



**HAL**  
open science

# Prévalence de l'obésité dans une population de patients sans domicile fixe des Pyrénées-Orientales

Emmanuelle Toussaint

► **To cite this version:**

Emmanuelle Toussaint. Prévalence de l'obésité dans une population de patients sans domicile fixe des Pyrénées-Orientales. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02944137

**HAL Id: dumas-02944137**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02944137>**

Submitted on 21 Sep 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**Docteur en Médecine**

Présentée et soutenue publiquement

Par

Emmanuelle TOUSSAINT

Le 10 décembre 2019

Titre :

**« Prévalence de l'obésité dans une population de patients sans  
domicile fixe des Pyrénées Orientales »**

Directeur de thèse : Dr Pierre FRANCES

JURY

Président :

Pr Antoine AVIGNON

Assesseurs :

Pr Philippe Lambert

Dr Nathalie BOULLE

Dr Pierre FRANCES

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NÎMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**Docteur en Médecine**

Présentée et soutenue publiquement

Par

Emmanuelle TOUSSAINT

Le 10 décembre 2019

Titre :

**« Prévalence de l'obésité dans une population de patients sans  
domicile fixe des Pyrénées Orientales »**

Directeur de thèse : Dr Pierre FRANCES

JURY

Président :

Pr Antoine AVIGNON

Assesseurs :

Pr Philippe Lambert

Dr Nathalie BOULLE

Dr Pierre FRANCES

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

*Professeurs Honoraires*

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
		RIOUX Jean-Antoine

BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	ROCHFORD Henri
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROSSI Michel
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINTE AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	THEVENET André
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MICHEL François-Bernard	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

### **Professeurs Emérites**

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MARES Pierre

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MAUDELONDE Thierry

MONNIER Louis

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

### **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d’urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d’urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

#### **PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie

CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie

CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion

CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale

DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation

DAUVILLIERS Yves-Physiologie

DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie

GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie

HAYOT Maurice - Physiologie

KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie

LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie

MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie

MOREL Jacques - Rhumatologie

MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel - Anatomie

PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie

PUJOL Pascal-Biologie cellulaire

PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique

TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas-Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier-Néphrologie

NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David-Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio-Chirurgie générale

PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie

POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie

ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François-Cardiologie

SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques -Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

### 2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François -Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

HERRERO Astrid – Chirurgie générale

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

## **MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

### **Maîtres de conférence de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David

### **Maîtres de conférence de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

## **MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES**

### **Maîtres de Conférence hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

### **Maîtres de Conférence de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

#### **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## Remerciements

Au Professeur AVIGNON, vous avez accepté de faire partie et de présider mon jury et je vous en remercie.

Au Professeur LAMBERT, vous avez accepté de faire partie de mon jury et je vous en remercie.

Au Docteur BOULLE, vous avez accepté de faire partie de mon jury et je vous en remercie.

Au Docteur FRANCES, vous m'avez dirigé lors de ce travail de thèse, merci pour votre accompagnement, votre énergie et pour vos orientations précieuses.

A Alexis, « ma susterinette chérie », merci de m'avoir accueillie, entourée, protégée et guidée depuis ce jour d'été 2007 où je t'ai rejoint à Paris jusqu'à aujourd'hui. Je t'aime.

A Laura, Clem, Cath, Gabi et Vadim merci pour ces belles années sur les bancs de Paris 6. Les rires, les soirées, les cinés, les vacances... Vous m'avez aidé à traverser l'externat (et quelle période dans ma vie !) avec de merveilleux souvenirs. Spéciale dédicace pour Micha et Boris pour les sous colles. Et à Clem pour la relecture ! Merci pour ces beaux moments à apprendre la médecine et à apprendre à nous connaître.

A Weelma et Nicolas, mes compagnons du quotidien, merci pour votre amitié et votre soutien.

A Michel, merci pour ton amitié et tes enseignements en médecine et pour la vie. Je suis heureuse d'avoir trouvé le mentor dont j'avais besoin. A Martine, merci pour ta chaleur, ton accueil et ta bienveillance.

A ma Marie-Doudou, quelle belle rencontre surprise ! Merci d'être toi, tu es magnifique.

A Danitza, merci pour ton écoute, ta gentillesse, ta justesse.

A Poupinette mon bébé-chat.

A toi Maman, j'exerce avec bonheur cette belle profession qui me permet de te sentir avec moi tous les jours.

## Table des matières

Remerciements .....	17
1.Introduction.....	21
1.1 L'obésité .....	21
1.2 Obésité et situation sociale .....	22
1.3 Cas particuliers des populations sans domicile fixe .....	24
2.Matériel et méthodes.....	27
2.1 Type d'étude.....	27
2.2 Objectifs .....	27
2.3 Population étudiée.....	28
2.4 Mode de recueil des données .....	29
2.3 Ethique .....	30
3.Résultats .....	31
3.1 Prévalence de l'obésité dans la population étudiée .....	31
3.2 Caractéristiques de la population .....	33
3.2.1 Sexe .....	33
3.2.2 Age.....	36
3.2.3 Origine géographique.....	38
3.2.4 Antécédents cardiovasculaires.....	40
3.2.5 Tabagisme.....	41
3.2.6 Exogénose chronique .....	42
3.2.7 Autres addictions.....	43
3.2.8 Mode d'hébergement .....	44
3.2.9 Couverture sociale.....	45
3.2.10 Motif de consultation.....	47
4.Discussion .....	49
4.2 Prévalence de l'obésité dans la population étudiée .....	49
4.3 Caractéristiques de la population .....	53
4.3.1 -Sexe .....	53
4.3.2- Age.....	54
4.3.3-Origine géographique .....	55
4.3.4-Tabagisme .....	58
4.4.5-Exogénose chronique.....	62
4.3.6-Autres addictions .....	64
4.3.7-Maladies cardiovasculaires .....	68
4.3.8 Motif de consultation.....	73
	19

4.3.9-Type d'hébergement.....	80
4.3.10-Protection sociale.....	82
4.1 Forces et faiblesses.....	85
4.1.1 Les points forts de notre étude sont multiples : .....	85
4.1.2 Les points faibles de notre étude sont les suivants :.....	85
5-Conclusion.....	87
Références bibliographiques :.....	94
SERMENT .....	98
Résumé :.....	100
Mots-clés .....	100

# 1.Introduction

## 1.1 L'obésité

Le surpoids et l'obésité se définissent comme un excès de graisse corporelle nuisible pour la santé. L'indice de masse corporelle (IMC) est la mesure du surpoids et de l'obésité la plus communément utilisée. C'est un indice simple permettant l'estimation du surpoids et de l'obésité chez les populations et les individus adultes des deux sexes.

Il est défini par le rapport du poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille exprimée en mètres (kg/m<sup>2</sup>). (1)

Chez les adultes, la définition du surpoids et de l'obésité selon l'OMS est la suivante :

- Un IMC égal ou supérieur à 25 correspond à un surpoids
- Un IMC égal ou supérieur à 30 correspond à une obésité ; répartie en trois sous catégories, obésité modérée si  $30 < \text{IMC} < 35$ , obésité sévère si  $35 < \text{IMC} < 40$ , obésité morbide si  $\text{IMC} > 40$

C'est un problème de santé publique majeur dans les sociétés occidentales. Un tiers de la population mondiale (soit 2,2 milliards de personnes) est concernée. Quatre millions de sujets décèdent de pathologies en rapport avec l'obésité (1).

À l'échelle mondiale, la mortalité liée au surpoids et à l'obésité est supérieure à celle liée à l'insuffisance pondérale. Le nombre de personnes obèses est plus important que celui de personnes en insuffisance pondérale, de manière ubiquitaire, en dehors de certaines parties de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie. (1)

L'étude ESTEBAN menée en France entre 2014 et 2016 par Santé publique France objective une prévalence de l'obésité (IMC supérieur à 30) à 17% pour les hommes et les femmes (3).

L'obésité et le surpoids sont causées par une « disproportion entre les calories consommées et dépensées. Au niveau mondial, on note une majoration de la consommation d'aliments hypercaloriques et riches en lipides, ainsi qu'une baisse du niveau d'activité physique en rapport avec la nature de plus en plus sédentaire des formes de travail, de l'évolution du transport et de l'urbanisation en expansion ». (1)

L'impact en termes de morbi-mortalité est majeur. L'augmentation de l'IMC est un facteur de risque prépondérant pour certaines maladies chroniques comme :

- Les maladies cardiovasculaires (cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux - 1ère cause de décès en 2012)
- Le diabète de type 2
- Les troubles musculo-squelettiques, notamment l'arthrose
- Certaines néoplasies (endomètre, sein, ovaires, prostate, foie, vésicule biliaire, rein et colon). (1)

Le risque de contracter des maladies non transmissibles augmente avec l'IMC.

Pour de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire l'OMS va jusqu'à évoquer une « double charge » de morbidité. Ils font face d'une part aux problèmes des maladies infectieuses et de la dénutrition, mais connaissent également une élévation rapide des facteurs de risque pour les maladies non transmissibles, comme l'obésité et le surpoids, en particulier en milieu urbain. On observe d'ailleurs fréquemment de façon simultanée la dénutrition et l'obésité dans un même pays, une même communauté, voire une même famille. (1)

## 1.2 Obésité et situation sociale

L'obésité a longtemps été un symbole de richesse et de pouvoir, en particulier du moyen âge à la renaissance. On observe cependant depuis le XXe siècle une inversion de cette tendance. La prévalence de l'obésité augmente de manière significative au sein des catégories socioprofessionnelles défavorisées (4) (5) (6). Il y a un rapport inversement proportionnel entre le niveau d'éducation et de revenus et l'IMC. Cela est imputé au fait qu'une éducation nutritionnelle de qualité permettrait aux personnes de choisir avec plus d'attention leurs aliments (valeurs énergétiques, lecture des étiquettes, consommation de produits frais). Les revenus élevés donnant quant à eux accès à un plus large choix de produits.

Au-delà des difficultés de choix alimentaires éclairés et abordables, on notera la complexité de la situation des personnes dont la subsistance dépend de l'aide alimentaire. Les études ABENA (alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire) réalisées en 2004-2005 et 2012-2013 se sont penchées sur le sujet.

Parmi les principaux résultats on retrouvait (13) :

- « Prévalence élevée de l'obésité et du surpoids : 28,8% pour l'obésité et 36% pour le surpoids (hors obésité) soit au total 64,8% des bénéficiaires de l'aide alimentaire en situation d'excès de poids. En 2004-2005, la prévalence d'obésité était de 17% avec 30% chez les femmes.
- Prévalence élevée d'hypertension artérielle (HTA) : la prévalence de l'HTA était de 42,9% (48,5% chez les hommes et 39,3% chez les femmes). En 2004-2005, la prévalence d'hypertension artérielle était de 29% parmi les bénéficiaires de l'aide alimentaire.
- Prévalence élevée de certains déficits vitaminiques et minéraux (7,2% d'anémie, 98,2% de déficit en vitamine D).
- Écart important entre les consommations de certains groupes d'aliments et les recommandations nutritionnelles, en particulier pour les fruits et légumes et les produits laitiers, bien que de légères améliorations aient été observées depuis 2004-2005.
- Conditions de vie difficiles des usagers de l'aide alimentaire, en termes d'isolement, de difficultés de logement, de difficultés face à l'emploi ainsi que d'accès et de renoncement aux soins.
- Part importante d'usagers dépendant de l'aide alimentaire pour se procurer des aliments, l'aide alimentaire étant même, pour certains aliments, la source exclusive d'approvisionnement : plus de la moitié des usagers des structures distribuant des denrées à emporter déclarent avoir recours exclusivement à l'aide alimentaire pour se procurer des produits non périssables (pâtes, riz, farine, etc.) (50,9% en 2011-2012) et des conserves ou

du lait UHT (52,4% en 2011-2012). Cette proportion a doublé depuis 2004-2005 pour les produits non périssables.

- 51% des bénéficiaires ont recours à l'aide alimentaire depuis plus de deux ans (contre 34,5% en 2004/2005). » (13)

### 1.3 Cas particuliers des populations sans domicile fixe

L'INED (institut national des études démographiques) et l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques) ont réalisé en 2012 une étude sur la population sans domicile fixe française (14).

« Était considérée sans domicile fixe, une personne ayant passé la nuit précédant l'enquête dans un service d'hébergement (centre d'hébergement collectif, chambre d'hôtel ou logement payé par une association...) ou dans un lieu qui n'est pas prévu pour l'habitation » (14).

Le nombre de personnes SDF en France est croissant avec une « augmentation de 50% depuis 2001 soit 141 500 personnes concernées en France métropolitaine en 2012 versus 93 000 en 2001 » (14).

Il s'agit d'un phénomène avant tout urbain. « Quarante-quatre pourcent des personnes sans domiciles vivent dans l'agglomération parisienne, les conditions d'hébergements y étant par ailleurs plus précaires. Les femmes représentent 38% des sans domiciles. La majorité des personnes sans domiciles vivent seules (62% sont seules sans enfants) » (14).

Parmi les sans domiciles, « 55% sont nés à l'étranger soit plus de la moitié. Ils sont plus souvent accompagnés d'enfants que ceux nés en France ». (14)

« On distingue dans la population sans domicile les personnes sans abri, c'est-à-dire ayant dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (voie publique, métro, hall d'immeuble...). Cette situation concerne 1 sans-abri sur dix. Près de la moitié ont déclaré ne pas vouloir aller en centre d'hébergement, notamment du fait du manque d'hygiène ou de l'insécurité. Environ 1 sans domicile francophone sur 2 bénéficie toutefois d'un hébergement en structure collective. Un tiers ont dormi la veille de l'enquête dans un logement fourni par un organisme d'aide ou une association et 12% dans une chambre d'hôtel payée, souvent partagée avec plusieurs

membres de la famille. Par ailleurs, les femmes bénéficient dans l'ensemble de conditions d'hébergement plus stables. » (14)

En ce qui concerne les activités professionnelles, les populations sans domiciles exercent la plupart du temps des emplois précaires et peu qualifiés.

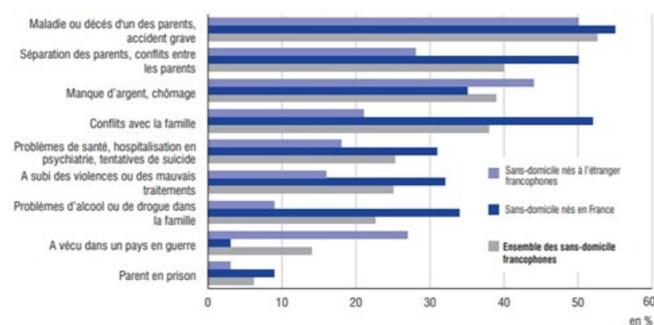
« Un quart des sans domiciles francophones exerce un emploi régulier ou un petit boulot. Le plus grand nombre est cependant soit au chômage, souvent de longue durée, ou inactif (retraités, sans papiers, demandeur d'asile). » (14)

Enfin on note des parcours jalonnés d'évènements de vie difficile. Toujours chez les francophones, 2/5 ont dit ne jamais avoir eu de logement personnel. Les autres ont perdu leur logement suite à une séparation conjugale ou du fait de leur impossibilité de payer loyers et charges. Les difficultés commencent souvent dès l'enfance.

« Un sans domicile né en France sur 4 a été placé en foyer ou en famille d'accueil dans sa jeunesse.

Plus de la moitié des personnes sans domicile a connu le décès, la maladie ou le handicap de l'un de leurs parents. Un quart ont été victimes de violences ou de mauvais traitements. »(14)

### Graphique 1-Evènements de vie négatifs



Champ : sans-domicile francophones de 18 ans ou plus vivant dans les agglomérations d'au moins 20 000 habitants de France métropolitaine.  
Lecture : 40 % des sans-domicile déclarent que, dans leur enfance, leurs parents s'étaient séparés ou étaient en conflit.  
Sources : Insee/Ined, enquête auprès des personnes fréquentant des services d'hébergement ou de distribution de repas 2012.

(28)

Extrait de « les sans domiciles en 2012 : une grande diversité de situations » Françoise Yaouancq, Michel Duée » INSEE REFERENCES 2014

Nous nous intéressons ici à leur état de santé physique et plus particulièrement leur statut pondéral.

L'université de médecine de Harvard a mené une étude en 2012 sur ce sujet. La prévalence de l'obésité au sein des populations de SDF était à l'époque de 32,3%, versus 33,7% pour le reste de la population (7).

En France, une étude menée par le BEH (8) a permis de mettre en évidence une obésité chez 17% des patients sans-domicile. Ces chiffres ont été établis sur une base déclarative, et peuvent donc être sujets à caution. Ils ont toutefois une valeur indicative précieuse.

Les populations SDF sont parmi celles qui rencontrent le plus de difficultés d'accès aux soins (9). Elles nécessitent des prises en charges adaptées à leurs spécificités (10).

Enfin, au plan sociétal, l'obésité peut souvent placer les patients qui en souffrent en situation de discrimination/ stigmatisation, rendant leur situation et leurs possibilités de réinsertion d'autant plus délicate (11).

L'absence de contrôle des différents acteurs de santé sur l'alimentation du SDF, et les difficultés de ventilation d'aide alimentaire (diversification alimentaire lors des dons effectués souvent aléatoire) peuvent également être des facteurs favorisant au surpoids et à l'obésité comme l'ont montré les études Abena en 2004-2005 et 2011-2012.

Dans ce contexte, il semble tout à fait intéressant de connaître cette problématique au sein des structures hébergeant des SDF ; le but étant de mieux appréhender cette question afin de mieux la comprendre et essayer de travailler sur les moyens à mettre en œuvre dans les structures d'hébergement pour le modifier.

Ce travail a également l'ambition de donner des pistes pour l'ensemble des médecins libéraux pour améliorer l'état de santé des patients précaires qui les consultent régulièrement.

## 2. Matériel et méthodes

### 2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale, rétrospective et multicentrique. Les données ont été recueillies par le Dr Pierre FRANCES lors de ses consultations de médecine générale dans deux centres d'hébergement/accueil des personnes SDF durant l'année 2015.

### 2.2 Objectifs

L'objectif principal était de comparer la proportion de patients obèses dans notre population de patients et dans la population générale. Nous avons utilisé un test statistique de comparaison d'une proportion observée à une proportion théorique reposant sur une approximation par la loi normale selon la formule suivante :

$$Z = \frac{p - \pi}{\sqrt{\pi \times (1 - \pi)n}} \rightarrow N(0,1)$$

Où  $p$  est la proportion observée,  $\pi$  la proportion référence et  $n$  le nombre de sujets

Les conditions d'application de ce test sont les suivantes : pour une valeur  $\pi$  donnée, les effectifs  $n$  doivent être suffisamment grands et tels que  $n\pi > 5$  et  $n \times (1 - \pi) > 5$ .

On pose  $H_0 : p = \pi$  et  $H_1 : p \neq$  ou  $> \pi$  avec  $\alpha =$  seuil de rejet de  $H_0$  (par exemple  $\alpha = 0.05$ ).

Pour notre étude nous avons choisi comme référence la prévalence de l'obésité dans la population générale française déterminée par l'étude ESTEBAN menée par Santé publique France entre 2014 et 2016. Soit  $\pi=17\%$ .

