de précarité financière et sociale pour les individus. En moyenne en 2018, 2,7 millions de personnes sont au **chômage** en France hors Mayotte, selon l'enquête Emploi du Bureau international du travail. Le taux de chômage s'établit à **9,1 % de la population active** en 2018. Le taux de chômage des immigrés (15,3 % en 2018) est plus élevé que celui des descendants d'immigrés (13,3 %), et nettement supérieur à celui des personnes sans lien avec l'immigration (7.7%).

Au 1^{er} janvier 2019, 13,4 millions de personnes résidant en France ont 65 ans ou plus, soit 20 % de la population. La vie à domicile demeure le mode de vie majoritaire des seniors (96 % des hommes et 93 % des femmes en 2016), y compris parmi les nonagénaires. Le **vieil âge** peut être également considéré comme un indicateur de fragilité. En effet, les personnes âgées sont les victimes d'une exclusion qui peut se décliner sous de nombreux angles : la fin de la vie professionnelle et la retraite, la non-participation au monde des loisirs par manque de ressources économiques ou par limitation de la mobilité, l'isolement dû à la perte des proches, la solitude, la non-accessibilité à certains soins de santé par difficulté financière ou incompréhension des droits sociaux.

- Le QPV du Neuhof, centre de notre étude, un quartier à très forte précarité sociale

Ce travail a été réalisé dans le quartier du Neuhof, situé au sud de Strasbourg, qui appartient au QPV Strasbourg Neuhof – Meinau. Les QPV sont des quartiers prioritaires de la politique de la ville : il s'agit de quartiers situés en territoire urbain et caractérisés par un écart de développement économique et social apprécié selon un critère de revenu des habitants. Le QPV Neuhof Meinau est habité par une population de 15 700 personnes (2010-2011).

L'aspect général du quartier témoigne de sa période de création entre 1950 et 1972,

importante période de construction des cités d'habitat social. Avec plus de 4 000 logements sociaux, construits entre 1950 et 1972, la population du Neuhof a doublé en 20 ans et est devenue la plus forte concentration d'HLM de l'agglomération de Strasbourg.

Le QPV de Strasbourg- Neuhof -Meinau est considéré comme un QPV de type 5 soit **à très forte précarité sociale** (classification en 5 types, il appartient à la classe où la précarité est la plus importante), caractérisé par des niveaux de revenus très bas (revenu médian nettement inférieur à la moyenne nationale, et forte part de bas revenus), une forte dépendance aux prestations sociales, une population plutôt jeune et une part importante de la monoparentalité. Le quartier est ainsi touché massivement par **les difficultés sociales** (Observatoire Régional de Santé 2010-2011) (104) :

- La part des étrangers ne possédant pas la nationalité française, dans la population totale du QPV, est de 21%.
- La quasi-totalité des ménages du quartier (97%) est locataire.
- Concernant l'emploi, 39% de la population âgée de 15 à 64 ans ont un emploi (à la même époque, la valeur nationale est de 62,7% en France). Parmi ceux qui travaillent, 27% ont un emploi précaire (intérim, CDD, apprentissage, contrats aidés).
- 27% des ménages reçoivent au moins une allocation de chômage.
- 47% des jeunes de 16-24 ans sont scolarisés, inférieur de près de 30 points à la valeur communale de Strasbourg (75%).
- Parmi la population de plus de 15 ans non scolarisée, 84% n'ont pas de diplôme ou un diplôme inférieur au Baccalauréat, 9% ont un niveau bac, et 7% un niveau Bac+2 ou supérieur. Ces chiffres sont nettement plus faibles que les valeurs régionales en Alsace par exemple (15% niveau bac, 24% Bac+2 ou plus).
- La mortalité prématurée avant 75 ans dans ce quartier est supérieure de 84% à la moyenne en Alsace. Le risque de décéder avant 75 ans est 1,8 fois plus élevé qu'en moyenne en Alsace. Cette mortalité est nettement supérieure à la moyenne régionale des

QPV de Strasbourg. En effet, cette dernière sur l'ensemble des QPV de Strasbourg n'est supérieure « que » de 52% à la moyenne alsacienne.

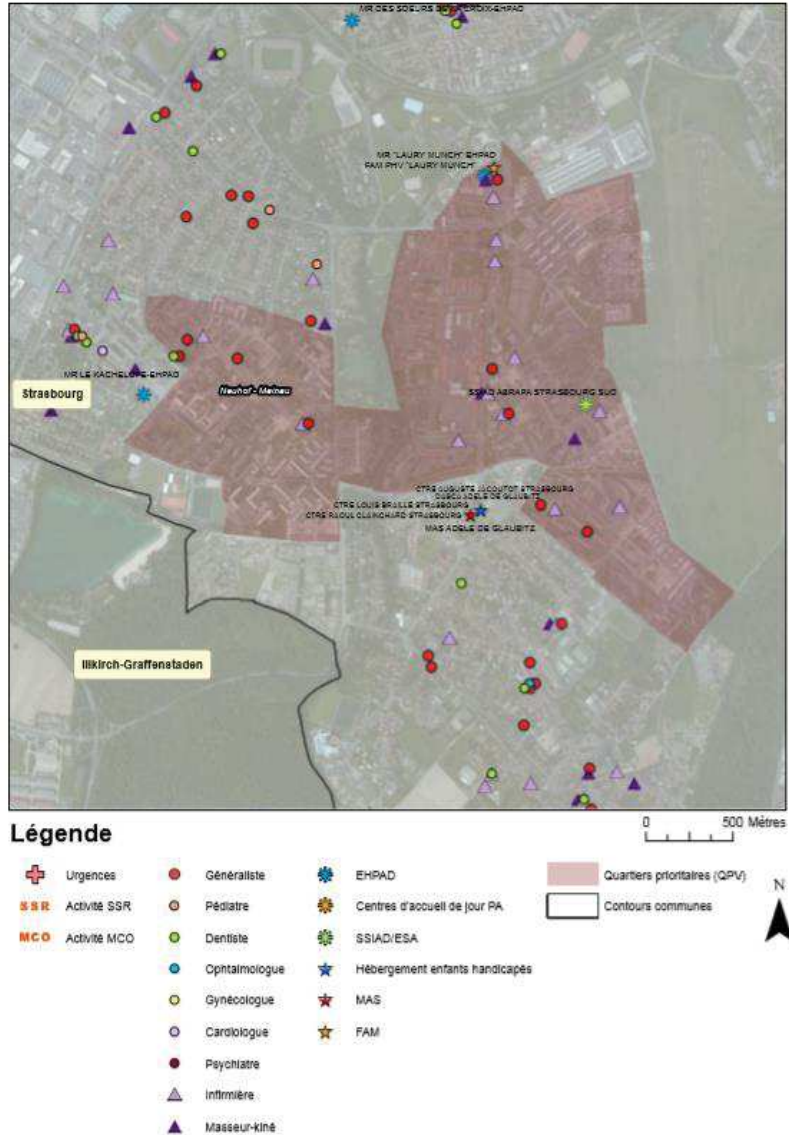
- Suite aux bilans infirmiers réalisés chez les élèves de 6^{ème} des établissements publics, des indicateurs de santé des enfants ont pu être comparés : le QPV Strasbourg Neuhof Meinau compte 34% d'obésité, soit un taux supérieur à la moyenne des QPV de Strasbourg (31%) et bien supérieur à celui de la ville de Strasbourg (26%) ou de l'Alsace (22%). Sur le plan de l'activité physique, seuls 39% des collégiens du QPV déclarent pratiquer au moins 2 heures d'activité sportive par semaine (ou plus) contre 54% sur l'ensemble de la région.
- Sur le plan alimentaire, les collégiens du QPV sont 32% à déclarer boire une boisson sucrée à table (contre 16% en Alsace) et 51% à grignoter entre les repas (27% en Alsace).

Concernant l'accès aux soins, le quartier Neuhof-Meinau dispose selon les dernières données chiffrées (2015) de 14 médecins généralistes, 24 infirmiers, 9 masseurs-kinésithérapeutes, et 4 officines de pharmacie.

Ce quartier fait actuellement l'objet d'un plan de rénovation urbaine, engagé au début des années 2000. Il s'agit d'une profonde recomposition du quartier qui s'appuie sur trois axes majeurs : le désenclavement du quartier notamment par l'arrivée du tramway, l'amélioration et la diversification de l'offre de logement, le renforcement des équipements publics et de l'activité économique.

Le QPV de Neuhof- Meinau est donc marqué par une forte précarité sociale, avec des conditions de vie significativement différentes du reste de la ville de Strasbourg, ce qui fait de lui un terrain de recherche pertinent pour étudier les populations précaires de la ville.

Figure 6 : Représentation de l'implantation de l'offre sanitaire, médico-sociale et de médecine de ville dans le quartier du Neuhof en 2015. Observatoire Régional de Santé (104).



- Précarité et santé

Les liens entre la précarité et la santé sont complexes. La définition de l'OMS de la « santé » comprend un « état de complet bien-être physique, mental et social » : les déterminants sociaux sont donc admis comme des facteurs à part entière influant sur la santé. C'est le cas notamment du gradient social, du stress, de l'exclusion sociale, du travail et du chômage.

D'une part, la précarité contraint les conditions de vie (logement, alimentation...) et ne permet pas à la personne précaire d'être dans une position propice à être en bonne santé.

La précarité peut également avoir un impact négatif sur la santé individuelle via ses effets sur la santé mentale et le comportement. Selon le dernier rapport de l'HCSP sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, la précarisation et ses conséquences sur la vie quotidienne peuvent également entraîner un sentiment d'inutilité, de solitude voire de honte, engendrant une perte de l'estime de soi, un mal être ou une souffrance psychique. Ces derniers peuvent se traduire par une démission sociale, voire une violence sur soi ou les autres, des comportements à risque et des conduites de consommation, qui sont autant de facteurs de risque pour le maintien d'un bon état de santé. (105)

D'autre part, Il y a la question de l'accès aux soins. Il est susceptible d'être réduit pour des raisons financières, en 2014 par exemple, le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières était de 39,4% dans le premier quintile de niveau de revenus, contre 12,8% dans le cinquième (106). Il y a aussi la question de l'accès aux soins pour des raisons techniques : manque de moyens de transport et d'accès de proximité à des médecins, des spécialistes, des kinésithérapeutes, etc. Cet accès est inégal et très restreint dans certaines zones. La précarité entraîne aussi une méconnaissance des droits et une non-maitrise de la complexité de la démarche de soins. Ce qui va être responsable d'un recours aux soins tardifs, avec une expression de la demande parfois dans l'urgence pour des pathologies à des stades avancées de leur développement.

- Précarité et stigmatisation

Les personnes en situation de précarité souffrent souvent de discriminations, notamment sur le plan professionnel. Comme développé par Catherine Delcroix C dans *Agir en situation de discrédit*, le stigmate de la précarité affecte l'identité sociale de l'individu en le discréditant (107). On ne fera à priori aucun crédit à une personne précaire au sens premier du terme.

Des stéréotypes négatifs vont peser sur la personne précaire, par exemple qu'elle est instable ou qu'elle cherche à vivre de prestations d'assistance plutôt que d'un emploi. Les personnes appartenant « à la catégorie sociale discréditée » doivent accomplir des efforts beaucoup plus grands pour arriver au même résultat que celles qui ne le sont pas. On comprend que dans ce contexte de lutte quotidienne pour ne pas se laisser entraîner vers l'exclusion et parfois même pour survivre, les préoccupations pour la santé - surtout à long terme - sont moindres. L'obésité est encore plus négligée quand elle n'est pas considérée comme un problème de santé, mais juste comme un problème « esthétique » par les individus précaires.

2. Influence des déterminants sociaux sur le développement de l'obésité

Il y a de nombreux facteurs associés à la précarité qui influent sur le développement de l'obésité.

Nous en avons déjà parlé, la pression économique jouera sur l'alimentation et sur l'activité physique.

D'un point de vue environnemental, l'isolement dans les QPV rend l'accès à certains sports ou loisirs plus difficile. L'environnement peut également être générateur d'anxiété s'il y a de l'insécurité.

Il y a des facteurs psychologiques et psychiatriques comme le stress, l'anxiété ou la dépression, qui peuvent favoriser l'apparition de l'obésité et lorsqu'ils sont présents, compliquent la perte de poids si elle est désirée. Les histoires de vie des personnes précaires sont souvent lourdes en traumatismes psychologiques ou physiques, qui favorisent l'émergence de ces troubles.

La précarité est un facteur de risque reconnu pour les situations de violences. Le vécu des violences, actuelles ou dans le passé, est associé dans la littérature à une augmentation du risque de développer une obésité. Certes elles peuvent générer du stress ou un épisode dépressif caractérisé. Mais même en dehors de ces troubles, elles sont également associées à une augmentation des comportements à risque pour la santé (concernant l'alimentation, l'activité physique ou les conduites addictives par exemple), une perturbation de l'image du corps et une pauvre estime de soi, qui peuvent directement faciliter ou entretenir le surpoids.

L'exclusion sociale ou l'absence de soutien social, qui peuvent être la conséquence de la discrimination et du discrédit qui pèsent sur les personnes précaires, sont également une source des troubles psychologiques ou des comportements à risque pour la santé qui favorisent le surpoids.

Dans ce contexte social, financier, psychologique ou familial difficile, la santé et à fortiori le poids (qui n'est en soi pas toujours reconnu comme un problème de santé, mais parfois juste comme un problème « esthétique », voire pas un problème du tout) ne fait pas partie des préoccupations principales. Les efforts qu'il faudrait fournir pour se maintenir dans un poids considéré comme « normal » ou pour perdre du poids dans les situations de surpoids ou d'obésité, seront hors de portée de ces personnes.

3. Influence de l'obésité sur les positions ou dynamiques sociales

Comme nous l'avons développé concernant l'influence de l'obésité sur la dépression, cette influence est liée à la stigmatisation. La **stigmatisation** qui vise les personnes obèses est responsable de discrimination et d'une baisse de l'estime de soi chez les personnes stigmatisées. Les répercussions de ces phénomènes vont toucher le parcours scolaire, l'accès à l'emploi ou la trajectoire professionnelle notamment, pouvant aller jusqu'à un sentiment d'insécurité à pouvoir assumer ses obligations professionnelles, familiales et sociales et à jouir de ses droits fondamentaux (la précarité).

On note ici qu'il y a donc deux chaînes de causalité distinctes mais aussi complémentaires, qui forment finalement un cercle vicieux entre l'obésité et la précarité.

F. Alors quelles seraient les solutions pour lutter contre le surpoids chez les patients précaires ?

1. Résultats de FETOMP 1, caractéristiques des pratiques et attentes en consultation de médecine générale dans les QPV de Strasbourg

- Tout d'abord il est à noter que le poids était rarement un motif de consultation dans leur recueil. Les patients des QPV ne viennent globalement pas voir leur médecin généraliste pour parler de leur problème de poids.