Ici le nombre de sujet nécessaire à une validité du test devait être supérieur à  $\pi \div 5$  soit  $5 \div 0,17 = 29,4$  (résultat tronqué au dixième) et supérieur à  $\frac{5}{(1-\pi)} = \frac{5}{0,83} = 6$  (résultat tronqué au dixième).

Il était donc nécessaire d'inclure au moins 30 patients.

Les objectifs secondaires étaient :

- Evaluer les caractéristiques associées à l'obésité (âge, sexe, nature de l'hébergement) chez une population suivie dans 2 structures accueillant les SDF. Nous utiliserons comme références la proportion de l'obésité chez les femmes ( $\pi=17,4$  ; NSN >30) et chez les hommes ( $\pi=16,8$  ; NSN > 28) retrouvées lors de l'étude ESTEBAN en 2015.
  - Etudier en fonction de la classification CISP (classification internationale des soins primaires) le pourcentage des patients obèses afin d'évaluer les comorbidités associés à cette problématique.
  - Rechercher une relation éventuelle entre obésité et diverses caractéristiques des patients (sexe, âge, origine, alcool, tabac, drogues) par rapport aux patients non obèses avec calcul de l'odds ratio à partir d'un tableau de contingence via le programme excel.
- L'odds ratio s'interprète de façon similaire au risque relatif dont il est une approximation. Un odds ratio de 1 correspond à l'absence d'effet. En cas d'effet bénéfique, l'odds ratio est inférieur à 1 et il est supérieur à 1 en cas d'effet délétère.

### 2.3 Population étudiée

Les sujets inclus étaient tous les patients sans domicile fixe ayant bénéficié d'une consultation avec le Dr Pierre Frances dans deux centres d'hébergement de SDF au cours de l'année 2015.

Les patients consultaient pour différents motifs (notre étude permet de les classer en différentes catégories en fonction de la CISP-classification internationale des soins primaires). Les consultations étaient effectuées à la demande du résident où à la suite de recommandations des éducateurs travaillant au sein de la structure.

Les consultations ont été effectuées au sein de deux centres CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) des Pyrénées Orientales :

- Un centre à Perpignan (chef-lieu du département). Au sein de ce centre, 40 places (23 places d'urgence ou 115, et 17 places de stabilisation) permettent aux sans-abris de dormir. Les consultations sont réalisées toutes les semaines.
- Un centre à Céret (un des chefs lieu du département) plus rural avec 9 places d'urgences, 6 places de stabilisation. Cependant, il existe en parallèle 20 places en

logement en studios au sein d'une structure contiguë (maison relais) qui permet aux patients les plus adaptés au modèle social actuel de rebondir. Les consultations sont effectuées de manière bimensuelle au sein de ce centre

## 2.4 Mode de recueil des données

Le mode de recueil se faisait par interrogatoire oral lors de la consultation pour les items suivants :

- Age
- Sexe
- Origine géographique
- Mode d'hébergement (Classique =C dans centres d'accueil ou 115)
- Consommation de tabac, alcool, autres drogues
- Couverture sociale
- Présence de troubles psychiques
- Présence d'antécédents cardio-vasculaires
- Motif principal de consultation (retranscrit selon la classification internationale des soins primaires CISP)

Le poids était mesuré en consultation à l'aide d'un pèse-personne Terraillon ; une base déclarative était prise en compte pour moins de 10% des patients. Tous les patients ont été mesurés.

L'IMC était calculé selon la formule  $\frac{Poids}{taille \times taille}$ .

## 2.3 Ethique

Les conditions de recueil et d'utilisation des données des patients sont régies par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

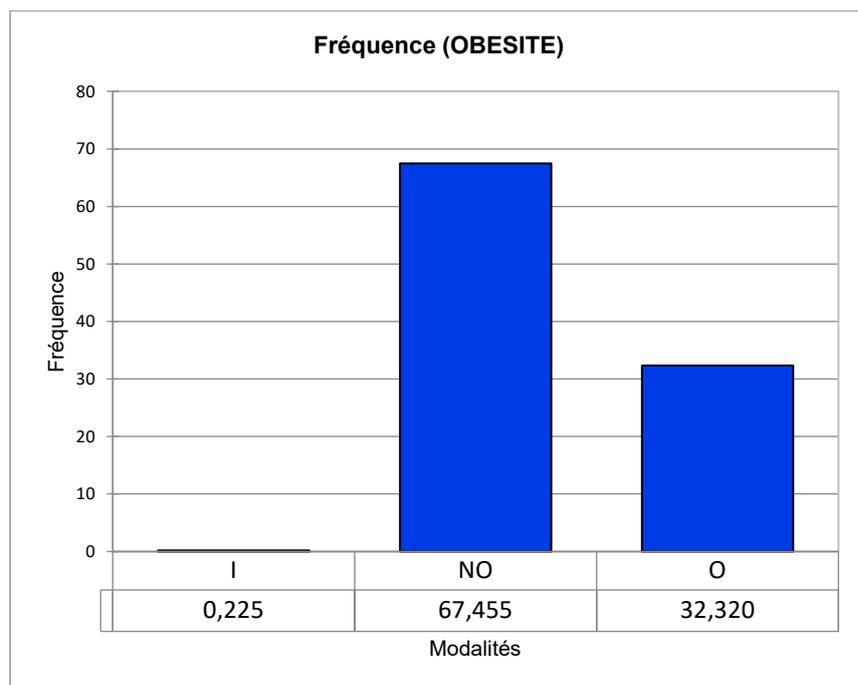
Nous avons choisi d'utiliser les données de consultation recueillies en 2015. Cela nous a permis de sursoir à l'obligation d'établissement de consentement d'exploitation des données de la part des patients. (15)

### 3.Résultats

Huit cent quatre-vingt-huit patients ayant bénéficié d'une consultation avec le Dr FRANCES dans l'un des deux centres d'hébergements des Pyrénées orientales au cours de l'année 2015 ont été inclus dans l'étude. Les caractéristiques de 2 des patients ont été perdues.

#### 3.1 Prévalence de l'obésité dans la population étudiée

Graphique 2- Fréquence de l'obésité



I : Inconnu ; NO : Non obèses ; O : Obèses

Tableau 1-Prévalence obésité (IMC>30)

IMC	Proportion de la population
IMC<30 (Non obèses)	599 (67,4)
IMC>30 (Obèses)	287 (32,3)
Inconnu	2(0,2)

Effectif (Pourcentage)

La prévalence de l'obésité dans la population étudiée est 32,3% IC95 (0,293-0,3547).

### Test z de comparaison d'une proportion à une proportion théorique, unilatéral à droite

$$Z = \frac{p - \pi}{\sqrt{\pi \times (1 - \pi)n}} \rightarrow N(0,1)$$

Avec  $p$  = proportion mesurée = 0,323  $\pi$  = proportion théorique = 0,17 (cf chapitre méthodes)

$N=888$   $\alpha=5\%$

$H_0$  : la différence entre les deux proportions est égale à zéro

$H_a$  : la différence entre les deux proportions est supérieure à zéro

Intervalle de confiance à 95% autour de la proportion (Wilson score) ]0,298 ; 1,000[

$p < 0,0001$

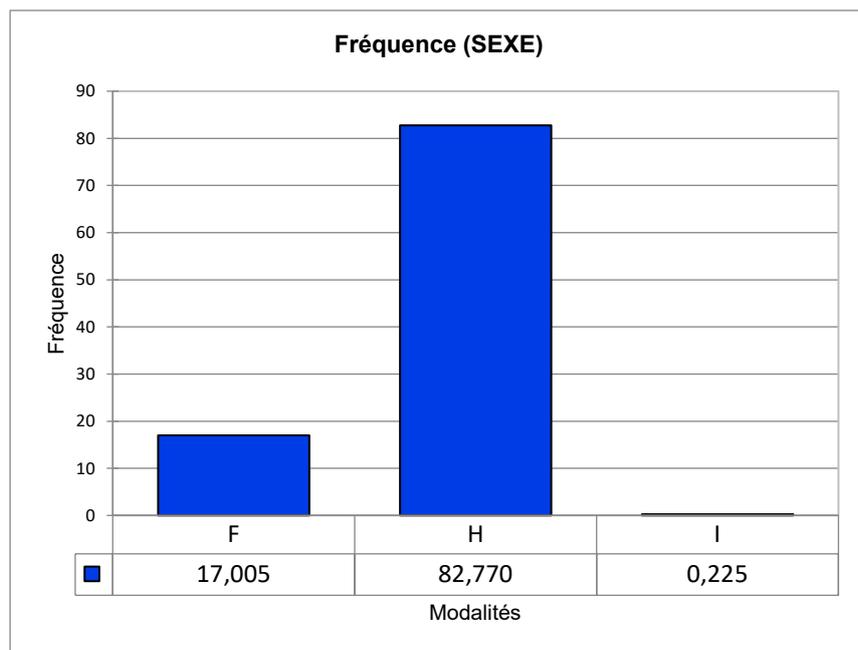
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification  $\alpha=0,05$ , on doit rejeter l'hypothèse nulle  $H_0$ , et retenir l'hypothèse alternative  $H_a$ .

## 3.2 Caractéristiques de la population

### 3.2.1 Sexe

151 femmes et 735 hommes ont été inclus. L'information concernant le genre n'était pas disponible pour 2 patients.

Graphique 3 – Fréquence du sexe



F : Femme ; H : Homme ; I : Inconnu

Tableau 2- Tableau de contingence sexe/obésité (Effectifs)

	Femme	Homme	Inconnu
Obèses	34	253	0
Non obèses	117	482	2
Population totale	151	735	2

Proportion d'hommes obèses = 0,3442 Soit ~34% IC 95% (0,3108 – 0,3793)

Proportion de femmes obèses = 0,2252 Soit ~22% IC 95% (0,1658 – 0,2981)

Odds ratio = 0,5536 IC 95% (0,3670 – 0,8351) < 1 Facteur protecteur du sexe féminin

**Comparaison de la proportion de femme obèses dans la population étudiée avec la proportion de référence (proportion de femme obèses selon l'étude ESTBAN  $\pi=17,4$ )**

$$Z = \frac{p - \pi}{\sqrt{\pi \times (1 - \pi)n}} \rightarrow N(0,1)$$

Avec  $p=0,225$

Et  $\pi=0,176$

Proportion :

0,225

Intervalle de confiance à 95% autour de la proportion (Wilson score) :

] 0,174; 1,000 [

Test z pour une proportion / Test unilatéral à droite :

Différence	0,051
z (Valeur observée)	1,546
z (Valeur critique)	1,645
p-value (unilatérale)	0,061
alpha	0,05

Interprétation du test :

$H_0$  : La différence entre les proportions est égale à 0.

$H_a$  : La différence entre les proportions est supérieure à 0.

Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil  $\alpha=0,05$ , on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle  $H_0$ .

**Comparaison de la proportion d'hommes obèses dans la population étudiée avec la proportion de référence (proportion d'hommes obèses selon l'étude ESTBAN  $\pi=16,8$ )**

$$Z = \frac{p - \pi}{\sqrt{\pi \times (1 - \pi)n}} \rightarrow N(0,1)$$

Avec  $p = 253/735 = 0,344$  et  $\pi = 16,8$

Proportion :

0,344

Intervalle de confiance à 95% autour de la proportion (Wilson score) :

] 0,316; 1,000 [

Test z pour une proportion / Test unilatéral à droite :

Différence	0,176
z (Valeur observée)	12,713
z (Valeur critique)	1,645
p-value (unilatérale)	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :

$H_0$  : La différence entre les proportions est égale à 0.

$H_a$  : La différence entre les proportions est supérieure à 0.

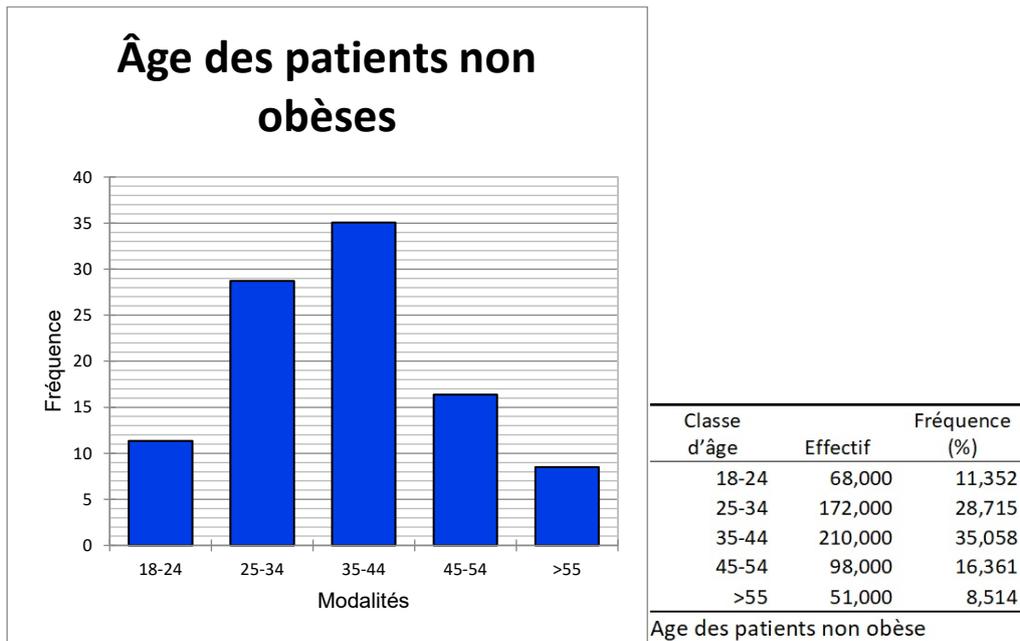
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification  $\alpha=0,05$ , on doit rejeter l'hypothèse nulle  $H_0$ , et retenir l'hypothèse alternative  $H_a$ .

### 3.2.2 Age

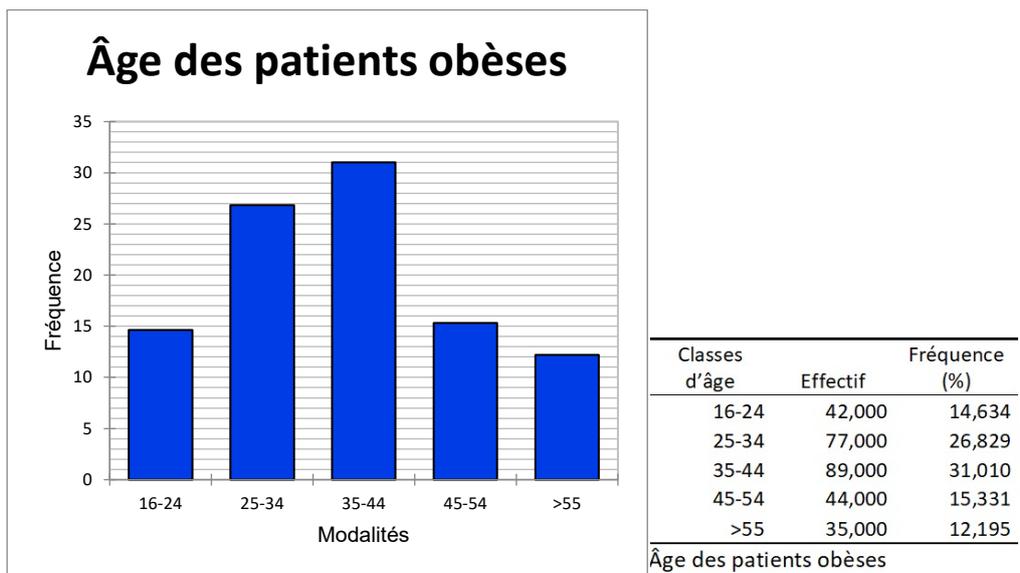
L'âge des patients n'était connu que pour les patients obèses. L'âge minimum était de 18 ans.

L'âge maximum était de 82 ans. La moyenne était de 38,6 ans avec un écart type de 13,6.

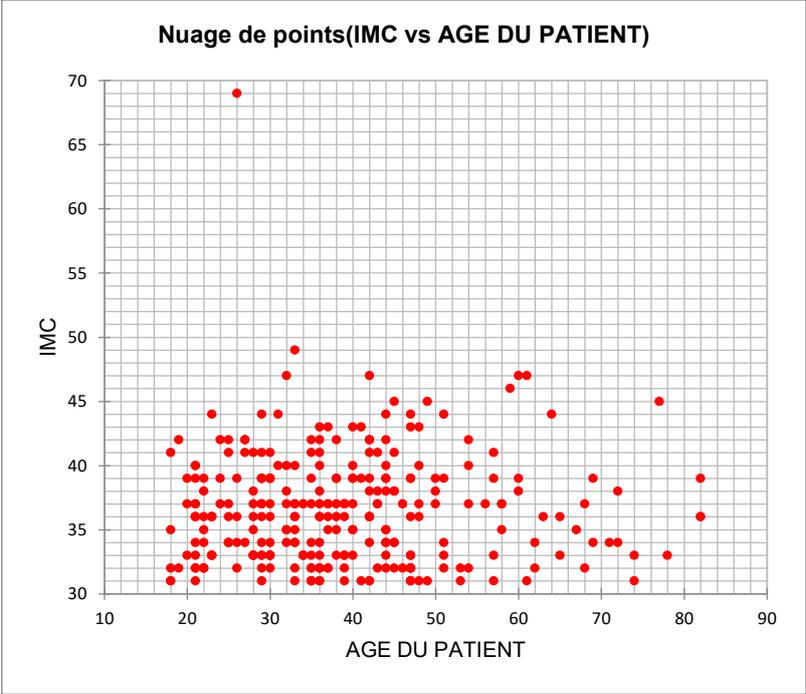
Graphique 4- Âge des patients non obèses



Graphique 5- Âge des patients obèses



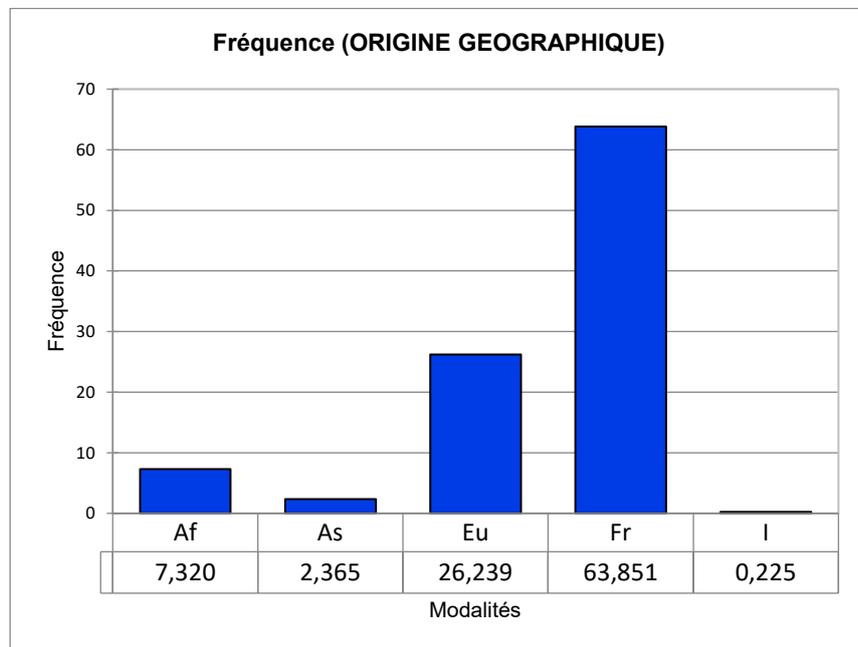
Graphique 6-Nuage de points IMC en fonction de l'âge du patient



### 3.2.3 Origine géographique

Parmi les patients, 567 étaient originaires de France, 232 d'Europe, 66 d'Afrique, 21 d'Asie. L'information n'était pas disponible pour deux patients.