- Les travaux de thèse de Cécile Porquet et de Céline Bruchet se sont intéressés aux motifs de consultations dans les QPV et retrouvent notamment moins de consultations pour des motifs psychologiques chez les personnes obèses. Les patients obèses en parleraient ainsi peut-être moins facilement ou ce sont les médecins qui ne rechercheraient que peu ces troubles. (50), (108)

- Le travail de Déborah Fontès a porté sur l'analyse des consultations de médecine générale des patients en surpoids et précaires dans les QPV de Strasbourg. Elle remarque que les médecins axent leurs recherches sur les causes diététiques du poids, cherchant les « erreurs commises », souvent par des questions courtes et fermées. Le médecin ne demande pas l'avis du patient sur son poids, ni ne s'intéresse aux conditions de déroulement du repas, à la vision socio-culturelle de ce dernier ou à l'aspect financier de l'alimentation. Les causes psychologiques sont peu évoquées par le médecin, parfois plus par les patients, mais aucune prise en charge psychologique par rapport à la question du surpoids n'a été proposée à un patient, même lorsque c'était le médecin lui-même qui l'évoquait. Les patients qui décrivent une origine psychologique à leur poids, n'en parlent pas non plus dans leur

prise en charge. Les patients comme les médecins lors de ces consultations, ne pensent qu'à une prise en charge diététique et liée à l'activité physique.

Lorsque les médecins abordent les conseils diététiques, il s'agit souvent d'énoncer des injonctions et des interdictions (« réduire les graisses », « augmenter l'activité physique », « faut pas », « arrêtez » ...) avec un ton directeur et inquisiteur.

Enfin, elle fait l'hypothèse d'un sentiment d'impuissance chez le médecin, qui parfois change de sujet lorsque le patient est demandeur de conseils pour son poids, ou l'oriente rapidement à un autre professionnel de santé (comme l'infirmière ASALEE).

- Le travail de Marine Dainotto a porté sur les attentes des patients précaires et en surpoids vis-à-vis de leur médecin traitant (109). Tout d'abord la principale qualité attendue du médecin est une écoute attentive, ce qui est donc similaire aux réponses des interrogées dans notre étude. Ils attendent également un respect et ne souhaitent pas être jugés.

Pour certains patients, le poids est un sujet abordé ou facile à aborder avec leur médecin, d'autres ne l'abordent pas pour différentes raisons : cela peut être qu'ils ne souhaitent pas l'aborder car ils le considèrent comme leur « faute », leur problème leur responsabilité ; cela peut aussi être parce qu'ils estiment que le médecin ne pourra pas les aider. Enfin certains patients estiment qu'ils ne sont pas entendus lorsqu'ils abordent ce sujet avec leur médecin. Il peut y avoir une exaspération quant à la réponse des médecins, et le manque d'action entreprise concrète hormis les conseils alimentaires ou d'activité physique. De plus, ces conseils ne sont pas bien acceptés par les patients précaires, car souvent trop abstraits et éloignés de leurs conditions de vie.

Il faut tenir compte de la grande distance sociale entre ces patients et le médecin, et de la différence de représentations autour du poids. Il s'agit d'écouter activement les patients, de l'accompagner dans une démarche « d'évocation du poids », de rechercher la place du poids dans leur vie et leurs attentes, pour pouvoir leur proposer des aménagements réalistes.

La mise en parallèle des résultats obtenus lors des travaux du groupe FETOMP 1 et de ce travail permet de proposer quelques pistes à explorer pour améliorer la prise en charge des patients précaires et en surpoids.

2. Des solutions de l'ordre médico-psycho-social

Le médecin traitant est au centre de cette prise en charge, actionnant par exemple les leviers sociaux ou psychologiques et psychiatriques selon les besoins du patient.

- **Ecouter les patients** : comme nous l'avons déjà vu, les personnes en situation précaire et les personnes en surpoids, ont souvent de nombreuses difficultés administratives, financières, psychologiques, familiales, etc... Elles semblent avoir besoin de parler et d'être écoutées, probablement aussi d'être soutenues. Ce qui peut correspondre au rôle du médecin, mais également de l'infirmier ou d'un psychologue. Il s'agit aussi d'écouter les représentations et les attentes autour du poids, et les conditions de vie quotidienne, pour proposer un accompagnement personnalisé si la perte pondérale est souhaitée.
- **Rechercher les situations de violence, et les accompagner**, en encourageant également une prise en charge psychiatrique ou psychologique si nécessaire. Il s'agit pour les médecins de **changer leur regard sur les personnes en surpoids**.
- **Rechercher et traiter la dépression** qui est également souvent associée au surpoids (selon les besoins, de façon médicamenteuse ou non, avec le soutien d'un psychiatre ou d'un psychologue).
- **Lutter contre les discriminations** qui sont responsables d'une désocialisation, isolant un peu plus la personne obèse ou en surpoids. Y compris, et même particulièrement, chez le personnel soignant afin de ne pas renforcer des inégalités de soins.
- Faciliter un **accompagnement et une aide sociale** afin de diminuer le stress lié aux problèmes administratifs ou financiers notamment.
- **Améliorer l'information nutritionnelle**. Les conseils nutritionnels devraient être délivrés de façon intelligente, adaptés aux conditions de vie du patient, tout en veillant à ne pas

exacerber les sentiments de culpabilité ou d'échec qui peuvent avoir un effet contre-productif. Cette responsabilité ne repose pas seulement sur le médecin, mais aussi sur les politiques de prévention en publique. On constate dans ce travail, qu'il y a certains choix alimentaires réalisés qui favorisent le surpoids alors même que l'interviewée souhaite perdre du poids. Ces « erreurs » diététiques peuvent être le résultat d'une méconnaissance en matière de nutrition sur certaines questions. Une meilleure information délivrée au patient de la part du médecin, de l'infirmier ou la sollicitation de nutritionniste pourrait améliorer ce constat. Également quelques repères en matière de quantité rendraient peut-être certains conseils plus faciles à appliquer que les recommandations globales (« moins de gras, moins de sucré... »).

La création récente d'applications comme YUKA peut être vue comme une avancée en la matière, rendant accessibles des connaissances gratuitement et de façon ludique et simplifiée. Cependant même si l'éducation nutritionnelle permet une amélioration du niveau de connaissances et de perception des aliments, il faut savoir que son impact sur le comportement alimentaire n'est pas toujours évident. Il ne signifie pas forcément modification des pratiques alimentaires : comme nous l'avons vu par exemple chez Mme A, qui continue d'acheter et de consommer beaucoup de produits qu'elle scanne et qui sont pourtant qualifiés de « mauvais ». Le constat est le même concernant l'impact des campagnes génériques de promotion de la santé nutritionnelle (« manger-bouger » ou « manger cinq fruits et légumes par jour » en bas de spots publicitaires) qui pourraient améliorer le niveau de connaissance nutritionnelle mais n'entraînent pas forcément un changement des comportements alimentaires. De plus, des études *d'eye tracking* montrent même que le regard ne se porte quasiment jamais sur le bandeau d'information en bas du spot. Les autres travaux dans le cadre du projet FETOMP ont vu des résultats qui allaient également dans ce sens, où les interrogées possèdent un bon niveau de connaissances sur les recommandations nutritionnelles, mais ne les appliquent pas dans le choix alimentaire.

- **Informations nutritionnelles et conseils sur le déroulement du repas ciblés sur les enfants et les jeunes parents.** En effet, le temps de l'enfance est primordial en matière de comportement alimentaire : c'est celui où on assimile les normes sociales (trois repas par jour par exemple) et familiales (choix d'aliments, pratiques, repas devant la télévision etc...) qui seront mémorisées et souvent reprises à l'âge adulte.
- L'approche médicale pour accompagner la perte de poids, tout type de population confondu, est considérée comme **cognitivo-comportementale**. Elle comprend certes une information de base en nutrition mais aussi un suivi psychologique individualisé qui porte sur les représentations et les émotions associées à l'acte alimentaire.
- La délivrance d'une meilleure **information sur l'état de santé** : rappeler le lien entre alimentation et santé, ainsi qu'entre activités physiques et santé. Surtout dans les cas de maladies métaboliques comme le diabète ou maladies cardio-vasculaires.
- **Encourager la pratique d'activités physiques**, qui serait un sujet assez peu abordé par le médecin selon les résultats de ces entretiens. Encore une fois, en adaptant les conseils individuellement aux capacités médicales et financières de chaque patient.

3. Des solutions de l'ordre politique à l'échelle nationale ou locale

- **La transmission de l'information nutritionnelle**, comme abordé au point précédent, est également du ressort de l'état via ses politiques de prévention. A l'échelle locale, il peut s'agir aussi de soutenir des actions d'éducation alimentaire par exemple, s'appuyant sur des associations ou structures locales ayant une bonne connaissance des représentations et modes de vie du patient, afin de favoriser son adhésion.
- **Réglementer la publicité alimentaire, surtout celle à destination des enfants**, qui comme nous l'avons vu sont en train d'acquérir des habitudes alimentaires, qu'ils considéreront comme la norme et qu'ils auront tendance à poursuivre à l'âge adulte. En France en 2007, 76% des spots publicitaires alimentaires concernent les enfants.

L'écrasante majorité (89%) des produits concernés ne présente pas d'intérêt nutritionnel (produits laitiers sucrés ou gras, céréales sucrées, confiseries, biscuits, gâteaux)(110).

Plusieurs études ont montré par exemple un lien entre l'exposition à la publicité pour les produits alimentaires de mauvaise qualité nutritionnelle et l'augmentation de la prise alimentaire, (110), (111), (112). Selon une étude de l'UFC que choisir réalisée en 2010, 71% des parents considèrent que les publicités influencent les choix alimentaires de leurs enfants. Les enfants ont également une grande importance dans la démarche de choix lors des achats alimentaires : dans cette même étude 40% des parents déclarent qu'il est très difficile de résister aux sollicitations enfantines et 80% avouent qu'ils cèdent à leurs demandes. (113)

- **Amélioration de la composition des produits alimentaires provenant de l'industrie :** via d'éventuelles modifications de la législation. On constate récemment des efforts de la part des industriels, qui sont la conséquence du succès de l'application YUKA : certains industriels modifient la composition de leurs produits afin d'essayer d'élever leur note nutritionnelle et de ne pas perdre leurs consommateurs qui utilisent l'application. Ce changement est donc motivé par des fins commerciales.
- Afin d'**encourager la pratique d'activités sportives**, proposer des structures faciles d'accès, peu onéreuses, et qui accompagnent le patient pour le motiver et le rassurer. Le dispositif Sport-santé, sport sur ordonnance, peut correspondre à ces attentes et fonctionne bien à Strasbourg. Cependant dans notre travail aucune des quatre personnes interrogées n'en fait partie, ou ne l'a mentionné. On ignore si cela leur avait été proposé par le médecin et elles l'auraient refusé ou si on ne les en avait pas informées.
- **Aménager les espaces et faciliter les transports dans ces quartiers :** afin de lutter contre la sédentarité et favoriser la pratique d'activités physiques notamment.
- **La lutte contre les discriminations** est également du ressort de l'état.

On constate donc que si certaines « solutions » envisagées ici sont du ressort du médecin généraliste, la prise en charge est plus globale et fait appel à d'autres intervenants, surtout

en matière de politiques publiques. Enfin, la lutte contre la précarité et les facteurs de précarisation des populations est aussi bien entendu une piste majeure d'amélioration de l'état de santé et du poids de la population française.

V. CONCLUSION

Ce travail qualitatif trace quatre portraits sociologiques de femmes habitant le quartier du Neuhof en situation de surpoids ; il explore leurs trajectoires de vie, leurs pratiques et leurs représentations. Les résultats montrent que leur alimentation est plutôt diversifiée et semble assez équilibrée sur le plan nutritionnel lorsqu'elles cuisinent. Cependant, la pression économique des quatre enquêtées, associée à certaines situations d'isolement qu'elles rencontrent, a tendance à provoquer une restriction alimentaire ou une simplification des repas ; ces dernières pourraient être responsables de la consommation de produits de moins bonne qualité nutritionnelle, en particulier pour les repas pris seule ou en grignotage entre les repas. Elles pratiquent peu d'activités physiques pour des raisons d'incapacité liées à des maladies, et de manque de structure proche ou d'encadrement qui les rassureraient. On note que la question de leur poids, et plus globalement de leur santé, ne fait pas partie de leurs principales préoccupations. L'origine du poids selon elles, n'est pas lié à leur alimentation, et il n'y a pour trois d'entre elles ni désir exprimé de le perdre, ni désir d'avoir une alimentation saine ou des connaissances nutritionnelles. Elles ont par contre évoqué fréquemment lors des entretiens les situations difficiles qu'elles avaient rencontrées (financières, familiales ou administratives). Y compris, pour les trois peu intéressées par la question du surpoids, des situations de violence, qui semblent être au premier plan de leurs préoccupations.

La question du poids semble en effet englobée dans une sphère plus grande où la précarité, la pression économique, les violences, l'isolement sont interconnectées. En effet, la précarité favorise le surpoids via le stress, l'exclusion sociale, le discrédit, le chômage, les troubles psychologiques comme la dépression, et parfois les violences qui l'accompagnent ; et via la pression économique sur l'alimentation et l'activité physique. Mais une deuxième chaîne de

causalité existe aussi, distincte et complémentaire, dans laquelle l'obésité elle-même peut être vue comme influençant les positions et les dynamiques sociales.

Dans ces conditions, la lutte contre le seul surpoids en encourageant une alimentation saine et une activité physique, ne saurait être suffisante. La place du médecin, notamment via son oreille attentive, son information, son empathie et son soutien, est importante, mais il s'agit aussi pour lui comme pour le reste du personnel soignant de dépasser les stéréotypes négatifs, de changer son regard sur le surpoids et l'obésité. Il lui est nécessaire de rechercher et de prendre en considération les éventuelles violences ou difficultés subies par ces personnes ainsi que les phénomènes discriminatoires dont la personne en surpoids pourrait être victime. Enfin, le médecin ne peut à lui seul casser le cercle vicieux dans lequel la personne précaire en surpoids se trouve et un accompagnement plus vaste semble nécessaire (psychologue, assistante sociale). Ce travail montre ainsi que si l'obésité est certes un problème de santé publique, il peut aussi être vu comme un problème de politiques sociales, et la lutte contre la précarisation de la population de façon générale est un outil majeur dans la lutte contre l'obésité en France.

VU

Strasbourg, le 29 07 20

Le président du Jury de Thèse

Professeur 

VU et approuvé

Strasbourg, le

1 AOUT 2020
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBERIA



Professeur Jean-Christophe WEBER

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Nouvel Hôpital Civil

Service de Médecine Interne

Tél. : 03 69 55 05 02 - Fax : 03 69 55 18 34

Email : Jean-Christophe.Weber@chru-strasbourg.fr

N° RPPS : 10002429438

VI. ANNEXES

A. Guide entretien

Consigne initiale : vous vivez à Neuhof depuis plusieurs années, pouvez vous me dire comment ça se passe ? comment vivez-vous le Neuhof ? comment ca se passe pour vous dans le quartier ?

TERRAIN

- **Famille, profession, âge** : Est-ce que vous pouvez me décrire un peu votre famille ? et votre quotidien ?
- **Parcours migratoire si il y a** : avez-vous toujours vécu ici ? où avez-vous vécu avant ? comment êtes-vous venu ici ?