Graphique 7- Fréquence des origines géographiques



Af : Afrique ; As : Asie ; Eu : Europe ; Fr : France ; I : Inconnu

Tableau 3-Tableau de contingence origine géographique/obésité (effectifs)

	France	Europe	Afrique	Asie	Inconnu
<b>Obèses</b>	202	46	34	5	0
<b>Non Obèses</b>	365	186	32	16	2
<b>Population Totale</b>	576	232	66	21	2

Proportion de patients obèses d'origine Française : 0,3507 Soit ~35% IC 95 (0,3128 - 0,3905)

Proportion de patients obèses d'origine européenne : 0,1983 Soit ~19% IC 95 (0,1521 - 0,2543)

Proportion de patients obèses d'origine africaine : 0,5152 Soit ~51% IC 95 (0,3971 – 0,6315)

Proportion de patients obèses d'origine asiatique : 0,2381 Soit ~23% IC 95 (0,1063 – 0,4509)

Odds ratio obésité origine européenne vs française = 0,4579 IC 95 (0,3178 – 0,6598) exclut 1 et < 1

→ Facteur protecteur

Odds ratio obésité origine africaine vs française = 1,9672 IC 95 (1,1787 – 3,2831) exclut 1 et > 1

→ Facteur délétère

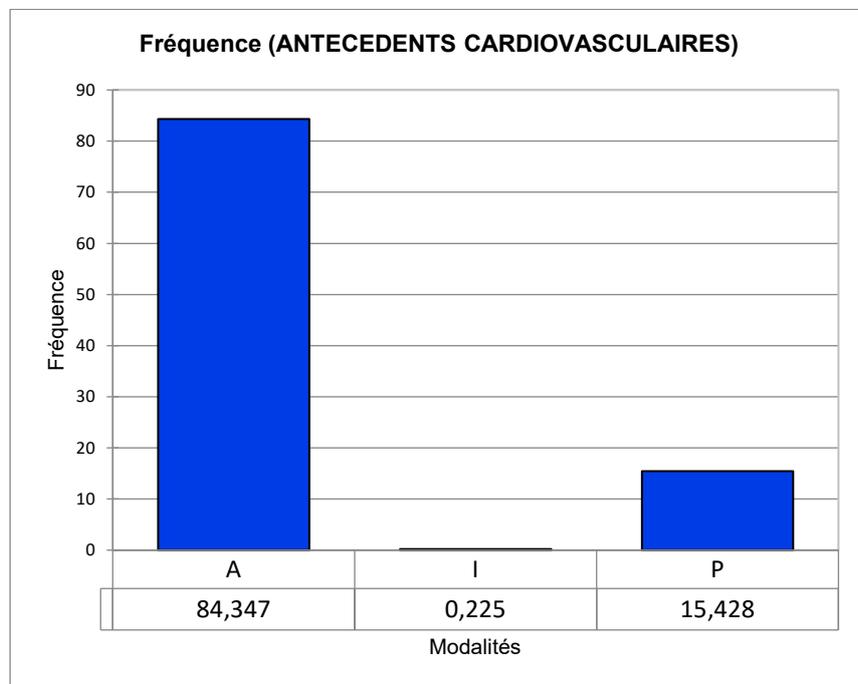
Odds ratio obésité origine asiatique vs française = 0,5786 IC 95 (0,2089 – 1,6024) comprends 1

→ Sans impact

### 3.2.4 Antécédents cardiovasculaires

137 des patients inclus étaient atteints de pathologies cardiovasculaires, 749 ne l'étaient pas. L'information était inconnue pour deux d'entre eux.

Graphique 8- Fréquence des antécédents de maladie cardio-vasculaire



A : Absent ; I : Inconnu ; P : Présent

Tableau 4-Tableau de contingence antécédents cardiovasculaires/obésité (effectifs)

	Obèses	Non obèses	Population totale
<b>MCV+</b>	46	91	136
<b>MCV-</b>	241	508	749
<b>Inconnu</b>	0	2	2

Proportion de patients obèses non atteints de maladie cardiovasculaire = 0,3218 soit ~32% IC 95 (0,2893 – 0,3561)

Proportion de patients obèses atteints de maladie cardiovasculaire = 0,3382 soit ~33%

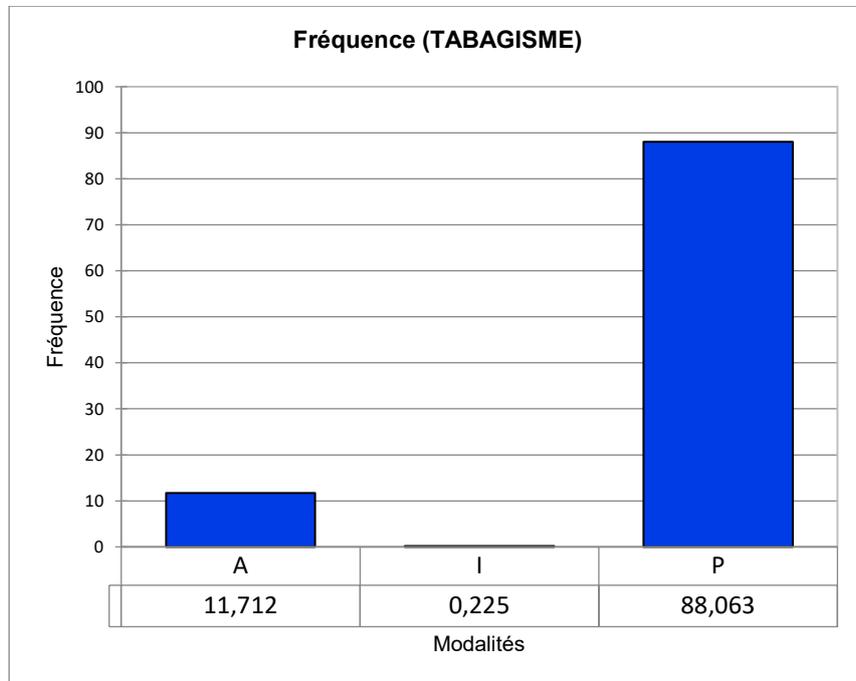
IC 95 (0,2641 – 0,4212)

Odds ratio = 1,0774 IC 95 (0,7317 – 1,5863) comprends 1 -> Sans impact

### 3.2.5 Tabagisme

782 patients inclus étaient tabagiques, 104 ne l'était pas. L'information était inconnue pour 2 patients.

Graphique 9- Fréquence du tabagisme



A : Absence ; I : Inconnu ; P : Présence

Tableau 5-Tableau de contingence tabagisme/obésité (effectifs)

	Tabagisme +	Tabagisme -	Inconnu
<b>Obèses</b>	258	29	0
<b>Non obèses</b>	524	75	2
<b>Population totale</b>	782	104	2

Proportion de patients tabagiques atteints d'obésité : 0,2788 soit ~27% IC 95 (0,2017 – 0,3717)

Proportion de patients non tabagiques atteints d'obésité : 0,3299 soit ~32% IC 95 ( 0,2979 – 0,3636)

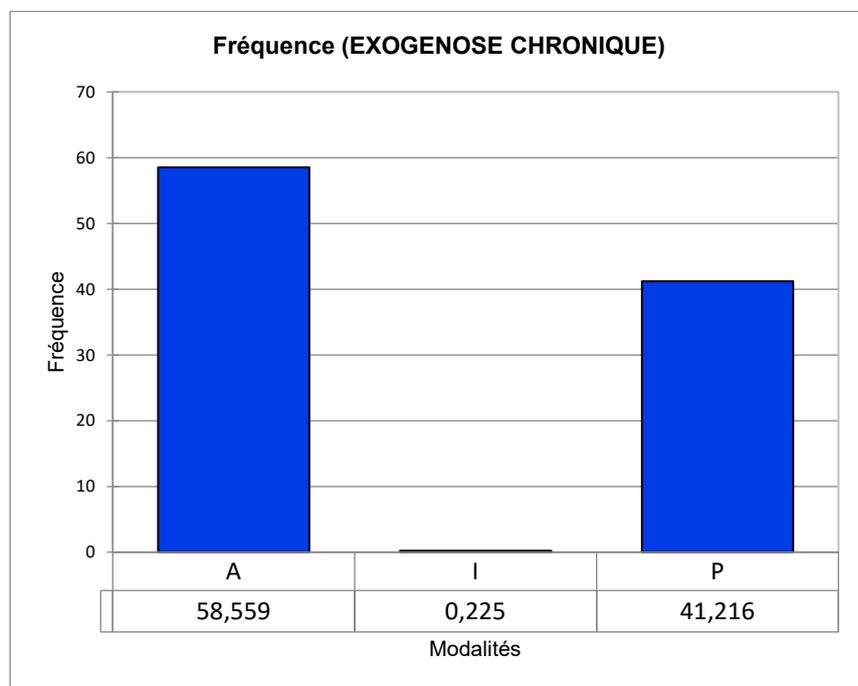
Odds ratio = 1,2734 IC 95 50,8089 – 2,0046) comprends 1

➔ Sans impact

### 3.2.6 Exogénose chronique

366 patients avaient une consommation d'alcool dépassant les recommandations quotidiennes de l'OMS. Ce trait était absent chez 520 patients. L'information était inconnue pour 2 patients.

Graphique 10- Fréquence de l'exogénose chronique



A : Absent ; I : Inconnu ; P : Présent

Tableau 6 -Tableau de contingence exogénose chronique/obésité

	Exo +	Exo -	Inconnu
<b>Obèses</b>	230	369	0
<b>Non obèses</b>	136	151	2
<b>Population totale</b>	366	520	2

Proportion de patients alcooliques atteints d'obésité = 0,6284 soit ~62% IC 95 ( 0,5778 – 0,6763)

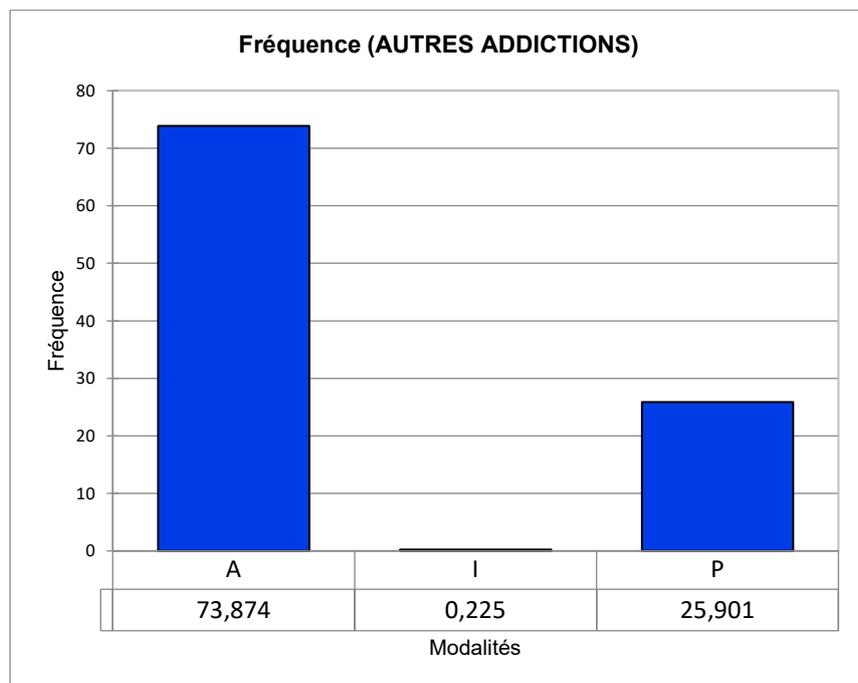
Proportion de patients non alcooliques atteints d'obésité = 0,7096 soit ~70% IC 95 (0,6692 – 0,7470)

Odds ratio = 0,6921 IC 95 (0,5208 – 0,9196) exclu 1 -> résultat significatif -> facteur « protecteur »

### 3.2.7 Autres addictions

230 patients avaient des addictions en dehors du tabac et/ou de l'alcool. Ce trait était absent chez 656 patients. L'information était inconnue pour 2 patients.

Graphique 11- Fréquence des autres addictions



A : Absent ; I : Inconnu ; P : Présent

Tableau 7 -Tableau de contingence autres addictions/obésité (effectifs)

	Addiction +	Addiction -	Inconnu
<b>Obèses</b>	72	215	0
<b>Non obèses</b>	158	441	2
<b>Population totale</b>	239	656	2

Proportion de patients « addiction + » atteints d'obésités =0,3277 soit ~32% IC 95 (0,2929 - 0,3646)

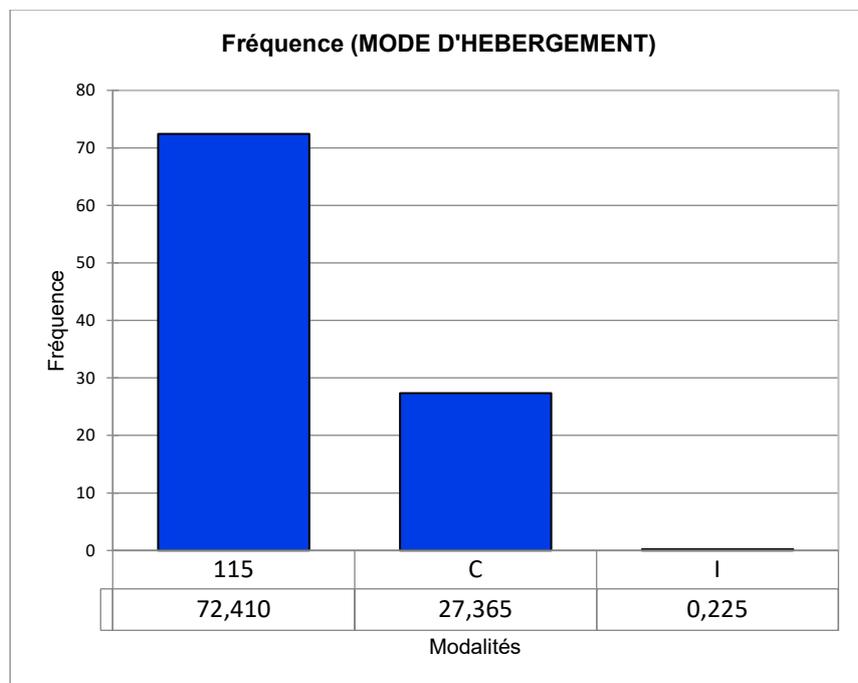
Proportion de patients « addiction - » atteints d'obésité=0,3013 soit ~30% IC 95 (0,2466 - 0,3622)

Odds ratio = 0,8843 IC 95 (0,6416 - 1,2189) non significatif car comprends 1

### 3.2.8 Mode d'hébergement

643 patients étaient hébergés à l'hôtel via le 115. 243 avait un hébergement en centre spécialisé. Le logement était inconnu pour deux des patients.

Graphique 12- Fréquence des modes d'hébergements



115 : hôtel via n°115 ; C : hébergement spécialisé ; I : Inconnu

Tableau 8-Tableau de contingence mode d'hébergement/obésité

	115	Insertion =C	Inconnu
<b>Obèses</b>	247	40	0
<b>Non obèses</b>	396	203	2
<b>Population totale</b>	643	243	2

Proportion de patients hébergés via le 115 atteints d'obésité = 0,3841 Soit ~38%

IC 95 (0,3473 – 0,4223)

Proportion de patients en hébergement d'insertion atteints d'obésité = 0,1646 soit ~16%

IC 95 (0,1233 – 0,2164)

Odds ratio : 0,3159 IC 95 (0,2172 – 0,4594) exclut 1 -> facteur protecteur de l' hébergement d'insertion par rapport au 115.

### 3.2.9 Couverture sociale

444 patients étaient sous le régime de la CMU (couverture maladie universelle). 66 patients étaient sous le régime de la sécurité sociale. 357 patients n'avaient aucune couverture sociale.

Graphique 13- Fréquence des couvertures sociales

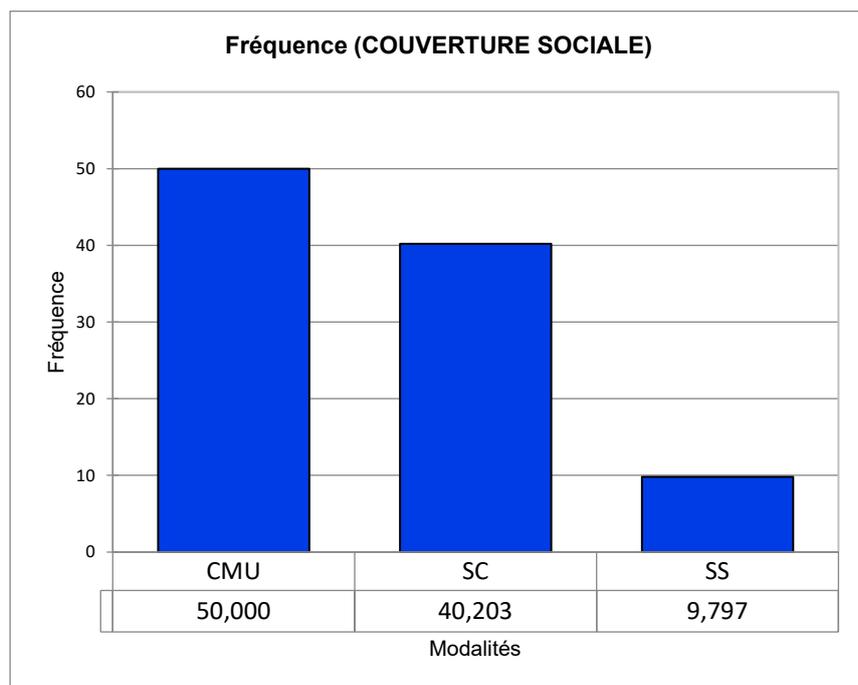


Tableau 9-Tableau de contingence couverture sociale /obésité

	CMU	Sécurité sociale	Sans couverture
Obèses	79	9	199
Non obèses	365	78	158
Population totale	444	87	357

Proportion de patients bénéficiant de la CMU atteints d'obésité : 0,1779 soit ~17% IC 95 (0,1452 – 0,2162)

Proportion de patients bénéficiant de la sécurité sociale atteints d'obésité : 0,1034 soit ~10% IC 95 (0,0554 – 0,1850)

Proportion de patients sans couverture sociale atteints d'obésité : 0,5574 soit ~74% IC 95 (0,5056 – 0,6081)