ACTIVITE PHYSIQUE

- **Représentations** : est-ce qu'il vous arrive de faire des activités un peu physiques/ sportives ? avez-vous d'autres loisirs / activités que vous aimez faire/pratiquer ? sont-elles au Neuhof ?
Y -a-t-il des activités que vous souhaiteriez pratiquer ? qu'est-ce que vous rêveriez de faire ? qu'est-ce qui vous en empêche actuellement ?
Est-ce que ça vous arrive de prendre le tram pour sortir du quartier ?

- **Connaissances** : comment le médecin vous en parle ?

ALIMENTATION

- **Circonstances** [avec qui, qui prépare, quand, où, comment] *Qu'est-ce que vous faites à midi ?*
Comment se passent les repas ? Quand est-ce que vous grignotez ? comment ça se passe pour les courses ?
Comment vous nourrissez vous ? comment mangez-vous ?
Racontez-moi comment s'est passé le repas hier soir ? +++
- **Connaissances, intérêt porté à la nutrition** Qu'est-ce que vous en pensez ? qu'est-ce qu'on vous en dit ? votre médecin a-t-il déjà parlé des repas avec vous ? D'où vient l'idée de manger sain ?
- **Traditions culturelles ou familiales** : comment se passaient les repas quand vous étiez petits ? quels souvenirs en avez-vous ?
- **Facteurs intégration sociale** [invités, essaie de manger français] : est-ce qu'il vous arrive de recevoir des invités pour le repas ? qu'aimez-vous cuisiner ? pourquoi ? comment ça se passe, racontez moi

LE CORPS

- **Représentations** : Est-ce que vous vous sentez en bonne santé ?
- **Si maladies** : quelles sont les conséquences de vos problèmes de st ?
Que pensez-vous de votre poids ? +++
- Si mal à l'aise à cause de son poids : en quoi il vous gêne ? +++
y a-t-il des choses que vous n'osez pas faire à cause de votre poids ? Est-ce que vous avez l'impression que votre corps a changé ?
- **Stigmatisation** : Comment vous sentez-vous dans votre peau ?

- **Estime de soi** : vous arrive t'il d'être fier de vous parfois ? votre poids a-t-il un impact sur la confiance que vous avez en vous ? vous pouvez me parler de situations où ça joue ?
- **Etiologie** : pour vous d'où vient votre poids ? +++

PRECARITE

- **Situation financière** : Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?
- **Impact sur la santé** : pensez-vous que votre situation financière joue sur votre santé ? sur votre confiance en vous ? sur votre poids ?
- si vous aviez plus d'argent à quoi le consacreriez-vous ?

MEDECIN / ASALEE

- **prise en charge actuelle** : comment percevez-vous l'intervention de Chantal ? du médecin ? de l'hôpital ?
- est-ce pertinent ? qu'est-ce que vous avez apprécié dans votre Prise en charge ?
- **attentes/amélioration** : qu'est-ce que vous attendez ? de votre MT, quel rôle doit-il avoir ? qu'est-ce qui manque dans votre PEC ? qu'est-ce qu'il faudrait faire d'autres ?

Comment vous voyez les prochaines années ? rester au Neuhof ?

B. Extraits des tableaux des verbatims

A	D	E	F
THEME	CODE	FAMILLE	VERBATIM
72	alimentation	nutrition	sain c'est à dire "sain" c'est quoi sain ?
73	alimentation	nutrition	manger bien ? - les jours de fête
74	alimentation	nutrition	manger bien pour la santé peut-être ? - je vois pas...
75	alimentation	nutrition	est-ce que vous faites un peu attention à ce que vous mangez ? à la nutrition ? - ah bah ouloul! je mange pas gras, je mange pas gras
76	alimentation	nutrition	non non les graisses moi je mange pas, je suis pas trop la graisse moi, non non non non.
77	alimentation	nutrition	est-ce que vous avez déjà parlé un peu des repas avec votre médecin ? - non
78	alimentation	nutrition	par rapport à l'alimentation est-ce qu'il y a des choses qu'elle vous a dit ou ? - non pour le moment non
79	alimentation	nutrition	vous avez essayé ? de faire des choses ? - non j'ai jamais essayé de faire de régime, moi je voulais qu'il s'en aille comme il est venu quoi...
80	alimentation	nutrition	il m'a fait placer à la cuisine, c'était un régime, je voulais me servir autant que je voulais
81	alimentation	nutrition	je mange plus salé que sucré
82	alimentation	nutrition	est-ce que vous trouvez, le diabète, le cholestérol, ça a un lien avec ce que vous mangez quand vous avez les résultats de prise de sang ? je ne pense pas non.
83	alimentation	nutrition	quand je fais griller de la viande je ne la mets pas, je ne prends pas d'huile, je mets pas d'huile dans ma poêle
84	alimentation	nutrition	vous voulez emmener une bouteille de coca ? - sûre
85	alimentation	nutrition	comme chez le volailler, comme je n'ai pas le droit de manger des knacks wurtz ** mais chez mon volailler je peux parce ce sont des knacks wurtz à la volaille, oh elles sont super bonnes, elles sont super bonnes... - ça cause du diabète
86	alimentation	nutrition	surtout les légumes, moi c'est surtout les légumes
87	alimentation	nutrition	je ne fait pas d'excès là j'ai fait un peu d'excès, j'ai mangé un peu de chocolat pour Noël et j'ai fini d'ailleurs aujourd'hui là les trucs mais maintenant je fais plus rien, j'en achète plus, c'est fini parce que ça c'était encore mais maintenant c'est fini.
88	alimentation	nutrition	je prends un peu de jambon, mais alors c'est du jambon à l'os et c'est encore la personne que je fais au maiché
89	alimentation	nutrition	voilà mais de temps à autre, je prends aussi une tartine de la sauceisse à tartiner**, ça c'est Georges, j'ai adoré ça, oui mais on aime, on aime...
90	alimentation	nutrition	non mais je fais attention à ce qui concerne ça, je ne bois pas, je ne fume pas**, et bah ça c'est déjà beaucoup.
91	alimentation	nutrition	le diabète qui m'a aidé à avancer c'est pas** le médecin
92	alimentation	nutrition	tout simplement, dans le temps, c'était comme ça, il faut manger beaucoup de légumes, pas de charcuterie ou très peu, ceux-là vous pouvez les manger parce que c'est des knacks de volaille alors j'ai essayé. Et quand je suis arrivée chez le médecin il avait les mains sur la tête, il a dit ce n'est pas possible**, j'ai dit écoutez ce sont des knacks de volaille
93	alimentation	nutrition	Alors en ce moment c'est qu'une tartine et du café et Chantal a dit c'est mauvais je sais
94	alimentation	nutrition	Elle m'a même donné l'application YUKA en ce moment je suis en train de contrôler tout dans les magasins, qu'est-ce que je dois prendre ou pas
95	alimentation	nutrition	C'est et je regarde. Mais y a bcp de choses qui sont mauvaises hein - rite - Y a plus de mauvais que de bons
96	alimentation	nutrition	Non j'avais déjà ça mais j'étais pas assez motivée parce que j'y connaissais pas. Chantal m'a donné l'application et elle m'a donné des autres trucs encore et je fais ce qu'ils me disent de faire
97	alimentation	nutrition	mais parfois comme je suis toute seule... alors je le fais pour mon mari oui
98	alimentation	nutrition	Oui je fais l'appel ce qu'elle me donne le repas et tout, je le fais bcp pour mon mari
99	alimentation	nutrition	Je savais aussi je faisais. Mais y avait des trucs je savais pas que c'était mauvais et tout ça, mais je savais qu'il fallait manger fruits légumes et tout ça
100	alimentation	nutrition	Parce que je travaillais dans une cuisine et je savais faire tout ça. (connaissances sur la nutrition)
101	alimentation	nutrition	ils mangent ils sont obèses ok
102	alimentation	nutrition	excès
103	alimentation	nutrition	fast food, excès
104	alimentation	nutrition	Si je mangerais encore mal, que je vais dans des fast-food** et tout ça, ça c'est une fois tous les 6 mois un hamburger, c'est pas ça qui va me faire le poids
105	alimentation	nutrition	Je veux pas dire que je mange très mal parce que je mange très bien parce que je mange quand même sain** cuisiner maison c'est pas des plats cuisinés** c'est ça que je comprends pas et pour tant je fais des salades, je fais des légumes, même je mange mtn des tomates parce que je mange pas assez de fruits... le bois de l'eau
106	alimentation	nutrition	j'avais un petit défaut, je buvais du coca, mais je buvais une canette par jour! c'est pas énorme! c'est quand même énorme parce que y a beaucoup de sucre, mais une canette par jour vous allez pas me dire que c'est énorme
107	alimentation	nutrition	mais même quand je mange une pizza c'est parfois juste un quart de pizza c'est tout! c'est même pas une pizza!
723			