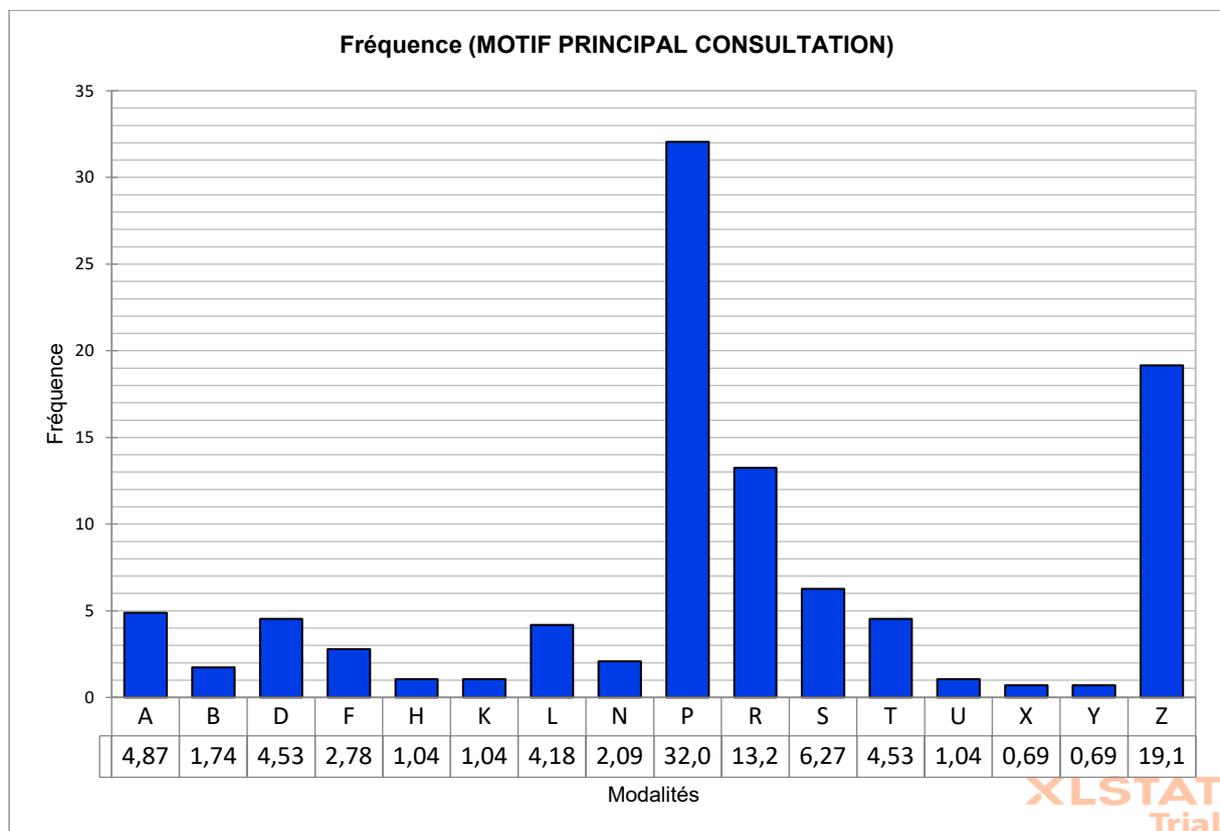
Odds ratio CMU/sans protection sociale = 0,1718 IC 95 (0,1247 – 0,2368) exclut 1 ->facteur protecteur

Odds ratio Sécurité sociale/ sans protection sociale = 0,0916 IC 95 (0,0446 –0,1884) exclut 1 -> facteur protecteur

### 3.2.10 Motif de consultation

Le motif de consultation était connu uniquement pour les patients obèses. Il est noté selon la classification internationale en soins primaires (CISP). 14 patients ont consulté pour une pathologie générale (A). 5 patients ont consulté pour une maladie du sang ou hématopoïétique (B). 13 patients ont consulté pour une maladie de l'appareil digestif (D). 8 patients ont consulté pour une maladie oculaire. 3 patients ont consulté pour une pathologie de l'oreille (H). 3 patients ont consulté pour un trouble circulatoire (K). 12 patients ont consulté pour une pathologie ostéoarticulaire (L). 6 patients ont consulté pour une maladie neurologique (N). 92 patients ont consulté pour une trouble d'ordre psychologique (P). 38 patients ont consulté pour une maladie respiratoire (D). 18 patients ont consulté pour une maladie cutanée (S). 13 patients ont consulté pour un motif endocrinologique ou métabolique. 3 patients ont consulté pour une cause urologique. 2 patientes ont consulté pour une maladie de l'appareil génital féminin (X). 2 patients ont consulté pour une maladie de l'appareil génital masculin (Y). 55 patients ont consulté pour une cause sociale (Z).

Graphique 14- Fréquence des motifs de consultation



## **Classification internationale des soins primaires (CISP)**

Pathologie

A : Générale

B : Sang, organes hématopoïétiques

D : Appareil digestif

F : Œil

H : Oreille

K : Circulation

L : Ostéoarticulaire

N : Neurologie

P : Psychologie

R : Respiratoire

S : Cutané

T : Endocrinologie métabolique

U : Urologie

W : Grossesse, accouchement

X : Appareil génital féminin

Y : Appareil génital masculin

Z : Social

## 4. Discussion

### 4.1 Prévalence de l'obésité dans la population étudiée

Nous traitons ici de l'obésité commune par opposition aux obésités endocriniennes ou génétiques. Au plan physiopathologique, on retrouve une « régulation anormale de la balance énergétique et/ou de celle des macronutriments à l'origine du développement de l'obésité. Lorsque les apports énergétiques sont supérieurs aux dépenses, l'excès des calories est stocké sous forme de triglycérides dans le tissu adipeux. Avec leur densité énergétique élevée et leur palatabilité, associées à un effet satiétogène relativement faible, les lipides ont un rôle clef par rapport aux glucides ou aux protéines ».

On observe ainsi une augmentation de la masse grasse, d'abord le fait d'une « augmentation de la taille des adipocytes (hypertrophie) ; puis le nombre de cellules augmente (hyperplasie) ». C'est la phase dynamique de l'obésité. La phase d'obésité constituée et durable s'installe dans des délais variables, généralement à l'âge adulte mais éventuellement plus tôt. Puis vient une phase de « chronicisation » et de résistance de plus en plus marquée aux mesures thérapeutiques.

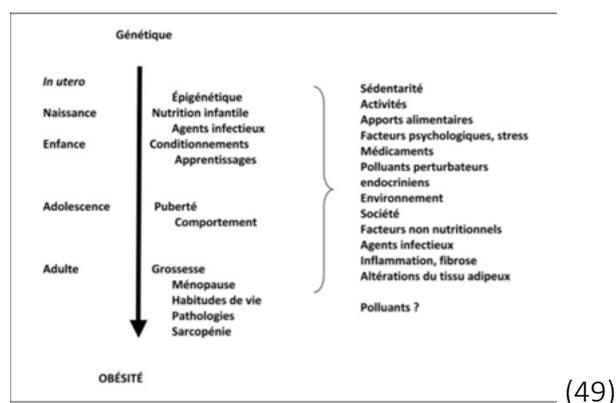
« Des facteurs adipogéniques de nature hormonale ou métabolique sont susceptibles d'induire la différenciation des préadipocytes, en particulier à certaines périodes de la vie, qualifiées de phases critiques. Les acides gras polyinsaturés et les protéines pourraient jouer un rôle à ce niveau. Il a été montré en particulier que la précocité de l'âge du rebond d'adiposité, qui est un facteur de risque d'obésité ultérieure, était significativement associée à la consommation de protéines à l'âge de 2 ans. Ces facteurs pourraient donc exercer leur influence au début de la vie, voire même in utero » (49).

« Une prédisposition génétique à la prise de poids peut rendre compte des différences de susceptibilité individuelle à l'obésité. De nombreux gènes impliqués dans la prise de poids, l'obésité sévère et/ou les complications de l'obésité ont été identifiés par plusieurs équipes françaises de l'Inserm et du CNRS » (50).

Au plan environnemental, plusieurs facteurs sont incriminés dont : « le stress, le sommeil, certains médicaments, des virus, la composition de la flore intestinale et

l'exposition à des polluants. Des expositions et des événements précoces ont manifestement leur importance, y compris ceux qui surviennent avant la naissance, voire avant la gestation » (50).

Tableau 10- Facteurs favorisant de l'obésité au cours du temps



Extrait de Physiopathologie de l'obésité. Facteurs nutritionnels et régulation de la balance énergétique. Drs Ziegler O<sup>1</sup>, Quilliot D, Guerci B

Dans la population générale, les régimes amincissants sont particulièrement populaires. À court terme, tous ces régimes sont efficaces et une perte de poids est constatable. Cependant une perte de poids de plus de 10% ne se maintiendrait que pendant environ un an. Ainsi sur la durée, toutes les études épidémiologiques montrent que 95% des sujets reprennent leur poids initial, voire souvent des kilos supplémentaires. Les personnes décident souvent de renouveler l'expérience avec des résultats équivalents. C'est ainsi un cercle vicieux, couramment appelé l'effet « yoyo », où dès la première tentative, le poids de base augmente de façon irréversible (48)

Nous avons évoqué précédemment les difficultés d'accès à la nourriture de bonne qualité nutritionnelle faute de moyens financiers. Les périodes de restriction alimentaire « subies » par les personnes sans domicile pourraient, à l'image des restrictions alimentaires volontaires lors des régimes amincissants être à l'origine d'un effet « yo-yo » avec tendance à l'élévation pondérale dans le temps dans un contexte de perturbations hormonales, métaboliques et nutritionnelles. « On assiste ainsi à une modification vers le haut du pondérostas, défini par le système qui maintient le poids à une valeur de référence propre à l'individu, par l'intermédiaire des centres hypothalamiques agissant sur l'appétit et la dépense énergétique pour corriger les

déséquilibres induits. Chez les obèses, tout se passe comme si le pondérostas s'efforçait d'atteindre puis de maintenir un poids de référence plus élevé. »

Notre étude a permis de mettre en avant une prévalence de l'obésité dans la population de patients sans domicile fixe étudiée de 32,3%, significativement supérieure à celle connue dans la population générale française (17%).

Une étude Parisienne publiée en 2015 dans le *European Journal of Public Health* s'est penché sur la question en étudiant la situation de familles sans domicile fixe dans la capitale et sa région. Réalisée en 2013, il s'agit d'une étude rétrospective ayant pour but d'évaluer notamment l'impact de la situation de sans domicile fixe sur la santé des familles. Deux cent cinquante et une structures d'accueil, (d'urgence, d'hébergement de long terme et hôtels) ont été randomisées permettant l'inclusion de 543 familles. Un questionnaire traduit en 17 langues leur était soumis par un duo composé d'un traducteur et d'un psychologue. Les patients étaient également examinés par une infirmière qui réalisaient des prélèvements sanguins et des mesures anthropométriques. La moitié des familles étaient monoparentales (mère isolée), 94% d'entre elles étaient d'origine étrangère. Les résultats montraient une forte prévalence de l'insécurité alimentaire (77% des parents et 69% des enfants) ; du surpoids (38% des mères et 22% des enfants) ; de l'obésité (32% des mères et 4% des enfants) ; des troubles nutritionnels avec une anémie chez 50% des mères et 38% des enfants. Au plan psychique, 30% des mères présentaient un syndrome dépressif, 20% des enfants avaient des signes évocateurs de troubles psychiques.

Les forces de l'étude étaient son originalité et la réalisation d'un questionnaire en 17 langues permettant l'inclusion d'un maximum de participants.

La principale faiblesse de l'étude était l'absence de population témoin permettant d'inscrire les résultats dans un contexte comparatif avec la population générale.

Les investigations ont permis d'estimer la population de familles sans domicile fixe de la région Parisienne à 10 280 familles. On notera qu'en 2010, les standards téléphoniques des hébergements d'urgences ont noté plus d'appels provenant de familles avec une augmentation de 300% des demandes pour ce type de profils.

La problématique de l'obésité au sein des populations sans domicile fixe est également étudiée à l'étranger. Une étude menée en 2012 à Boston par les facultés de médecine de Oxford et Harvard s'est intéressée à la distribution du statut pondéral dans une large population de SDF ayant bénéficié de soins via le Boston Health Care for the Homeless Program (BHCHP) soit 5632 personnes. Les données ont été ensuite comparées à celles de la population générale issues d'une étude nationale sur le statut nutritionnel (National Health and Nutrition Examination Survey- NHAHES). L'IMC moyen des patients inclus était de 28,6kg/m<sup>2</sup> ; 32,3% d'entre eux souffraient d'obésité ; 1,6% d'entre eux étaient en état de maigreur ; 5,8% d'entre eux souffraient d'obésité morbide. Le profil pondéral de la population de SDF n'était pas significativement différent de celui de la population générale américaine.

Les principales forces de cette étude est le large nombre de patients inclus et l'utilisation d'une large base de données objectives ainsi que la comparaison avec une population témoin. Les points faibles sont un biais de sélection avec l'emploi de données issues du suivi médical de patients SDF dont le profil peut être différent de celui qui ne consultent pas. L'étude de la population sans domicile du Massachussetts pourra ne pas être généralisable car si la proportion de personnes sans logements de cet état est superposable à celle des états unis, la population du Massachussetts souffre moins d'obésité que la moyenne nationale. Cela suggère que la population étudiée pourrait en fait souffrir davantage d'obésité que la population générale américaine.

## 4.2 Caractéristiques de la population

### 4.2.1 - Sexe

Nous avons inclus 151 femmes et 735 hommes soit 1 femme pour 5 hommes. Selon l'INSEE (16) « la population de SDF française comptait 2/5 de femmes en 2012, 22% des personnes seules sans enfants étaient des femmes. La proportion de femmes diminue lorsque l'âge augmente (48% parmi les 18-29 ans, 31% parmi les plus de 50 ans). » (17)

La différence observée peut s'expliquer en partie par le biais de sélection. En effet, nos lieux d'investigations sont deux CHRS qui correspondent à des hébergements d'urgences largement occupés par des hommes (22). Toujours selon l'INSEE (17), les femmes ou les adultes en couple ou non accompagnés d'enfant sont accueillis en plus forte proportion dans les hôtels ou logements que l'on n'a pas l'obligation de quitter au matin. « Les femmes bénéficient ainsi de condition d'hébergement plus stables et sont moins souvent sans abri ou hébergées dans les logements collectifs que l'on doit quitter dans la journée (6% contre 20%). Elles sont plus souvent hébergées en logement associatifs 31% contre 19% des hommes seuls). Les femmes étrangères sont quant à elles plus fréquemment hébergées en hôtels (33% contre 7% de femmes françaises), en particuliers si elles ont des enfants, et sont moins souvent en logement associatif que les femmes françaises (33% contre 55% des femmes françaises) ».

La proportion de personnes obèses était statistiquement supérieure dans la population d'hommes SDF que chez les hommes de la population générale.

Aucune différence n'a été établie entre la proportion de personnes obèses parmi les femmes SDF et parmi les femmes de la population générale. Cela peut aussi s'expliquer par le faible nombre de femmes incluses.

#### 4.2.2- Age

L'âge minimum était de 18 ans. L'âge maximum était de 82 ans. La moyenne était de 38,6 ans avec un écart type de 13,6. Cet âge jeune des patients inclus correspond à la jeunesse présente dans la population sans domicile en général. Selon l'INSEE, « les sans-domicile, nés en France ou à l'étranger ; francophones ou non, sont beaucoup plus jeunes que le reste de la population, un sur quatre a entre 18 et 29 ans (contre 20 % des adultes en population générale), un sur 2 a entre 30 et 49 ans (contre 33 %), enfin moins d'un quart a 50 ans ou plus (contre 47 %) » (17). Un autre facteur explicatif de cette jeunesse est la mortalité précoce. « Quatre-vingt pourcent des décès enregistrés dans la population sans domicile en France sont dits prématurés (avant 65 ans) contre 21% dans la population générale. L'âge moyen au moment du décès est 50,6 ans et reste très éloigné de celui de la population générale. Il est plus élevé (55,5 ans) pour les personnes hébergées. » (21)

Tableau 11- Caractéristiques sociodémographiques des personnes sans domicile

	Sans-domicile nés en France	Sans-domicile nés à l'étranger			Ensemble des sans-domicile
		Non-francophones	Francophones	Ensemble	
Répartition	45	19	37	55	100
<b>Sexe</b>					
Hommes	66	65	57	60	62
Femmes	34	35	43	40	38
<b>Âge</b>					
18-29 ans	27	30	26	27	27
30-49 ans	45	56	55	55	50
50 ans ou plus	28	14	19	18	23
<b>Situation familiale</b>					
Personnes seules sans enfant	74	39	58	53	62
dont : femmes	16	7	14	12	14
Personnes en couple sans enfant	10	14	6	8	9
Personnes seules avec enfant(s)	9	11	17	15	12
Personnes en couple avec enfant(s)	7	36	19	24	17

Champ : sans-domicile de 18 ans ou plus vivant dans les agglomérations d'au moins 20 000 habitants de France métropolitaine.  
 Lecture : en 2012, 74 % des sans-domicile nés en France vivent seuls sans enfant (dont 16 % de femmes et 58 % d'hommes), 9 % vivent seuls avec un ou plusieurs enfants, 10 % vivent en couple sans enfant et 7 % vivent en couple avec un ou plusieurs enfants.  
 Note : les personnes « sans enfant » désignent les personnes sans-domicile qui ne sont pas accompagnées d'enfant mais elles peuvent avoir des enfants ne vivant pas avec elles. Les personnes avec enfant(s) désignent les personnes sans-domicile accompagnées d'au moins un enfant.  
 Sources : Insee/Ined, enquête auprès des personnes fréquentant des services d'hébergement ou de distribution de repas 2012.

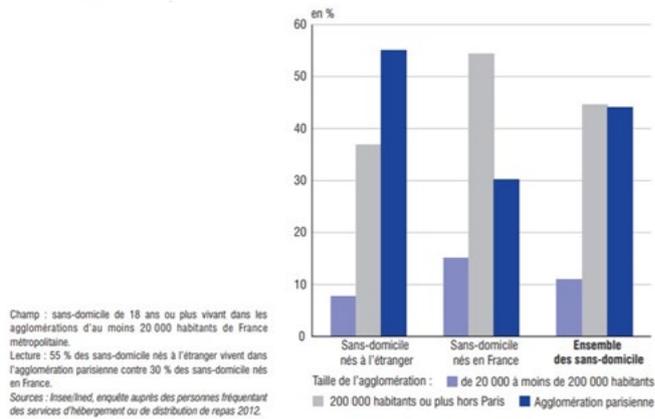
(16)

Extrait de « L'hébergement des sans domiciles en 2012 » INSEE PREMIERE n°1455 paru le 02/07/2013

### 4.2.3-Origine géographique

Les patients inclus étaient à 63,8% originaires de France, 26,2% d'Europe, 7,3% d'Afrique, 2,3% d'Asie. Cette distribution est superposable à celle décrite par l'INED pour une ville de 20 000 à moins de 200 000 habitants.

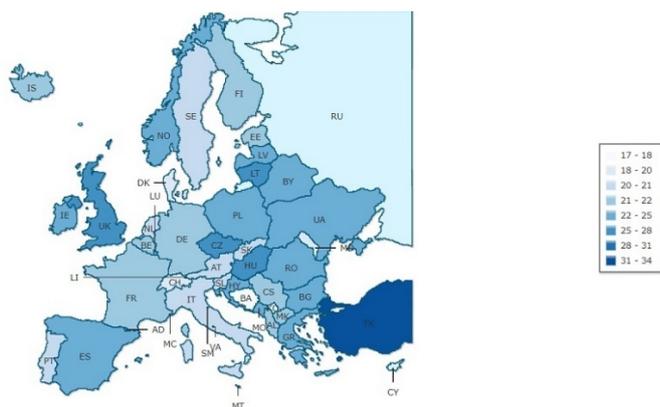
Graphique 15- Répartition des sans domiciles selon la taille de l'agglomération où ils vivent



(16)

Extrait de « L'hébergement des sans domiciles en 2012 » INSEE PREMIERE n°1455 paru le 02/07/2013

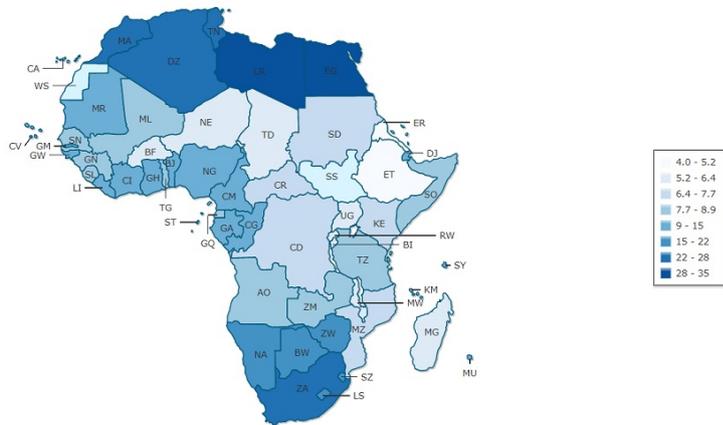
### Carte 1-Prévalence de l'obésité en Europe



Intensité du bleu proportionnelle à l'IMC

Source [www.indexmundi.com](http://www.indexmundi.com)

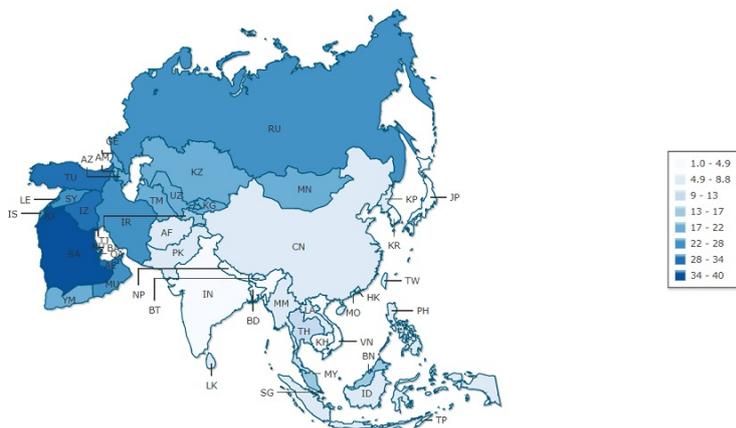
## Carte 2-Prévalence de l'obésité en Afrique



Intensité du bleu proportionnelle à l'IMC

Source [www.indexmundi.com](http://www.indexmundi.com)

## Carte 3-Prévalence de l'obésité en Asie



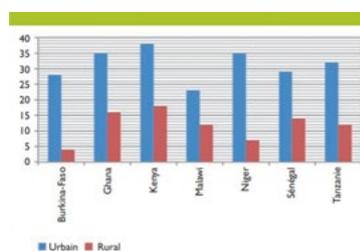
Intensité du bleu proportionnelle à l'IMC

Source [www.indexmundi.com](http://www.indexmundi.com)

On observe quelques paradoxes comme le fait que l'origine africaine soit statistiquement un facteur aggravant de l'obésité dans notre population alors que l'obésité est statistiquement peu présente sur le continent Africain par rapport à la France.

Ce résultat sous-tend l'idée d'une forte prévalence de l'obésité dans les populations précaires des pays émergents. Ce phénomène s'explique en partie par l'évolution rapide du mode de vie d'un modèle nomade/rural à un modèle sédentaire/urbain.

Graphique 16- Différence de prévalence de surpoids chez les femmes entre region urbaine et rurale (en %)



(19)

Extrait de « Comprendre l'obésité en Afrique : poids du développement et des représentations » Revue médicale Suisse 2014 Drs Jorge Correia et Zoltan Pataky Pr Alain Golay

Par ailleurs « les hôtels accueillent en premier lieu des étrangers (73 % des résidents francophones) ; ces derniers sont également nombreux parmi les sans-abris (45 % des sans-abris)

Les conditions de logement sont encore plus précaires (sans-abri ou dans un centre qu'il faut quitter le matin), pour les hommes étrangers vivant seuls que pour les femmes étrangères seules. » (37)

Il serait intéressant de connaître le statut pondéral des personnes étudiées, avant qu'elles ne soient SDF, et avant qu'elles n'arrivent en France si elles sont étrangères.

#### 4.2.4-Tabagisme

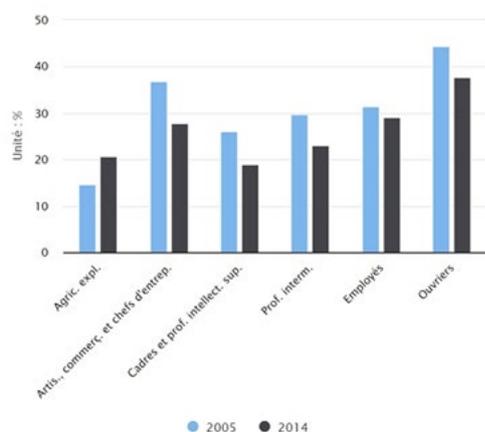
Le tabac est la première cause de mortalité évitable, de mortalité par cancer, de mortalité prématurée avant 65 ans. Il est responsable d'un décès sur huit en France (23).

C'est un facteur de risque notamment de pathologies cancéreuses (cancer bronchopulmonaire, des voies aéro-digestives supérieurs-en particulier en association avec l'alcool- de la vessie, du rein, du pancréas, du col de l'utérus) ; de maladies respiratoires (BPCO, asthme -facteur de décompensation) ; de maladies cardio-vasculaires (cardiopathie ischémique, artérite, accidents vasculaires cérébraux, hypertension artérielle ; cutanée (retard à la cicatrisation) ; ostéoarticulaires (retard à la consolidation/ pseudarthrose) ; digestives (ulcères, pancréatites) (24).

La prévalence du tabagisme était de 31,9% parmi les personnes de 18-75 ans résidant en France métropolitaine en 2017 (26,9% déclaraient fumer quotidiennement) (25).

Le tabagisme est un marqueur d'inégalités sociales en santé connu (26). Si on observe un recul de ce dernier dans toutes les catégories sociales ces dernières années, il existait toutefois en 2014 un facteur 2 entre la consommation de tabac d'un ouvrier (37,8%) et celle d'un cadre (18,9).

Graphique 17- Part de fumeurs réguliers selon la catégorie sociale



Source : Inpes - © Observatoire des inégalités

(25)

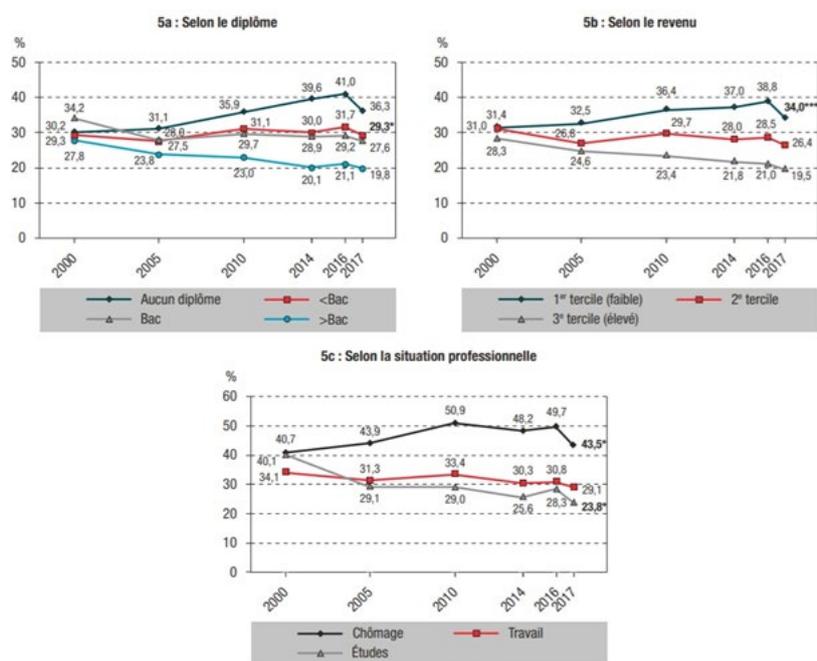
Extrait de « La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé » BEH 14-15 28 mai 2018

En ce qui concerne la consommation, « le poste « tabac et boissons alcoolisées » est l'unique

où les ouvriers dépensent davantage que les cadres, alors que leurs salaires sont 1,7 fois moindres en moyenne. Ces écarts reflètent des différences de modes de vie et de rapport au corps et à la santé selon les milieux sociaux » (25)

La consommation de tabac est plus importante chez les personnes à faible revenus, sans activité, et un niveau de diplôme faibles (25).

Graphique 18- Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme, le revenu par unité de consommation, et la situation professionnelle en France entre 2000 et 2007



(25)

Extrait de « La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé » BEH 14-15 28 mai 2018

Ces caractéristiques sociologiques sont fréquentes au sein des populations sans domicile fixe. « Les ressources individuelles mensuelles sont très faibles : 80 % disposent de moins de 900 euros par mois, 30 % n'atteignent pas le seuil des 300 euros » (21).

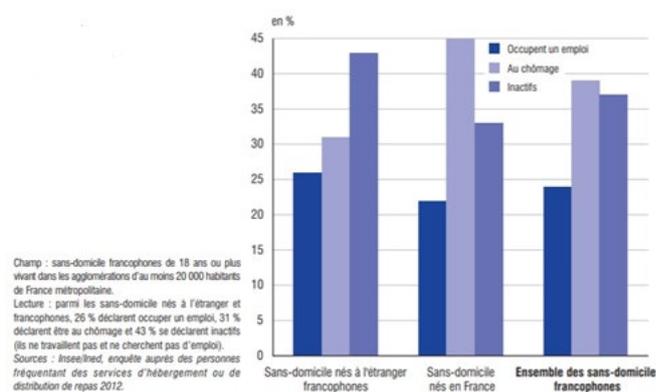
Tableau 12- Montant des ressources individuelles perçues au cours du dernier mois

	Aucune ressource	Moins de 300 euros	Entre 300 et 900 euros	Entre 900 et 1 500 euros	1 500 euros ou plus
<b>Pays de naissance</b>					
Sans-domicile nés en France	10	9	57	20	4
Sans-domicile nés à l'étranger francophones	23	22	34	16	5
<b>Situation sur le marché du travail</b>					
En emploi	4	11	38	37	11
Au chômage	19	14	53	11	2
Inactifs	20	18	45	16	2
<b>Structure familiale</b>					
Personnes seules sans enfant	19	15	49	15	2
Personnes seuls avec enfant(s)	10	16	39	28	7
En couple sans enfant	12	10	44	31	4
En couple avec enfant(s)	11	11	42	21	15
<b>Type d'hébergement</b>					
Sans-abri	33	18	43	5	1
En hébergement collectif qu'on doit quitter le matin	41	14	38	7	1
En hébergement collectif où l'on peut rester la journée	14	13	55	15	3
En chambre d'hôtel <sup>1</sup>	17	31	33	15	4
En logement <sup>1</sup>	5	9	47	31	8
<b>Ensemble</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>47</b>	<b>18</b>	<b>4</b>

1. Fourni(e) par une association ou un organisme d'aide.  
 Champ : sans-domicile francophones de 18 ans ou plus vivant dans les agglomérations d'au moins 20 000 habitants de France métropolitaine.  
 Sources : Insee/Ined, enquête auprès des personnes fréquentant des services d'hébergement ou de distribution de repas 2012.

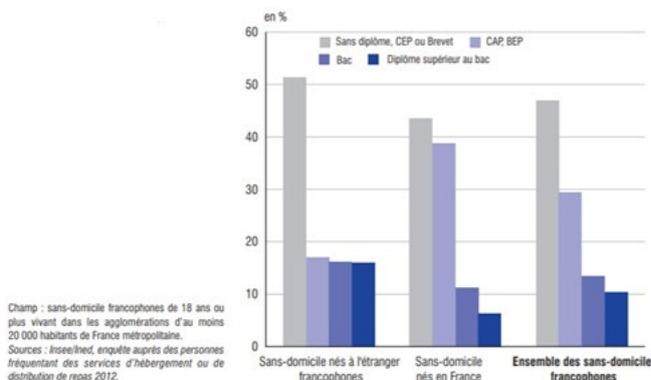
Extrait de « les sans domiciles en 2012 : une grande diversité de situations » Françoise Yaouancq, Michel Duée » INSEE REFERENCES 2014

Graphique 18- Répartition des sans domiciles selon leur situation sur le marché du travail



Extrait de « les sans domiciles en 2012 : une grande diversité de situations » Françoise Yaouancq, Michel Duée » INSEE REFERENCES 2014

Graphique 19- Niveau de diplôme des sans domiciles



Extrait de « les sans domiciles en 2012 : une grande diversité de situations » Françoise Yaouancq, Michel Duée » INSEE REFERENCES 2014

Parmi les personnes étudiées, 88% étaient tabagiques. Le tabac reste un des seuls « plaisirs » abordables pour ces personnes en difficultés (25).

Aucun impact du tabagisme sur l'obésité n'a été démontré par nos tests. Toutefois, une étude récente du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a permis de constater que l'augmentation de l'IMC, du pourcentage de graisse corporelle et du tour de taille était associée à un risque plus élevé de devenir fumeur ainsi que de fumer davantage de cigarettes par jour. Il pourrait y avoir une base biologique commune à l'obésité et la dépendance à la nicotine.

#### 4.2.5-Exogénose chronique

« Près de 10 millions de Français consomment de l'alcool au moins 3 fois/semaine et 6 millions tous les jours ». (30)

Une maladie sur quatre est causée directement ou indirectement par l'alcool. En 2009, l'alcool était la 3<sup>e</sup> cause de décès (49 000 décès) en comptant les accidents, agressions ou suicides sous son empire. « Une consultation sur 5 en médecine générale et 15 à 25 % des hospitalisations sont en rapport avec un mésusage d'alcool. En France, environ 5 millions de personnes ont une consommation à risque, avec environ 1,5 million de personnes dépendantes. La consommation d'alcool est responsable de nombreux problèmes familiaux, sociaux ou professionnels : l'alcool est responsable d'environ 2 700 décès par an sur la route, près de 20% des accidents du travail ; selon les victimes de violence, environ 30% des agresseurs avaient bu de l'alcool ; la consommation d'alcool retentit sur le statut social : qualité des études, type d'emploi, niveau du salaire. » (30)

L'association de la « consommation excessive d'alcool ou la dépendance à l'alcool à d'autres conduites addictives est fréquente (dépendance au tabac trouvée dans 75 à 95 % des cas).

Il en résulte une importante surmortalité, en particulier au niveau hépato-gastro-entérologique (pancréatite, cirrhose, etc.), cancérologique (œsophage, ORL), ou cardio-vasculaire » (30).

L'étude SAMENTA réalisée en 2009 (27) a permis d'établir l'épidémiologie des certaines addictions chez les personnes sans logement. « Ainsi moins d'une personne sur dix (7,9 %) dans la population déclarait une consommation à risque d'alcool, il n'y avait pas de différence en fonction des modes d'hébergement (urgence, insertion, hôtel). Les hommes étaient plus nombreux à déclarer une consommation à risque d'alcool que les femmes (10,9 % versus 2,5 %,  $p < 0.001$ ). Les jeunes de 18 à 25 ans constituent la classe d'âge où la proportion de consommateurs à risque d'alcool est la plus élevée (18,6 %). Une personne sur cinq (21 %) se déclarait dépendante à l'alcool. La consommation d'alcool était plus élevée chez les personnes vues dans le dispositif d'urgence, où plus d'un quart des personnes était dépendant (26,7 %) comparé au dispositif d'insertion (18,9 %) ou aux hôtels sociaux (5,5 %) ( $p=0,04$ ) Les hommes étaient plus nombreux à être dépendants à l'alcool que les femmes (27,3 % versus 9,3 %,  $p=0,002$ ). Il n'y avait pas de différence significative de dépendance à l'alcool selon la classe d'âge ou le lieu de naissance.

Selon l'Insee, l'alcool est essentiellement un problème masculin, et concerne particulièrement la tranche des 44-45 ans. La dépendance alcoolique semble par ailleurs relativement épargner les populations immigrées » (28)

La proportion de patients inclus dans notre étude souffrant d'exogénose chronique était de 58,5%. Cela est cohérent avec le profil de notre population (majoritairement masculine, entre 30 et 45 ans, en hébergement d'insertion ou 115).

Ce phénomène s'explique d'une part par le rôle social important de la consommation d'alcool parmi les personnes sans domiciles les plus précaires, notamment les sans-abris. L'alcool joue également un rôle « d'anesthésie psychique » permettant de mieux supporter la difficulté des situations vécues (absence d'abri, isolement, froid, mendicité...) (29)

Une étude américaine réalisée en 2010 suggère un lien entre antécédent d'exogénose (personnel ou familial) et obésité. L'association entre de tels antécédents et un IMC >30 est significative et cela s'accroît avec les années (comparaison entre données de 1990-1992 et 2000-2002), en particulier chez les femmes. Les auteurs expliquent ce résultat par la probable implication des mêmes circuits de la récompense/ de la dépendance dans la consommation de l'alcool et de certains produits notamment sucrés/salés/gras/ à haut apport calorique et riches en exhausteurs de goût, dont la quantité et la disponibilité a augmenté entre les années 90 et 2000 (31).

Les différentes études montrent que l'obésité serait un facteur aggravant du risque de développer une dépendance (en particulier à l'alcool) ; jouerait un rôle neutre, ou encore serait un facteur protecteur. Ainsi un certain allèle du gène FTO impliqué dans l'obésité serait potentiellement « protecteur » concernant le développement d'une dépendance à l'alcool (33).

#### 4.2.6-Autres addictions

Parmi les 11-75 ans, le cannabis est le stupéfiant le plus consommé en France. Environ 17 millions le nombre de personnes auraient déjà Une expérimentation unique a déjà été tentée par environ 17 millions de personnes, 1,4 millions auraient une consommation régulière (10 consommations ou plus dans le mois). Plus de 45 % des jeunes de 17 ans font état d'une expérimentation du cannabis au cours de leur vie. Si la consommation régulière est en majorité masculine, l'expérimentation concerne autant les filles que les garçons (32).

Les effets de l'intoxication chronique sont une détérioration des fonctions cognitives, un repli social, une baisse de l'efficacité au travail ou à l'école. Une intoxication aiguë peut induire un trouble psychotique au moment ou peu après l'usage du cannabis (jusqu'à un mois après). Les sujets vulnérables peuvent voir leur entrée dans la maladie schizophrénique accélérée par la consommation de cannabis. L'évolution de la pathologie peut être perturbée chez ceux qui l'ont déjà développée (32).