1	A	D	F
1	THEME	CODE	VERBATIM
185	alimentation	ousine	les repas je n'les fais plus ** je les fais le soir quand mon fils il rentre du travail
186	alimentation	ousine	des fois on s'arrange, des fois on mange froid le soir, ou bien j'ai des restes dans le frigo que je réchauffe le soir
187	alimentation	ousine	si je prends un fruit, comme je vous dis, tout ce que j'ai quoi, je ne me fais plus à manger
188	alimentation	ousine	je faisais tjs à manger, ce qu'il aimait je faisais quoi
189	alimentation	ousine	(aimer cuisiner) avant oui maintenant plus
190	alimentation	ousine	manger alsacien, des purées, de la viande, de tout, du lapin, maintenant je sais pas j'ai pas envie (fines) non je fais beaucoup des fois des choses italiens vous voyez : des brocolis, je fais avec des spaghettis
191	alimentation	ousine	j'ai pas envie de me faire à manger. J'ai pas envie de sortir toutes les marmites là
192	alimentation	ousine	quand je veux le faire je fais toujours à l'avance je coupe toujours toutes fines, parce que j'aime mettre, c'est ma passion
193	alimentation	ousine	j'ai fait des petites courgettes toutes petites, avec 2 carottes râpées et je l'ai fait revenir avec de bons oignons, et puis j'ai mis des pommes de terres
194	alimentation	ousine	Alors je voulais faire une omelette, mais mon fils il a dit "maman pas le soir les œufs c'est un peu..." j'ai dit "mais ça me dérange pas" on a mangé et c'était bien
195	alimentation	ousine	je ne prends que des légumes surgelés** ça m'évite d'éplucher, ça m'évite d'avoir des déchets, j'ai tout et plus qu'à mettre dans la casserole
196	alimentation	ousine	mélange asiatique, italien et parisien, le machin asiatique, y a soja, y a toutes sortes de légumes, les italiens c'est pareil y a beaucoup de brocolis des tomates, des trucs comme ça et parisien c'est carottes, pommes de terre, petits pois
197	alimentation	ousine	d'habitude, je dine en boîte.
198	alimentation	ousine	raviolis, des fois je m'achète des lassagnes et autrement il faut que ce soit une omelette avec des champignons, viande je me fais des fois des petits rôtis
199	alimentation	ousine	mais toujours avec des légumes et ce que je fais surtout.
200	alimentation	ousine	pouvoir mettre une ou deux poignées de riz dedans donc ça cuit en même temps et tout ça avant de le mettre au four
201	alimentation	ousine	non pour la bouffe je ne suis pas compliquée, j'aime bien aussi le faire des spaghettis avec de la sauce tomate simplifiée, la plus simple possible
202	alimentation	ousine	vous avez un tube de sauce tomate, moi je prends surtout les tubes, pourquoi, parce qu'une fois que vous l'avez ouvert, la boîte vous êtes obligés de mettre dans un bocal ou autre alors que le tube, vous vous servez, vous refermez et c'est bon alors à ce moment-là ce que moi je fais, je fais cuire les pâtes, je prends un petit peu de bouillon de l'eau de cuisson des pâtes, je mets dans une casserole, j'appuie un petit peu sur la sauce tomate, comment faire un petit peu, j'assaisonne poivrez avec du thym et de lail, et je touille ça et quand les pâtes sont cuites j'ai une sauce toute prête.
203	alimentation	ousine	j'ai des fois des difficultés pour savoir ce que je vais me faire à manger, je me dis toujours, ça serait bien si on m'apportait les repas mais d'un autre côté je me dis à voir leur plateau repas, tout dans des barquettes, milieu carcéral
204	alimentation	ousine	non je préfère encore me faire cuire des machins moi, mais bon autrement
205	alimentation	ousine	autrement, non, vous savez en bouffe, à l'orphelinat on vous demande pas si tu aimes ça ou non, tu bouffes c'est terminé on en parle plus
206	alimentation	ousine	al dente pas chez moi, mon gastro-entérologue m'a toujours dit mme H, on dit il faut manger al dente mais vous c'est pas al dente, c'est bien cuit, mon estomac est fragile
207	alimentation	ousine	c'est les surgelés, c'est les pâtes, c'est le riz
208	alimentation	ousine	oui je fais ce que tu aimes alors c'est des crépes farcies... champignons et jambon, c'est un délice
209	alimentation	ousine	je cuisine encore mais je n'arrive plus à cuisiner comme je cuisinai
210	alimentation	ousine	parce que j'étais une bonne cuisinière, j'aimais cuisiner et maintenant mais je n'y arrive, je cuisine encore malgré mais ça n'a plus le même goût
211	alimentation	ousine	les purées et tout ça, c'est moi qui les fait
212	alimentation	ousine	non pour cuisiner y a pas de soucis mais manger ça ne me dit rien ça passe pas.
213	alimentation	ousine	Parce que mon mari ne fait pas ça - fines (c'est elle qui cuisine)
214	alimentation	ousine	Ah je cuisine tout hein.
215	alimentation	ousine	mais j'aime bien faire les gâteaux et tout ça mais j'en mange pas. C'est vraiment rare il faut vraiment que j'ai envie de manger un morceau de gâteau quoi (petit meveu) Lui il fait beaucoup de gâteaux avec moi** quand je fais les gâteaux de Noël et tout alors il vient « attends je t'aide ! » et alors j'ai les autres petits arrières qui viennent aussi chez moi, ils préfèrent venir chez moi que chez leur grand-mère ! parce qu'ils savent que moi j'aime bien faire des choses comme ça, eux aussi ça leur plaît alors ils viennent chez moi.
216	alimentation	ousine	Ah oui moi je peux rester des heures ça me dérange pas ! c'est juste pour le faire et pour les offrir ! c'est déjà bien !
217	alimentation	ousine	
723			