La prévention est l'étape primordiale de la prise en charge qui se fait de manière globale : psychiatrique, médicale générale, scolaire et sociale Le traitement de l'intoxication aiguë et chronique est symptomatique. L'engagement du patient dans une démarche de soins est indispensable à toute prise en charge au long cours. Celle-ci repose sur les psychothérapies cognitivo-comportementales et familiales (32).

« Parmi les personnes sans logement personnel 41,6 % affirment une expérimentation du cannabis au cours de leur vie (53,5 % d'hommes et 19,4 % de femmes). Au cours des 12 derniers mois, elles sont 21,7 % à déclarer en avoir consommé au moins une fois, dont 27,5 % d'hommes et 10,9 % de femmes. L'usage régulier de cannabis touche 16,1 % de la population. Il est plus important dans le dispositif d'urgence où une personne sur cinq en consomme (21,4 %), contre 13,8 % dans le dispositif d'insertion et moins de 3 % dans les hôtels sociaux ( $p=0,02$ ). Cette consommation est plus le fait d'hommes que de femmes (21,4 % versus 6,1 %,  $p=0,003$ ). Elle intéresse plus les personnes de moins de 30 ans qui constituent plus de la moitié consommateurs réguliers de cannabis (24,6 % des 18-25 ans et 31,9 % des 26-29 ans) » (27).

La cocaïne est le psychostimulant illicite le plus fréquemment utilisé en Europe. La consommation de cocaïne touche environ 400 000 personnes en France. Il s'agit de sujets

jeunes. Le premier usage à lieu en moyenne à 22 ans et l'entrée en traitement en moyenne à 33 ans. Les hommes consomment 3 à 4 fois plus les femmes.

La consommation se traduit par une phase d'euphorie suivie par une phase de dysrégulation hédonique (durant quelques minutes à quelques heures). Cela motive chez certains une consommation associée d'autres psychotropes, multipliant ainsi les objets de dépendance. Les symptômes de sevrage débutent dans les jours qui suivent l'arrêt de la cocaïne et peuvent se prolonger plusieurs semaines. La prise en charge nécessite une forte alliance thérapeutique, un accompagnement médical et psychosocial, et un suivi psychothérapeutique (32).

La prévalence du trouble lié à l'usage d'amphétamines rapportée par l'OMS en Europe de l'Ouest est de 0,26 % en population générale. Les facteurs associés à la dépendance aux amphétamines sont le sexe masculin, les tranches d'âge les plus jeunes, et la présence d'autres troubles psychiatriques, notamment les troubles addictifs. Les amphétamines ont des effets euphorisants et stimulants psychiques et cardiovasculaires via un renforcement de la neurotransmission sympathomimétique et monoaminergique. Un syndrome de sevrage peut survenir en quelques jours après l'arrêt et peut durer plusieurs semaines. Le risque addictif superposable à celui des autres psychostimulants. Le traitement de l'usage pathologique d'amphétamines repose en premier lieu sur les interventions psychosociales au sein de structures ambulatoires spécialisées. (32).

On dénombre environ 180 000 consommateurs réguliers d'héroïne en France, 110 000 patients sous Buprénorphine (Subutex®) et 50 000 sous méthadone chlorhydrate. La consommation débute à un âge jeune, en moyenne entre 17 et 23 ans. Le sexe ratio est de 3 hommes consommateurs pour une femme. Après 40 ans la prévalence diminue la prévalence diminue à mesure que l'âge augmente. L'intoxication aiguë aux opiacés produit : une phase de sensation de bien-être intense et immédiat inférieur à une demi-heure ; une phase de somnolence, apathie pendant 2 à 5 heures ; puis au-delà de 6 heures : une phase d'anxiété et troubles cognitifs (troubles mnésiques, troubles de l'attention), synonymes des premiers symptômes de sevrage. Au plan somatique, l'intoxication aiguë aux opiacés crée un risque de dépression respiratoire mortelle. Le syndrome de sevrage comprend des signes généraux, neurovégétatifs et psychiatriques. Les injections intraveineuses peuvent se compliquer d'une altération du capital veineux et d'infections (endocardite, VHB, VHC, VIH). L'emploi de la voie nasale entraîne

un risque de perforation de la cloison nasale. L'intoxication aiguë doit être traitée en urgence, en réanimation par administration titrée d'un antagoniste des récepteurs morphiniques : la naloxone. Le traitement du syndrome de sevrage peut être symptomatique ou substitutif. Les traitements de substitution opiacés peuvent être proposés plusieurs mois ou années voire à vie.

Entre 0 et 5,4 % en Europe des jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans en Europe consomment du LSD au cours de leur vie. La consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie concernerait entre 0,3 et 8,1 % des jeunes adultes. Ces substances n'entraînent pas de complications somatiques spécifiques. La consommation chronique de champignons hallucinogènes, de LSD, de kétamine et de GHB/GBL est à l'origine d'une dépendance pour laquelle il n'existe pas de traitement de substitution.

Les nouveaux produits de synthèse (NPS) comme l'indique leur nom sont apparus récemment sur le marché des drogues dans le monde. Elles sont distribuées principalement en ligne. Leurs effets psychoactifs miment d'autres psychostimulants (cocaïne, amphétamines), le cannabis ou les opiacés. Les cathinones et les cannabinoïdes de synthèse sont les plus consommées, notamment par injection intraveineuse – le slam. Elles ont un fort potentiel addictif. Le traitement est avant tout symptomatique (32).

« Au cours de la vie des personnes sans domicile, la cocaïne (10,3 %), l'ecstasy (8,1 %), les champignons hallucinogènes (7,4 %), le poppers (6,6 %), l'héroïne (6,3 %), les amphétamines et les médicaments détournés (5,9 %), le LSD (5,8 %) sont les stupéfiants les plus expérimentés. Les autres produits (crack, subutex, méthadone...) sont beaucoup plus rarement expérimentés (moins de 5 % de la population). L'essai de drogues illicites est plus souvent une affaire d'hommes que de femmes. En ce qui concerne les douze derniers mois, la consommation de drogues illicites est beaucoup plus faible, inférieure à 5%. Les personnes sans domicile fréquentant les services d'aide consomment plus fréquemment de l'alcool ou du cannabis et beaucoup moins des autres toxiques »(27)

Nos résultats ont mis en évidence un trouble addictif (autre que le tabac ou l'alcool) chez 25,9% des patients inclus. Nous n'avons pas le détail des produits consommés.

Nous n'avons pas retrouvé lien significatif entre l'obésité et les addictions en tant que facteurs de risque.

On retrouve dans la littérature la notion d'antécédents d'alcool-dépendance ou d'usage de substances illicites chez environ 10 % de la population obèse candidate à la chirurgie bariatrique. « Les circuits neuronaux impliqués lors du développement d'une addiction seraient similaires à ceux impliqués dans l'hyperphagie boulimique évoquant une véritable addiction à la nourriture. »

#### 4.2.7-Maladies cardiovasculaires

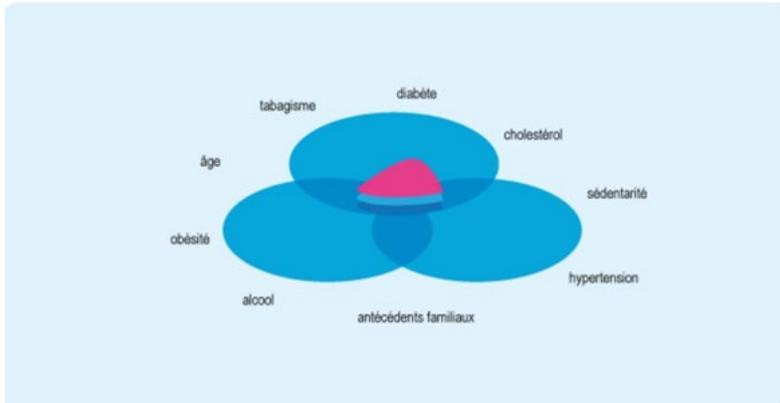
Les maladies cardiovasculaires (MCV) regroupent des troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins dont :

- L'hypertension artérielle
- Les cardiopathies coronariennes
- Les maladies cérébro-vasculaires
- Les artériopathies périphériques
- L'insuffisance cardiaque
- Les cardiopathies rhumatismales
- Les cardiopathies congénitales
- Les cardiomyopathies.

Elles sont la première cause de mortalité dans le monde et la deuxième en France (1<sup>ère</sup> pour les femmes). En 2012, « environ 17,5 millions de personnes en sont mortes, soit 30% de l'ensemble des décès dans le monde ; dont 7,5 millions de ces décès dus aux cardiopathies coronariennes et 6,7 millions à l'accident vasculaire cérébral. Les pays à revenu faible ou intermédiaire sont touchés de manière disproportionnée : on y recense plus de 80% des décès dus aux MCV, concernant presque à égalité les hommes et les femmes ». Selon les projections de l'OMS, « d'ici 2030, près de 23,6 millions de personnes mourront de maladies cardiovasculaires, principalement de cardiopathies et d'accidents vasculaires cérébraux. Ces affections resteront la première des causes de mortalité » (39).

Ces maladies sont liées à divers facteurs de risques parmi lesquels on distingue les facteurs de risques modifiables et non modifiables.

Figure 1- Les facteurs de risques cardio-vasculaires



Source : ameli.fr

Les facteurs de risques non modifiables sont :

- L'âge : l'apparition des complications de l'athérome aortique, coronarien puis carotidien et l'insuffisance cardiaque lui est proportionnelle. Chez l'homme, il devient significatif à partir de 50 ans chez l'homme et chez la femme à partir de 60 ans.
- Sexe masculin : deux infarctus sur trois surviennent chez l'homme avant 70 ans. Cet écart homme-femme se réduit après la ménopause et disparaît après 75 ans. Les estrogènes naturels sont un facteur protecteur expliquant la moindre fréquence des complications de l'athérome chez la femme.
- Hérédité : survenue avant 55 ans pour le père, avant 65 ans pour la mère d'un événement cardiovasculaire, coronaire, ou accident vasculaire cérébral

Les facteurs de risques modifiables sont :

- Le tabagisme : Le risque relatif est de 5 pour l'infarctus et supérieur à 2 pour l'artériopathie des membres inférieurs. Il existe également en cas de tabagisme passif. Il est proportionnel à l'exposition au tabac, quantifiée en paquets-années. L'arrêt du tabac a un bénéfice rapide : « risque relatif cesse d'augmenter en 3 ans et le risque de récurrence diminue de 50% chez un coronarien ».
- L'hypertension artérielle : Elle est définie par une pression artérielle systolique supérieure à 140 mmHg et une pression artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg.

Elle constitue un facteur de risque qu'elle soit permanente, paroxystique, traitée ou non traitée. « Le risque relatif est de 7 pour les AVC, 3 pour la maladie coronaire et 2 pour l'artériopathie des membres inférieurs. Il est corrélé autant aux valeurs de pressions systoliques que diastoliques avant 55 ans mais après 60 ans, le lien est plus fort avec la pression pulsée (PAS – PAD), donc surtout la pression systolique chez les personnes plus âgées. Lorsqu'elle est traitée, le risque d'AVC associé à l'HTA diminue de 40% et celui de l'infarctus de 15% ».

- Les dyslipidémies Le troubles du bilan lipidique le plus fortement associé à la maladie cardiovasculaire est l'élévation du LDL-cholestérol supérieure à 1,40g/l. Le traitement des hypercholestérolémies a permis une baisse de la mortalité cardiovasculaire de 30 % en 20 ans.
- Le diabète Le diabète est défini par deux dosages à jeun supérieure à 1,26 g/L ou un seul dosage de glycémie supérieure à 2 g/L. Le risque relatif de MCV en cas de diabète est supérieur à 2 et concerne en particulier l'artériopathie. Les lésions microvasculaires (rétinopathies et néphropathies) sont aussi une complication fréquente. Le risque relatif augmente lors d'anomalies rénales. Une hémoglobine glyquée (HbA1c) à 6,5 % est associée à une baisse de l'incidence des complications cardiovasculaires.
- Insuffisance rénale L'insuffisance rénale chronique a une influence comparable à celle du diabète sur le système cardio-vasculaire.
- Facteurs de risques indirects :  
Sédentarité : Le risque relatif d'infarctus lié à la sédentarité est de 2 à 3. Il s'agit d'un facteur de risque indépendant, qui aggrave d'autres facteurs de risque concomitants tels que l'HTA, le diabète, les dyslipidémies et le surpoids

Obésité : le risque cardiovasculaire est corrélé avec l'IMC, a fortiori si l'obésité est androïde, par prépondérance de graisses intra-abdominales. L'association à d'autres facteurs de risque est fréquente (HTA, diabète). La perte de poids permet un moindre risque de complications cardiovasculaires.

Enfin on notera :

- Facteurs psychosociaux et environnementaux (stress, dépression, difficultés sociales...).
- Excès d'alcool : le risque cardiovasculaire augmente en cas de consommation quotidienne de plus de trois verres standard d'alcool pour un homme et de plus de deux verres pour une femme (40)

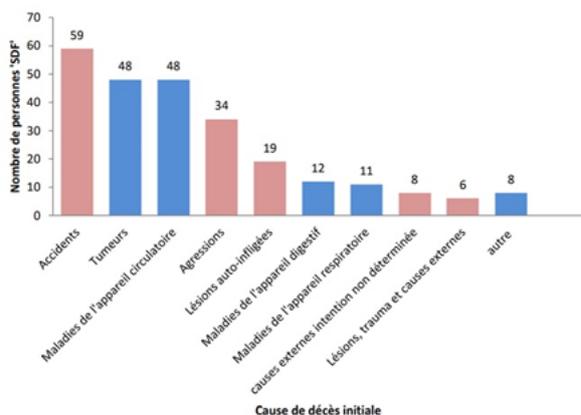
Au sein de notre population d'étude, environ 84% des patients inclus étaient atteints de maladie cardio-vasculaire.

Nos calculs n'ont pas permis d'établir un impact de l'obésité sur la maladie cardiovasculaire chez les patients étudiés. Cela peut s'expliquer par un nombre de patients insuffisants ou par la présence de nombreux autres facteurs de risques (tabac, alcool, autres addictions, troubles psycho-sociaux) pouvant avoir un impact cumulé supérieur à celui de l'obésité seule.

L'association Comité pour les Morts De la Rue (CMDR) a réalisé une étude en 2017 permettant le recensement des personnes sans domiciles décédées entre 2013 et 2017.

Malgré de grandes limites liées aux difficultés d'accès aux informations concernant le décès des personnes SDF, l'étude a permis d'établir que les maladies cardiovasculaires étaient la 3e cause de décès chez les patients SDF en 2017.

Graphique 20- Causes de décès initiales chez les personnes sans domiciles décédées en 2017 selon les catégories du CIM-10



Bleu : maladies

Rouges : causes externes

Extrait de « Mortalité des personnes sans domicile en France en 2017 » [mortsdelarue.org](http://mortsdelarue.org)

On notera que au sein de notre population d'étude, les maladies de l'appareil circulatoire sont uniquement le 13<sup>e</sup> motif de consultation ex-aequo avec les troubles de l'appareil urinaire et les maladies de l'oreille.

#### 4.2.8 Motif de consultation

Avec 32,0% des consultations, les troubles psychiques sont le motif de suivi médical le plus fréquemment invoqué par les personnes incluses dans notre étude. Ils sont suivis par les troubles sociaux avec 19,1% des consultations.

L'étude ESEMeD/MHEDEA 2000 (The European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability : a European Assessment in the year 2000) a permis d'estimer la prévalence des troubles psychiques dans plusieurs pays dont la France.

Tableau 13- La prévalence des troubles psychiques au cours des douze derniers mois et au cours de la vie dans le monde

	Episodes dépressifs majeurs	Dysthymie	Anxiété généralisée	Troubles panique	Agoraphobie	Etat de stress post-traumatique	Phobie sociale
Au cours des 12 derniers mois	6%	1,6%	2,1%	1,2%	0,6%	2,2%	1,7%
Au cours de la vie	21,4%	7,9%	6%	3%	1,8%	3,9%	4,7%

	Phobie sociale	Abus d'alcool	Dépendance à l'alcool
Au cours des 12 derniers mois	4,7%	0,5%	0,3%
Au cours de la vie	11,6%	4,1%	1,6%

« Chez les femmes, les troubles dépressifs et anxieux étaient significativement plus fréquents. Chez les hommes, il s'agissait des troubles liés à l'alcool. Les sujets âgés et ceux vivant en milieu rural sont moins touchés par ces trois types de troubles. Les troubles dépressifs et liés à l'alcool étaient plus fréquents chez Les sujets vivant sans conjoint étaient plus souvent touchées par

des troubles dépressifs et liés à l'alcool. Les personnes sans emploi rémunéré souffraient plus souvent de troubles dépressifs. Les femmes, les personnes jeunes et ceux vivant sans conjoint étaient plus fréquemment atteints d'une association de troubles dépressifs et anxieux. On les retrouvait dans 38% des cas. Les personnes souffrant de troubles anxieux avaient un taux de comorbidité de 26 % sans différence entre les sexes. Il existait une forte différence de taux de comorbidité selon le sexe concernant les troubles liés à l'alcool, 26 % chez l'homme et 67 % chez la femme ». (40)

L'étude SAMENTA réalisée en 2009 s'est penchée sur la santé mentale des personnes sans domiciles fréquentant les structures d'hébergement et de distribution de nourriture d'Île de France. On distinguait :

- Les troubles psychiques sévères présents chez 31,5% de la population étudiée (29,2% des hommes et 35,8% des femmes).

« La prévalence des troubles psychotiques était de 13,2% dont 8,4 pourcents de schizophrénie, 3,5% de troubles délirants chroniques et 1,3% d'autres troubles psychotiques. Il existait une nette prédominance masculine (15,4% vs 9,1% chez les femmes) ainsi que parmi les personnes nées en France par rapport à celles nées à l'étranger. Chez les 18-25 ans, le trouble psychotique le plus répandu était la schizophrénie, sans différence entre les sexes mais avec une fréquence 3,5 fois plus importante chez les personnes nées en France par rapport à celles nées à l'étranger (21,6% versus 7,5% p=0,004).

La prévalence des troubles sévères de l'humeur était de 6,7% avec une majorité de troubles dépressifs (4,5%). Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe ou du type d'hébergement. Ces troubles sévères sont plus fréquents chez les personnes âgées de 50 ans (près de 16 %) par rapport aux autres classes d'âge (moins de 10 %) ».

« Les troubles anxieux touchaient 12,2% des inclus. Ils étaient plus fréquents chez les personnes vivant à l'hôtel (25%) et chez les femmes (21% versus 7,5% p=0,009). On retrouvait 4,4% de stress post traumatique, 4% d'anxiété généralisée, 2,1% de troubles de l'adaptation et 6,2% des autres troubles anxieux. Chez les personnes nées à

l'étranger, l'état de stress post traumatique était près de 6 fois plus élevé. (6,2% versus 1,1% pour celles nées en France) ».

- « Les troubles de la personnalité et du comportements présents chez 21,1% de la population étudiée. On les observait en majorité chez les hommes (26,1%) plutôt que chez les femmes (11,8%) ; et dans les structures d'urgences (26,6%) par rapports aux dispositifs d'insertion (19,3%) et aux hôtels (5,1%). Enfin les personnes nées en France étaient plus touchées (32,3%) que celles nées à l'étranger (13,7%). Il y avait 4,5% de personnalité dyssociale, 3,5% de personnalité dépendante, 1,5% de personnalité borderline, 1% de personnalité labile et 7% de troubles non étiquetés. »
  
- On retrouvait des « troubles non sévères de l'humeur chez 15,8 % de la population. Il s'agissait principalement de syndromes dépressifs légers ou moyens. Environ une personne sur quatre parmi celles rencontrées à l'hôtel étaient concernées de même que près d'un cinquième des personnes vues dans le dispositif d'insertion et un dixième de celles vues dans le dispositif d'urgence. Il y avait 7,9 % de troubles dépressifs moyens, 6,0 % de troubles dépressifs légers et 1,9% d'autres troubles dépressifs. Aucune différence entre les hommes et les femmes n'était observée ».
  
- L'évaluation du risque suicidaire a été réalisée le jour de l'enquête. « Il était moyen ou élevé chez 12,9 % des personnes interrogées. Les tentatives de suicides au cours de la vie concernaient 21,8 % des personnes sans logement (24,2 % des hommes et 17,2 % des femmes). Au sein du dispositif d'urgence, les personnes rencontrées présentaient un risque suicidaire moyen ou élevé dans 16,8 % des cas, il était également important dans les hôtels sociaux (12,2 %) ou le dispositif d'insertion (7,9 %). Le risque suicidaire était moyen ou élevé chez environ 15 % des hommes et 10 % des femmes ».

On notera des alliances significatives entre des caractéristiques socio-démographiques et des troubles psychotiques ou de la personnalité. Comparativement à celles n'ayant pas ces troubles, « les personnes atteintes de troubles psychotiques et celles atteintes de troubles de la personnalité sont plus fréquemment nées en France ; elles travaillent moins souvent ; elles

vivent moins souvent avec au moins un de leurs enfants ; elles ont, enfin, plus souvent été placées dans l'enfance ».

Les comorbidités entre différents troubles sont rares (moins de 5 %). Il existe toutefois une corrélation entre le risque suicidaire, moyen ou élevé, et les quatre grandes catégories de troubles.

Il existe également une forte association entre le diagnostic d'un trouble psychiatrique et les antécédents de violences subies au cours de la vie.

Tableau 14- Fréquence des violences subies au cours de la vie, par sexe en fonction de la présence ou non d'un trouble psychiatrique sévère chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France

Violences subies au cours de la vie	Pas de trouble diagnostiqué (%) (n=303, N=6 597)			Troubles psychiatriques sévères (%) (n=259, N=6 667)		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Violences psychologiques	7,9	46,8 ***	23,6	52,4	53,6	52,9
Violences physiques	7,1	31,2 **	16,9	35,4	43,7	38,7
Violences sexuelles	0,1	6,8 ***	2,7	24,0	31,4	26,9

\*\*p<0,01 \*\*\*p<0,001

(27)

Extrait de Enquête SAMENTA 2009

Le taux de recours au soins psychiatrique semble important dans la population étudiée.

Tableau 15- Répartition des différents recours aux soins vie entière pour motif santé mentale en fonction des troubles chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France présentant des troubles psychiatriques

Recours aux soins	Troubles psychotiques (%) (n=88, N=2798)	Troubles sévères de l'humeur (%) (n=67, N=1420)	Troubles anxieux (%) (n= 112, N=2594)	Troubles non sévères de l'humeur (%) (n=121, N=3341)
Consultation auprès d'un professionnel de santé	68,1	70,7	72,2	49,1
Prise de médicaments prescrits par un médecin	47,7	51,6	30,3	65,5
Déjà été hospitalisé en psychiatrie	36,9	16,7	8,7	32,6
Hospitalisé au moins 1 fois sous contrainte	34,1	5,0	4,4	19,1

Lecture : Parmi les personnes présentant des troubles psychotiques, 68,1% ont déjà consulté un professionnel de santé, 47,7% ont déjà pris des médicaments, 36,9% ont déjà été hospitalisé en psychiatrie ...

Extrait de Enquête SAMENTA 2009

On déduira toutefois de ce tableau des taux d'absence de recours au soin important. Ils n'étaient cependant pas liés à la nature du diagnostic. « Ces taux sont de 25,6 % pour les personnes ayant des troubles psychotiques, 28 % pour celles ayant des troubles sévères de l'humeur, 22,2 % pour celles avec des troubles anxieux et 18,2 % pour celles ayant des troubles non sévères de l'humeur ».

Au moment de l'enquête, seuls 18,2% des patients ayant été diagnostiqués d'un trouble psychiatrique avaient un suivi régulier. Ce suivi se traduisait par la prise d'un traitement médicamenteux chez 63,3% des patients concernés selon la répartition suivante :

Tableau 16- Prise de médicaments au cours du mois précédent en fonction des troubles chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France présentant des troubles psychiatriques et ayant un suivi en cours

	Troubles psychotiques (%) (n=37,N=1022)	Troubles sévères de l'humeur (%) (n=19,N=190)	Troubles anxieux (%) (n=19,N=218)	Troubles non sévères de l'humeur (%) (n= 15,N=441)
Prise de médicaments le mois précédent	75,2	73,0	76,6	32,0

Extrait de Enquête SAMENTA 2009

La prise pondérale est un effet indésirable important des psychotropes. « Bien que l'obésité soit associée au diabète, aux anomalies des lipides et à l'hypertension artérielle, des diabètes et des dyslipidémies ont été décrits sous antipsychotiques en l'absence de prise de poids. »

Lors de la prise de thymorégulateurs (en particulier Lithium et Valproate) induit une stimulation de l'appétit et un effet insuline-like à l'origine d'une augmentation de la pénétration du glucose dans les adipocytes. Pour les antidépresseurs, une augmentation pondérale est observée surtout avec les antidépresseurs tricycliques (Amitriptylline) de façon corrélée avec posologie et durée du traitement. Cet effet est lié à la maladie (augmentation de l'appétit et diminution du métabolisme) et est variable selon les patients (44).

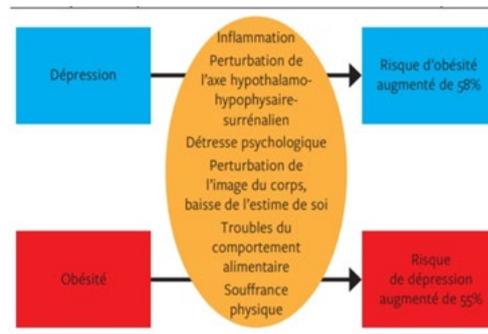
Durant les traitements par antipsychotiques, notamment neuroleptiques atypiques, les mécanismes de cet effet indésirable restent en partie inexplicés. « On retrouve au premier plan l'augmentation de l'appétit. Elle n'est toutefois pas évoquée par tous les patients.

L'augmentation de la prise alimentaire serait liée à l'antagonisme des récepteurs histaminergiques H1 et sérotoninergiques 5-HT<sub>2C</sub>. D'autres causes ont été évoquées comme « l'apparition d'une intolérance au glucose, une rétention hydrique ou une redistribution des graisses ». On observe également des perturbations du métabolisme de la leptine. Cette hormone est un élément essentiel de la régulation hypothalamique du poids corporel. « Une étude portant sur dix patients traités par olanzapine (Zyprexa<sup>®</sup>), aucune modification de la masse maigre n'est observée, à l'inverse, la masse grasseuse a augmenté de 2,2 kg en moyenne et la leptine circulante a presque doublé, de 2,5 à 4,6 ng/ml. L'augmentation du poids et de l'IMC objectivée chez des patients sous clozapine (Léponex<sup>®</sup>) et olanzapine (Zyprexa<sup>®</sup>) était également associée à une élévation du taux plasmatique de leptine (moyenne de 2,3 ng/ml) dans une autre étude (43). Les médicaments antipsychotiques dits obésogènes peuvent causer une prise de poids d'environ 12 kg durant les deux années suivant leur introduction » (47).

Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les personnes obèses que chez les personnes normo-pondérales. Le syndrome de stress post traumatique est le trouble pour lequel ce phénomène est le plus significatif. Le rôle anxiolytique démontré de la nourriture est une explication plausible. L'angoisse peut survenir comme une « faim psychologique ou émotionnelle » et provoquer les grignotages. La perception de la valeur calorique des aliments serait altérée par les angoisses. Chez les patients sans domicile, les troubles psychiques étant le motif le plus fréquent de consultation on pourrait évoquer aussi l'attrait « émotionnel » des aliments notamment gras/sucrés/à haut niveau calorique, plus ou moins bourratifs qui pourraient apaiser certaines angoisses en plus de la sensation de faim. Ainsi un traitement ciblé sur les angoisses aurait très certainement un effet bénéfique sur la perte de poids » (46).

Parfois maladie psychique et obésité s'inter-influencent comme c'est le cas avec la dépression :

Figure 2- Relations entre dépression et obésité



Extrait de « Quand le poids influence la santé mentale... et réciproquement » Drs LOÏCK LOCATELLI a , LEILA BOULANOUAR b , ZOLTAN PATAKY a , Pr ALAIN GOLAY Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 642-6

Le TDAH est plus souvent observé parmi les personnes obèses que chez les personnes normo-pondérées adultes. Des « traits de caractère impulsif » ont été mis en évidence chez les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique, pathologie très fréquente chez les personnes obèses. « La manifestation de l'impulsivité dans d'autres aspects de leur comportement pourrait aboutir au TDAH. Une déficience du circuit du renforcement (reward deficiency syndrom) conduisant à la recherche de récompenses non naturelles immédiates (usage de substances, jeu pathologique, prises de risque et prise de nourriture) pourrait être à l'origine des troubles. Le dépistage et le traitement du TDAH semblent améliorer la perte de poids chez les personnes souffrant des deux pathologies ». (47)

Dans ces contextes, la prise en charge de l'obésité comprend des mesures diététiques/ une réduction des apports caloriques, une adaptation de l'activité physique afin de lutter contre la sédentarité et une thérapie cognitivo-comportementale adaptée aux troubles attentionnels et motivationnels spécifiques aux patients atteints de maladies psychiatriques. (45)

#### 4.2.9-Type d'hébergement

Les différents types d'hébergements disponibles pour les personnes sans domiciles fixes sont :

- « Les nuitées d'hôtel
- Les CHU (centres d'hébergement d'urgence)
- Les CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale)
- Les hébergements de stabilisation
- Les logements et chambres conventionnées à l'ALT (aide au logement temporaire)
- Les RHVS (résidence hôtelière à vocation sociale)
- LHSS (lits de halte soins santé)
- CADA (centre d'accueil pour demandeur d'asile)
- Dispositif d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile
- CPH (centre provisoire d'hébergement)
- Centre maternel »

(Voir annexe 2) (35)

« L'accueil en hébergement est destiné aux personnes sans domicile, celles qui sont dans l'obligation de le quitter en urgence (femmes victimes de violence notamment), ou encore qui sont en situation de précarité avec de graves difficultés sociales. C'est un dispositif provisoire dans l'attente d'une solution plus pérenne. Aucun bail ni titre d'occupation, n'est établi. Aucun loyer n'est demandé mais cela n'exclut pas une participation financière des familles ou personnes accueillies. Cette dernière est fixée en fonction des ressources des intéressés pour les hébergements en CHRS, selon le Code de l'action sociale et des familles. Sauf cas particuliers, les personnes hébergées n'ont pas accès d'aides au logement.

Le service d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domiciles (AHI) est constitué des établissements d'hébergements et des services de veille sociale (centres d'appel "115", équipes de maraude, accueils de jour, services d'accueil et d'orientation).

La priorité est donnée aux personnes hébergées en centres d'hébergement, sortant d'hébergement ou logées temporairement pour l'accès à un logement social (Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale). Si les différents dispositifs d'aides ne leur permettent pas de trouver un logement adapté à leurs besoins et ressources, il leur est possible de saisir la commission de médiation et de faire valoir leur droit au logement, sans attendre le délai « anormalement long » (article 7 de la loi n° 2007- 290 du 5 mars 2007

instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, dite loi DALO). Ce droit peut s'exercer après une durée d'hébergement de six mois. En pratique moins d'un tiers des personnes sans domicile fixe font valoir ce droit » (35).

Les différents types de logements sociaux :

- « Résidence sociale classique
- Maison relais (pension de famille)
- Résidence accueil
- FJT (foyer de jeunes travailleurs)
- FTM (foyer de travailleurs migrants)
- Logements-foyers pour personnes âgées
- Logements-foyers pour personnes handicapées
- Logement en sous-location
- Gestion locative adaptée »

« Le versement d'un loyer ou d'une redevance est obligatoire pour occuper ces logements, de façon temporaire ou durable. Cela permet l'obtention d'un statut d'occupation (bail ou titre d'occupation) avec garanties de maintien dans les lieux et bénéficie des aides au logement (APL ou AL). Les occupants des logements peuvent bénéficier des aides du fond de solidarité pour le logement (FSL) pour l'accès et le maintien dans le logement » (35) .

Parmi les patients inclus dans notre étude, 75,4% étaient hébergés à l'hôtel via le 115, 27% bénéficiaient d'un hébergement spécialisé d'insertion. L'étude de l'odds ratio nous a permis de conclure à un rôle protecteur de l'hébergement spécialisé par rapport à l'hôtel en ce qui concerne l'obésité.

Le programme « un chez soi d'abord » qui a débuté en 2011 est une expérimentation sociale faisant l'objet d'une recherche évaluative randomisée. Les objectifs principaux étaient, d'une part celui de répondre aux besoins des personnes durablement sans-abri et présentant des maladies mentales sévères et d'autre part de faire des recommandations aux décideurs publics pour la mise en œuvre d'une politique plus large visant la résorption des situations de sans-abrisme. Il s'agit d'accueillir les personnes en recherche de logement sans prérequis, notamment de sevrage des addictions.

Les premiers résultats montrent une diminution voire un arrêt de la consommation de produits licites ou non, une diminution de l'idéation dépressive et une amélioration de l'estime de soi chez une large portion de résidents. Certains n'ayant pas réussi à se sevrer du fait de l'entourage d'autres consommateurs de drogues décrivent toutefois, les bienfaits de l'entourage et du soutien des travailleurs sociaux, et sollicitent leur aide pour la recherche d'un logement pérenne où ils se sentiront plus apte à se sevrer. Ce plan est aujourd'hui élargi à l'ensemble du territoire (36).

L'hébergement d'insertion offrant une situation plus stable que celui à l'hôtel à la nuitée, il est licite de supposer une participation moindre du stress, de la mauvaise qualité du sommeil et des conduites addictives connus pour être liée à l'obésité. On peut supposer par ailleurs qu'un accès plus sécurisé à l'alimentation permet un meilleur équilibre pondéral.

#### 4.2.10-Protection sociale

« Le taux de couverture maladie des sans-domicile est d'autant plus élevé que leurs conditions d'hébergement sont stables : ils sont 96 % parmi les enquêtés ayant bénéficié d'un logement fourni par une association, entre 91 % et 92 % parmi ceux ayant dormi dans une chambre d'hôtel ou dans un centre d'hébergement, et seulement 62 % parmi les enquêtés ayant dormi dans la rue ou un centre d'accueil sans possibilité de couchage. » (9)

Tableau 17– La couverture santé des personnes sans domicile selon leur lieu d'hébergement en %

	Logement accompagné	Hôtel	Hébergement collectif	Lieu non prévu pour l'habitation	Ensemble des sans-domicile
Couverture maladie	92	89	86	58	86
Sécurité sociale	33	19	31	20	29
Couverture maladie universelle (CMU)	55	38	48	31	48
Aide médicale d'Etat (AME)	4	30	6	7	8
Ne sait pas laquelle	0	2	1	0	1
En cours de demande	3	3	3	2	3
Aucune couverture maladie	4	8	8	37	9
Ne sait pas	1	ns	3	3	2

ns : non significatif

Note • La couverture maladie universelle (CMU) est une prestation sociale française permettant l'accès aux soins, le remboursement des soins, prestations et médicaments à toute personne résidant en France de manière stable et régulière (depuis plus de trois mois) et qui n'est pas déjà couverte par un autre régime obligatoire d'assurance maladie. L'aide médicale d'Etat (AME) est une protection santé, sous conditions de ressources, destinée aux étrangers résidant en France en situation irrégulière depuis plus de trois mois.

Champ • Sans-domicile francophones de 18 ans ou plus, vivant en France métropolitaine.

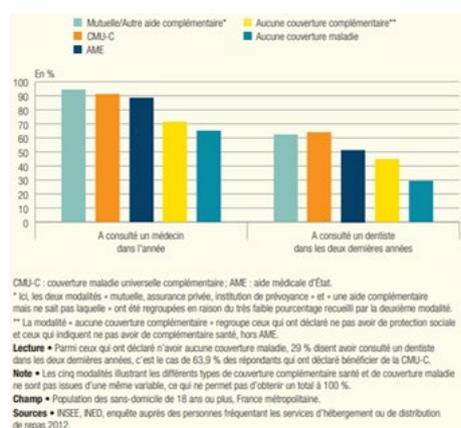
Sources • INSEE, INED, enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distributions de repas 2012.

(37)

Extrait de « Le recours aux prestations et services de protection sociale des personnes sans domicile » Anne Legal (drees)

« Interrogés sur les raisons pour lesquelles ils n’ont pas été voir un médecin, les répondants avancent deux motifs : « le coût trop élevé » et « l’absence d’assurance maladie ou de papiers nécessaires ». Le non-recours aux soins est très corrélé à une mauvaise couverture médicale. En effet, parmi les enquêtés qui n’ont consulté aucun médecin lors des douze derniers mois, 24 % n’ont pas de couverture médicale, et 4 % déclarent ne pas connaître leur situation en matière de couverture santé, un pourcentage nettement supérieur à celui observé parmi l’ensemble des sans-domicile (1 %) ». (9)

Graphique 21-Recours au médecin et au chirurgien-dentiste selon la couverture de santé



(9)

Extrait de « Le recours au soin des sans-domicile » (DREES)

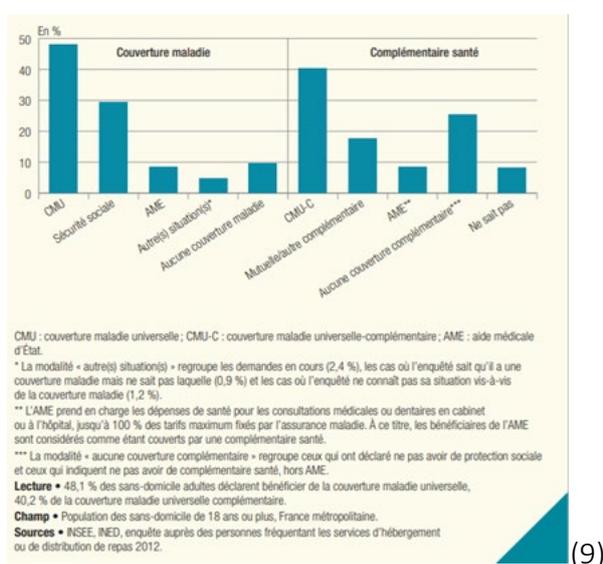
« La couverture par la Sécurité sociale ou la CMU augmente également significativement les chances de consulter un travailleur social et de se rendre dans un organisme social ou de l’emploi pour les personnes sans domiciles au chômage. À l’inverse, les étrangers en situation irrégulière bénéficiaires de l’AME ont fort logiquement moins de chances de se rendre dans un organisme de l’emploi.