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Inserm. Obésité. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-essante/dossiers-information/obesite>. Consulté le 4 mai 2020.
2. La Panouse L . Traité sur l'embonpoint ou obésité, moyens de le prévenir et de le combattre. Paris. 1837. [En ligne]. Disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5783535r>. Consulté le 4 mai 2020.
3. Fischler C. La symbolique du gros. Communications. 1987.
4. Blatgé M, Poulain JP. Sociologie de l'obésité. Avril 2010 [En ligne]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/lectures/994>. Consulté le 11 nov 2018.
5. Poulain JP. Éléments pour une histoire de la médicalisation de l'obésité. Obésité. Mars 2009 ; 4:7-16.
6. Chapuis-Després S. Histoire du corps, histoire du genre. Bilan et perspectives. Corps. 2016 ; 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. Mai 1983 ; 67(5):968-77.0.
8. Elias N. La Civilisation des mœurs. Réédition 1991 Calmann-Lévy.
9. World Health Organization. International classification of diseases. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/classifications/en/>. Consulté le 4 mai 2020.
10. World Health Organization. Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS [En ligne]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42734>. Consulté le 11 nov 2018.
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. 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. Albala C, Yanez M, Devoto E, Sostin C, Zeballos L, Santos JL. Obesity as a protective factor for postmenopausal osteoporosis. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders : Journal of the International Association for the Study of Obesity*. Nov 1996, 20(11) : 1027-1032.
17. Gupta PP, Fonarow GC, Horwich TB. Obesity and the Obesity Paradox in Heart Failure. *Can J Cardiol*. Févr 2015 ; 31(2):195-202.
18. Haute Autorisé de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours . Paris : HAS ; 2011.
19. Quetelet LAJ. A treatise on man and the development of his faculties, tr. (under the superintendence of R. Knox). 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*. Juill 1972 ; 25(6):329-43. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0021968172900276>. Consulté le 4 mai 2020.
21. The National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Program: Health Implications of Obesity [En ligne]. Disponible sur : <https://consensus.nih.gov/1985/1985Obesity049html.htm>. Consulté le 4 mai 2020.
22. World Health Organization. Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. Série de Rapports techniques 854. [En ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status_fr/en. Consulté le 4 mai 2020.
23. Inserm. Obésité : Dépistage et prévention chez l'enfant [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/37>. Consulté le 4 mai 2020.
24. Inserm / Kantar Health / Roche. ObEpi 2012 Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [En ligne]. Disponible sur : http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf. Consulté le 4 mai 2020.
25. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Epidémiol Hebd*. 2016 ; (35-36):640-6. [En ligne]. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.html. Consulté le 4 mai 2020.
26. Boubal C. L'art de ne pas gouverner les conduites. *Rev Française Sociol*. Déc 2019 ; Vol. 60(3): 457-81. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2019-3-page-457.htm?contenu=resume>. Consulté le 4 mai 2020.
27. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation: Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Rev Fr Sociol*. 2009 ; 50(4):747. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2009-4-page-747.htm>. Consulté le 4 mai 2020.

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.* 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. *Insee Première.* 2007 ; 1123.
33. De Saint Pol T. Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. *BEH.* 2008. 20.
34. Régnier F. Obésité, corpulence et souci de minceur: inégalités sociales en France et aux États-Unis. *Cah Nutr Diététique.* Avril 2006 ; 41(2):97-103.
35. Carof S. Être grosse. *Sociologie.* Sept 2019 ; Vol. 10(3):285-302.
36. Carof S. Les représentations sociales du corps « gros » : Un enjeu conflictuel entre soignants et soignés. *Anthropol Santé.* Mai 2017 ; (14). [En ligne]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2396>. Consulté le 3 mai 2020.
37. République française. Loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. *Journal Officiel*, n°2014-173 du 22 février 2014, page 3138.
38. Renaud A. Les habitants des quartiers de la politique de la ville. *Insee Première.* Mai 2016 ; (1593) [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121538>. Consulté le 8 mai 2020.
39. Strasbourg.eu.-Eurométropole. Egalité urbaine et cohésion sociale. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.strasbourg.eu/egalite-urbaine-cohesion-sociale> Consulté le 8 mai 2020.
40. Blanchet A, Gotman A. L'entretien : l'enquête et ses méthodes. 2ème. Paris ; 2010. 128 p.
41. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Paris : HAS ; 2018.
42. Gault B. Projet FETOMP : le surpoids et l'obésité expliqués par les patients précaires. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2020.
43. Quinchon M. Alimentation, précarité et rapport au poids : immersion dans les Quartiers Prioritaires de la Ville de Strasbourg dans le cadre du projet FETOMP. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2020.

44. Bubendorf V. Monographie : le vécu du poids et la relation à l'alimentation d'une personne en surpoids en situation de précarité dans le cadre du projet FETOMP. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2020.
45. Goffman E. Stigmate : les usages sociaux des handicaps. Editions de minuit. 1975. 180 p.
46. Haute Autorité de Santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Paris : HAS ; 2017.
47. American Psychiatric Association. DSM - 5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson. 2015. 1176 p.
48. Konttinen H, van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala A. Depression, emotional eating and long-term weight changes : a population-based prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019 ; 16(1):28.
49. Observatoire national de la politique de la ville. Perception des conditions de vie des habitants. Rapport annuel 2017. [En ligne]. Disponible sur <http://www.onpv.fr/theme/qualité-vie>. Consulté le 15 mai 2020.
50. Porquet C. Projet FETOMP : analyse quantitative de la population consultant en médecine générale en Quartiers Prioritaires de la Ville de Strasbourg selon le poids. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2020.
51. Pralong F. Insuline et cerveau : nouvelle cible pour un ancien messager. *Rev Médicale Suisse*, 2003 ; (2424). [En ligne]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2424/22816>. Consulté le 5 mars 2020.
52. Pigeyre M. Effets de l'insuline sur le système nerveux central. *Annales d'endocrinologie.* Février 2007 ; (68).
53. Loh K, Zhang L, Brandon A, Wang Q, Begg D, Qi Y, et al. Insulin controls food intake and energy balance via NPY neurons. *Mol Metab.* Avr 2017 ; 6(6):574-84.
54. Olson C, Bove C, Miller E. Growing up poor: Long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite.* Juill 2007 ; 49(1):198-207.
55. Tomiyama AJ. Stress and Obesity. *Annu Rev Psychol.* Avril 2019 ; 70 : 703-18. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-psych-010418-102936>. Consulté le 14 mai 2020.
56. Poisson D. Alimentation des populations modestes et défavorisées. Paris : 2008 ; 21 p. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.lemangeur-ocha.com/wp-content/uploads/2012/04/DP-aliment-pop-defavorisees.pdf>. Consulté le 08 juin 2020.
57. Al-Safi ZA, Polotsky A, Chosich J, Roth L, Allshouse AA, Bradford AP, et al. Evidence for disruption of normal circadian cortisol rhythm in women with obesity. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol.* Avr 2018 ; 34(4):336-40.
58. Lafontan M. Dysfonctions du système nerveux sympathique et de la signalisation catécholaminergique chez l'obèse. *Obésité.* Mars 2014 ; 9.
59. Lecerf J-M. Stress social et obésité abdominale. *Corresp En Métabolismes Horm Diabète Nutr.* 2012 ; 6.

60. Block JP, He Y, Zaslavsky AM, Ding L, Ayanian JZ. Psychosocial Stress and Change in Weight Among US Adults. *Am J Epidemiol.* Juill 2009 ; 170(2):181-92.
61. Harding JL, Backholer K, Williams ED, Peeters A, Cameron AJ, Hare MJ, et al. Psychosocial stress is positively associated with body mass index gain over 5 years: evidence from the longitudinal AusDiab study. *Obes Silver Spring Md.* Janv 2014 ; 22(1):277-86.
62. Niskanen R, Holstila A, Rahkonen O, Lallukka T. Changes in working conditions and major weight gain among normal- and overweight midlife employees. *Scand J Work Environ Health.* Janv 2017 ; 43(6):587-94.
63. Fujishiro K, Lawson CC, Hibert EL, Chavarro JE, Rich-Edwards JW. Job strain and changes in the body mass index among working women: a prospective study. *Int J Obes* 2005. Sept 2015 ; 39(9):1395-400.
64. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Brunner E, Vahtera J, et al. Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *Int J Obes* 2005. Juin 2006 ; 30(6):982-7.
65. Collège national des pédiatres universitaires. Maltraitance infantile. 2014. [En ligne]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/maltraitance/site/html/1.html>. Consulté le 6 avril 2020.
66. Gouvernement du Québec, ministère de la santé et des services sociaux. Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale : politique d'intervention en matière de violence conjugale. Québec ; 1995. 77 p.
67. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med.* Oct 2009 ; 71(8):805-12.
68. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry.* 2004 ; 65 Suppl 12:10-5.
69. Bonomi AE, Cannon EA, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse Negl.* Juill 2008 ; 32(7):693-701.
70. Midei AJ, Matthews KA. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* Mai 2011 ; 12(5):e159-72.
71. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Reprint of: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 2019 ; 56(6):774-86.
72. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velázquez-Alva M del C, Zepeda Zepeda M. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite.* Déc 2016 ; 107:639-44.
73. Jia H, Li JZ, Leserman J, Hu Y, Drossman DA. Relationship of abuse history and other risk factors with obesity among female gastrointestinal patients. *Dig Dis Sci.* Mai 2004 ; 49(5):872-7.

74. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. Août 2002 ; 26(8):1075-82.
75. Thomas C, Hyppönen E, Power C. Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. *Pediatrics*. Mai 2008 ; 121(5):e1240-1249.
76. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. Mai 2014 ; 19(5):544-54.
77. Quilliot D, Brunaud L, Mathieu J, Quenot C, Sirveaux M-A, Kahn J-P, et al. Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Res*. Juin 2019 ; 276:134-41.
78. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol*. Mai 2011 ; 23(2):453-76.
79. Gooding HC, Milliren C, Austin SB, Sheridan MA, McLaughlin KA. Exposure to violence in childhood is associated with higher body mass index in adolescence. *Child Abuse Negl*. Déc 2015 ; 50:151-8.
80. Greenfield EA, Marks NF. Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: using food in response to stress as a mediator of risk. *Soc Sci Med* 1982. Mars 2009 ; 68(5):791-8.
81. Davies R, Lehman E, Perry A, McCall-Hosenfeld JS. Association of intimate partner violence and health-care provider-identified obesity. *Women Health*. 2016 ; 56(5):561-75.
82. Mathew AE, Marsh B, Smith LS, Houry D. Association between Intimate Partner Violence and Health Behaviors of Female Emergency Department Patients. *West J Emerg Med*. Août 2012 ; 13(3):278-82.
83. Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse Negl*. Mai 2002 ; 26(5):455-73.
84. Yoshihama M, Horrocks J, Bybee D. Intimate partner violence and initiation of smoking and drinking: A population-based study of women in Yokohama, Japan. *Soc Sci Med* 1982. Sept 2010 ; 71(6):1199-207.
85. Ackerson LK, Kawachi I, Barbeau EM, Subramanian SV. Exposure to domestic violence associated with adult smoking in India: a population based study. *Tob Control*. Déc 2007; 16(6):378-83.
86. Vest J. Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *Am J Prev Med*. Avr 2002 ; 22(3):156-64.
87. Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence-18 U.S. states/territories, 2005. *Ann Epidemiol*. Juill 2008 ; 18(7):538-44.
88. Hurwitz EJH, Gupta J, Liu R, Silverman JG, Raj A. Intimate partner violence associated with poor health outcomes in U.S. South Asian women. *J Immigr Minor Health*. Juill 2006 ; 8(3):251-61.

89. Kapiga S, Harvey S, Muhammad AK, Stöckl H, Mshana G, Hashim R, et al. Prevalence of intimate partner violence and abuse and associated factors among women enrolled into a cluster randomised trial in northwestern Tanzania. *BMC Public Health*. 14 2017 ; 17(1):190.
90. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med*. Juin 2006 ; 30(6):458-66.
91. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med*. Oct 2009 ; 169(18):1692-7.
92. Sass C, Belin S, Chatain C, Moulin J-J, Debout M, Duband S. La précarité est plus fréquente chez les victimes de violences volontaires : intérêt du score EPICES. *Presse Médicale*. Juin 2009 ; 38(6):881-92.
93. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian J Psychiatry*. Juin 2016 ; 21:51-66.
94. Pan A, Sun Q, Czernichow S, Kivimaki M, Okereke OI, Lucas M, et al. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. *Int J Obes*. Avr 2012 ; 36(4):595-602.
95. Poulain J-P. *Sociologie de l'obésité*. Puf : 2009, 368 p.
96. République française. 9^e édition du Baromètre du Défenseur des droits et de l'Organisation internationale du travail sur la perception des discriminations dans l'emploi, le physique de l'emploi [En ligne]. Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etudes_et_resultats_barometre_ap_vf-v4.pdf. Consulté le 21 févr 2020.
97. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment - Foster - 2003 - Obesity Research - Wiley Online Library [En ligne]. Disponible sur : <https://onlinelibrary-wiley-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/10.1038/oby.2003.161>. Consulté le 17 déc 2019.
98. Santé publique France. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [En ligne]. Disponible sur : </liste-des-actualites/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>. Consulté le 12 nov 2019.
99. Inserm, Kantar Health, Roche. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2012 ; [En ligne]. Disponible sur : https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf. Consulté le 12 nov 2019.
100. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France. 2017 [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>. Consulté le 12 nov 2019.
101. Wresinski J. *Grande pauvreté et précarité économique et social*. Direction des journaux officiels, Paris. 1987 ; 104 p.

102. Institut national de la langue française. Trésor de la langue française. Gallimard, 1971.
103. Insee. Pauvreté – France, portrait social. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238395?sommaire=4238781>. Consulté le 21 févr 2020.
104. Observatoire régional de la santé. Carte d'identité territoriales de santé, nouveaux quartiers prioritaires de la politique de la ville, Strasbourg-Neuhof-Meinau [En ligne]. Disponible sur : <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/QP067016%20STRAS%20Neuhof%20Meinau.pdf>. Consulté le cité 21 févr 2020.
105. De Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Presses de l'EHEPS. 2017 ; 226 p.
106. Célant N, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'Enquête santé européenne : enquête santé et protection sociale 2014 (EHIS-ESPS) . 2017. [En ligne]. Disponible sur <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf>. Consulté le 09 juillet 2020.
107. Delcroix C. Agir en situation de discrédit. Migr Soc. 2011 ; N° 133(1):79-93.
108. Bruchet C. Se libérer du poids de la précarité pour lutter contre l'obésité. Projet FETOMP : analyse quantitative de la population consultant en médecine générale en quartiers prioritaires de la politique de la ville de Strasbourg selon le degré de précarité. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2020.
109. Dainotto M. Prise en charge de l'obésité chez des personnes précaires par le médecin généraliste : qu'en pensent les patients. Thèse de médecine. Université de Strasbourg ; 2020.
110. INRA. Comportements alimentaires. Editions Quæ; 2012 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/comportements-alimentaires--9782759217601.htm>. Consulté le 21 févr 2020
111. Sadeghirad B, Duhaney T, Motaghipisheh S, Campbell NRC, Johnston BC. Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev.* 2016 ; 17(10):945-59.
112. Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, Tudur-Smith C, Jones A, Halford JC, et al. Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults. *Am J Clin Nutr.* Févr 2016 ; 103(2):519-33.
113. Ayadi K, Ezan P. « Pour bien grandir, mange au moins 5 fruits et légumes par jour ! »... Impact des bandeaux sanitaires sur les pratiques alimentaires des enfants. *Manag Avenir.* 2011 ; 48(8):57-75.