Les sans-domicile qui se perçoivent en mauvais ou très mauvais état de santé ont plus de chances d’effectuer des démarches auprès d’un organisme de santé ou du secteur social, mais ils en ont moins que ceux qui s’estiment en bon ou en très bon état de santé d’en entreprendre auprès d’un organisme de l’emploi. On parle d’un effet de sélection par la santé sur la participation au marché du travail.

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes ont aussi plus de chances que les hommes de consulter un médecin ou de se rendre dans un organisme de santé. Aucune différence selon le genre n’est en revanche observée dans le recours aux travailleurs sociaux ou aux organismes sociaux et de l’emploi.

Les sans-domicile de nationalité étrangère ont, pour leur part, une probabilité significativement plus faible que ceux de nationalité française d'effectuer des démarches auprès d'institutions. Mais la nationalité n'a pas d'influence sur le recours aux professionnels. Enfin, les sans-domicile les plus jeunes recourent significativement moins aux travailleurs sociaux et aux organismes sociaux ou de santé que ceux âgés de 30 à 39 ans. Cela s'explique notamment par le fait que les moins de 25 ans en difficulté sociale ne sont éligibles qu'à un nombre limité de dispositifs sociaux ». (37)

Graphique 22-Couverture maladie et complémentaire santé



Extrait de « Le recours au soin des sans-domicile » (DREES)

Au sein de notre population d'étude, 50% des personnes incluses bénéficiaient de la CMU, 40,2% de la sécurité sociale, et 9,7% n'avaient aucune protection sociale.

On retrouvait un effet protecteur par rapport à l'obésité chez les patients avec CMU ou sécurité sociale comparativement à ceux sans protection.

La présence d'une protection sociale étant associée à de meilleures conditions d'hébergement et à un suivi de santé plus rapproché on peut supposer que c'est ce faisceau d'éléments qui permet aux personnes concernées d'avoir un meilleur statut pondéral.

## 4.3 Forces et faiblesses

### 4.3.1 Les points forts de notre étude sont multiples :

- L'originalité. Il existe actuellement très peu de documentation sur l'état de santé et particulièrement le statut pondéral de la population sans domicile fixe de France. Il s'agit de ne pas passer à côté d'un facteur de risque majeur en termes de morbi-mortalité.
- La comparaison des données avec une population témoin. Cela permet d'inscrire les résultats obtenus dans le contexte national.
- Le déplacement de l'investigateur sur le lieu de vie des patients étudiés facilitant le recrutement de patients qui ne seraient potentiellement pas venus consulter spontanément dans un service de soin plus éloigné.
- Les lieux d'investigations, les CHRS de Banyuls du Mer et de Céret qui sont des établissements permettant un accueil mixte en hébergement complet (d'urgence ou plus prolongé).

### 4.3.2 Les points faibles de notre étude sont les suivants :

- Un manque de puissance. Le nombre de sujet étudié est probablement insuffisant notamment pour obtenir des résultats probants sur les objectifs secondaires.
- Biais de sélection : tous les patients viennent des mêmes centres d'hébergements et ont été recrutés par le même expérimentateur. La population SDF de France étant principalement concentrée en Île de France, il est possible que les résultats obtenus sur cet échantillon des Pyrénées -orientales ne soit pas généralisable. Le faible nombre de

femme peut s'expliquer par le fait qu'il ne s'agit pas de structures dédiées aux familles, et que le nombre de places dédiées aux femmes soit limité. Les données de personnes SDF étudiées sont issues de leur suivi médical et peuvent ne pas être représentative de la population de SDF en bonne santé/ ne sollicitant pas le soin. Enfin seuls les patients souhaitant bénéficier d'une consultation ont été les acteurs de cette étude

- Biais de mesure : possibles imprécisions lors de l'emploi du pèse personne, non électronique. De plus, l'évaluation a été effectuée chez des sujets partiellement habillés, élément qui peut fausser certaines données.
- Biais d'évaluation : la population de notre étude et la population témoin (cf étude ESTEBAN) n'ont pas subi le même protocole de recueil de données.
- Manque de données : Nous n'avons pas d'informations concernant le poids des patients non obèse nous privant d'établir un profil pondéral détaillé de la population. En particulier concernant la proportion de patients en état d'insuffisance pondérale. Enfin les données de personnes SDF étudiées sont issues de leur suivi médical et peuvent ne pas être représentative de la population de SDF en bonne santé/ ne sollicitant pas le soin.

## 5-Conclusion

L'obésité est une problématique décisive en termes de santé publique depuis plusieurs années. Les patients inclus dans notre étude étaient principalement des hommes âgés en moyenne de 38,6 ans, d'origine française, ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire, de tabagisme, d'exogénose chronique et autres addictions. La majorité d'entre eux étaient hébergés via le 115. Quatre-vingt-dix pourcents bénéficiaient de la sécurité sociale et/ou de la CMU. Ils consultaient principalement pour des troubles psychiques ou des problématiques sociales. La prévalence de l'obésité au sein de notre population était de 32,3%, significativement supérieure à celle connue dans la population générale française (17%) – on retrouve même un facteur 2 ! L'étude en sous-groupe en fonction du sexe n'était pas significative pour les femmes. On retrouvait une proportion d'hommes obèses significativement plus importante que chez les hommes de la population générale. Les caractéristiques associées observées ont permis d'établir des facteurs « protecteurs » (sexe féminin, origine européenne, exogénose chronique, hébergement d'insertion, bénéficiaire de la CMU ou de la sécurité sociale) et un facteur « délétère » (origine africaine).

Pour affiner les connaissances sur la problématique du surpoids et de l'obésité chez les personnes sans domicile, il serait intéressant de réaliser une étude prospective, multicentrique (avec idéalement des centres d'île de France et de province accueillant personnes seules ou familles). On se pencherait alors sur diverses caractéristiques des patients :

-mode de vie : célibataire ou en famille/ durée de vie sans domicile/ début de la prise de poids/ vie sédentaire ou nomadisme/

-habitus : tabagisme/exogénose/ autres toxiques

-lieux / modes d'obtention des aliments

-statut nutritionnel/carences

-évènements médicaux : troubles psychiques/ néoplasie/troubles métaboliques/ maladie cardiovasculaire

On pourrait ainsi avoir une meilleure visibilité sur les différents leviers de prévention et de suivi dans cette population particulière.

Annexe

Extrait du « Guide des dispositifs de logement » par le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et « Présentation des types d'hébergements » par la Fondation solidarités

	Dénomination	Missions	Public accueilli	Durée de séjour	Forme d'habitat
HEBERGEMENT	Nuitées d'hôtel L'objectif est de réduire le nombre de places d'hôtels au profit de solutions plus adaptées	Accueil de personnes (et de familles) en situation de détresse, souvent orientées par le 115, dans des hôtels, à défaut de places disponibles dans les centres d'hébergement d'urgence, notamment pendant la période hivernale	Personnes en situation de détresse, souvent orientées par le 115	Une à quelques nuits (en principe, mais dans certaines situations, notamment celle des déboutés du droit d'asile, l'hébergement peut s'avérer être de longue durée)	Chambre d'hôtels, le plus souvent sans espaces dédiés aux repas et à la cuisine
	CHU (centre d'hébergement d'urgence)	Hébergement temporaire de personnes ou familles sans-abri. Le principe de continuité peut supposer une aide dans leurs démarches d'accès aux droits et recherche d'un logement ou d'une structure d'insertion adaptée	Pas de conditions réglementaires de ressources. Il s'agit d'un accueil «inconditionnel», c'est-à-dire sans sélection des publics accueillis, et notamment sans condition de régularité du séjour	Conformément à l'article 4 de la loi DALO, le séjour dure aussi longtemps qu'une solution durable n'est pas proposée à la personne ou la famille, sauf si elle ne le souhaite pas ou enfreint le règlement intérieur du centre d'hébergement	Cette forme est variée, du dortoir à la chambre individuelle, voire au logement banalisé dans le diffus. L'humanisation des centres se poursuit pour permettre d'améliorer les conditions de sécurité, de confort et de respect de la vie privée (suppression des dortoirs notamment)
	CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale)	Action socio-éducative, le plus souvent avec hébergement, dans certains cas adaptation à la vie active de personnes ou familles en détresse, en vue de les aider à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Projet de prise en charge individualisée et globale par le biais d'un « projet d'insertion » élaboré avec la personne accueillie	Personnes isolées, ou familles, connaissant de graves difficultés d'ordre économique et social. Certains CHRS sont spécialisés dans l'accueil d'un public spécifique ou prioritaire (femmes victimes de violence par exemple)	L'admission dans la structure est faite pour une durée déterminée et renouvelable : la situation de la personne accueillie doit faire l'objet d'un bilan tous les six mois. L'objectif est que la personne ou la famille accède le plus rapidement possible à une insertion durable en milieu ordinaire ou adapté (logement, emploi etc.)	Chambres individuelles ou à plusieurs ou logements dans certains cas ; logement éclaté, regroupé ou mixte
	Hébergement de stabilisation	Cet hébergement, ouvert 24h/24h, avec un accompagnement social, doit permettre aux personnes éloignées de l'insertion, de se stabiliser et de favoriser leur orientation ultérieure vers des structures adaptées à leur situation	Même public que dans les CHU, mais ayant un passé plus ou moins long dans le dispositif d'hébergement	Non limitée	Le bâti doit permettre un hébergement de quelques jours à quelques mois dans des conditions dignes favorisant l'autonomisation des personnes
	Logements et chambres conventionnés à l'ALT (aide au logement temporaire)	Permettre l'accueil à titre temporaire de personnes défavorisées sans logement et qui ne peuvent pas être hébergées en CHRS. Aide versée aux associations ou CCAS conventionnés par la DDCS/PP) qui mobilisent les logements ou chambres (d'hôtels, de foyers ou de résidences sociales) à l'ALT et y accueillent des ménages défavorisés	Personnes défavorisées sans logement et qui ne peuvent pas être hébergées en CHRS ou dont la situation ne le justifie pas. Le parc conventionné à l'ALT est utilisé aussi bien pour des situations d'urgence que pour des personnes relativement autonomes en insertion	Pas de limite réglementaire mais l'objectif est que la durée moyenne n'excède pas six mois (les personnes étant censées avoir obtenu entre temps une solution de logement adaptée à leur situation)	Logements ou chambres dans un parc très diversifié (parc privé, parc social, résidences sociales dans la limite de 10 % de leur capacité, hébergement d'urgence, hôtel etc.)

(34)

CADA (centre d'accueil des demandeurs d'asile)	Assurer l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur dossier par l'OFPRA (Office français de protection des réfugiés et apatrides) et la Cour nationale du droit d'asile (CNDA, anciennement commission des recours des réfugiés).	Demandeurs d'asile en cours de procédure de demande d'asile.	Durée d'instruction du dossier des demandeurs d'asile par l'OFPRA ou par la Cour nationale du droit d'asile.	Structure collective ou logement diffus (appartements).
--	--	--	--	---

<p>Dispositif d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile</p>	<p>Demandeurs d'asile préalablement à leur admission en CADA, des demandeurs ne pouvant bénéficier ni d'un hébergement en CADA, ni du versement de l'allocation temporaire d'attente (ATA), notamment ceux qui sont placés en procédure prioritaire, des personnes sortant de CADA sans autre solution d'hébergement.</p>	<p>Demandeurs d'asile, et à titre exceptionnel et transitoire, réfugiés ou déboutés sortant de CADA</p>		<p>Des places d'hébergement sont réparties dans des foyers de travailleurs migrants, gérés par ADOMA (mais ces places n'ont pas le statut de FTM), des structures collectives ou des chambres d'hôtels</p>
<p>CPH (centre provisoire d'hébergement)</p>	<p>Centres d'hébergement et de réinsertion sociale destinés spécifiquement aux réfugiés statutaires particulièrement vulnérables pour faciliter leur insertion sociale et professionnelle</p>	<p>Réfugiés statutaires (c'est-à-dire une fois leur statut reconnu par l'OFPRA).</p>		

Centre Maternel	Permettre l'accueil des femmes enceintes et des mères isolées avec enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, en chambre individuelle ou appartement. Un accueil est prévu pour les enfants de moins de trois ans (crèche, pouponnière, halte-garderie...)	Femmes enceintes et mères isolées avec enfants de moins de trois ans (article L222-5 du code de l'action sociale et des familles) ; prise en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance sur décision du président du Conseil général.		
-----------------	--	--	--	--

(35)

	RHVS (résidence hôtelière à vocation sociale)	Cette modalité sociale d'hôtel meublé, à la frontière de l'hôtellerie et du logement locatif, a pour vocation d'offrir, notamment aux personnes en difficulté, une solution d'hébergement de qualité à coût maîtrisé	L'exploitant d'une RHVS s'engage à réserver au moins 30 % des logements de la résidence pour des publics rencontrant des difficultés particulières pour se loger, identifiés dans le PDALHPD, désignés soit par le préfet, soit par des collectivités territoriales, associations, organismes et personnes morales désignés par ce dernier. Les personnes isolées constituent la cible principale en terme de public.	Location pour une occupation à la journée, à la semaine ou au mois à une clientèle qui peut éventuellement l'occuper à titre de résidence principale	La RHVS est un établissement commercial d'hébergement, constitué d'un ensemble homogène de petits logements autonomes équipés et meublés
	LHSS (lit halte soins santé)	Les LHSS offrent une prise en charge médico-sociale temporaire à des personnes sans domicile qui ont besoin de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation	Personnes sans domicile ayant besoin de soins sans relever d'une hospitalisation. Aucune condition administrative. Ouverts 24h/24h et 365 jours par an, les LHSS sont accessibles aux personnes handicapées	La durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder deux mois, mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie et de la possibilité d'une solution pour la sortie	La définition de l'implantation de ces structures reste souple. Selon les besoins, les lits peuvent être regroupés en un lieu unique ou installés dans différents sites, que ces derniers soient ou non exclusivement dédiés à cette activité
LOGEMENT	Résidences sociales "classiques"	Offrir une modalité de logement collectif (associant logements privatifs et espaces collectifs) temporaire meublé à des personnes en difficulté sociale et/ou économique dans une catégorie spécifique de logements-foyers que constituent les résidences sociales	Personnes en difficulté sociale et/ou économique ayant un besoin de logement temporaire lié à la mobilité ou dans l'attente d'un logement durable, en capacité d'occuper un logement autonome avec, si besoin seulement, un accompagnement léger	1 mois renouvelable sans limitation de durée mais vocation d'accueil temporaire rappelée généralement dans le projet social (accueil variant selon les situations entre 1 mois et 2 ans)	Il s'agit d'une modalité de logement meublé associant logements privatifs, espaces collectifs et service collectifs
	Pension de famille	Principalement des personnes isolées, très désocialisées, fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergement provisoire. Autant que possible, les publics doivent présenter des profils et parcours variés pour dynamiser la vie interne de l'établissement	Accueil sans limitation de durée. Le principe de la pension de famille est de proposer un habitat pérenne	Accueil sans limitation de durée de personnes au faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont l'accès à un logement autonome apparaît difficile à court terme, sans relever, toutefois, de structures d'insertion de type CHRS	Structure de taille réduite comportant entre 20 et 25 logements, alliant logements privatifs et espaces collectifs
	Logement en sous-location	Sécuriser la relation entre propriétaire (dans le parc public ou privé) et locataire par l'intermédiaire d'un tiers. L'objectif final de cette procédure est de faire accéder le sous-locataire à un statut de locataire	Ménages défavorisés	Bail de sous-location à durée déterminée. Ce bail peut, soit glisser vers un bail classique, soit constituer une réponse temporaire avant l'accès à un autre logement	Logements des parcs privés et publics mobilisés par les organismes qui louent des logements en vue de les sous-louer à des ménages défavorisés
	Gestion locative adaptée (avec intermédiation locative)	Rôle de médiation envers les propriétaires bailleurs pour permettre l'accueil de ménages défavorisés tant en ce qui concerne leur solvabilité que leur accompagnement social	Ménages défavorisés, en difficulté d'insertion économique, sociale, administrative	Durée du bail	Gérer des logements appartenant à des propriétaires privés et les louer à des ménages ayant des difficultés financières et sociales

(34)

Foyer jeunes Travailleurs	Accueil des jeunes en cours d'insertion sociale et professionnelle dans une résidence adaptée à leurs besoins avec des services d'ordre socio-éducatif.	Jeunes de 16 – 25 ans en cours d'insertion sociale et professionnelle ; élargissement aux 25-30 ans mais de façon limitée.	1 mois tacitement renouvelable sans limitation de durée.	Chambres ou logements et espaces collectifs dans un foyer intégré, ou dans un foyer-soleil Forme d'habitat combinant unité centrale avec services et espaces collectifs, et logements disséminés à proximité dans le diffus.
Foyer travailleurs Migrants	Initialement accueillir des travailleurs immigrés. Cependant des personnes en situation d'exclusion peuvent désormais être accueillies dans les foyers qui comportent des places ou logements vacants.		1 mois tacitement renouvelable sans limitation de durée.	Chambres ou logements et espaces collectifs.
Logement-foyer pour personnes handicapées	Établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective. Il est recensé quatre grands types de structures d'hébergement en logement-foyer des personnes handicapées : les foyers d'hébergement, les foyers de vie ou occupationnels, les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les			Structures d'hébergement collectives

	maisons d'accueil spécialisé (MAS).			
Logement-foyer pour personnes âgées	<p>Établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective.</p> <p>Traditionnellement orientés sur l'accueil de personnes âgées autonomes, les logements-foyers recourent aujourd'hui des réalités différentes : les établissements médicalisés (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes-EHPAD) sont aussi considérés, juridiquement, comme des logements-foyers.</p>		1 mois tacitement renouvelable sans limitation de durée à la seule volonté de la personne logée.	Structures d'hébergement collectives : chambres ou logements privatifs et espaces collectifs.
Résidence accueil	<p>C'est une formule de maisons relais dédiée aux personnes souffrant d'un handicap psychique qui prévoit un partenariat formalisé avec des équipes de soins et d'accompagnement social et médico-social adapté. Le projet social s'articule autour d'un triptyque : présence d'un hôte,</p>	<p>Personnes handicapées psychiques stabilisées, sans critère d'âge, au faible niveau de ressources, en situation d'isolement ou d'exclusion sociale et suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un</p>	Accueil sans limitation de durée.	Structure de taille réduite, comportant entre 10 et 25 logements autonomes alliant logements privatifs et espaces collectifs. Présence d'un hôte (ou couple d'hôtes), en journée, ayant une qualification ou une expérience dans le secteur social et de l'insertion.

	accompagnement social et accompagnement sanitaire.	accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin.		
--	--	--	--	--

## Références bibliographiques :

1. Principaux repères sur le surpoids et l'obésité <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>
2. The GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. The New England Journal Of Medicine 2017 ; 377 (1) : 13-27.
3. Etude ESTBAN 2014-2016. <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Etude-ESTEBAN-2014-2016-Chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>.
4. Epidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. Matta J, Carette C, Rives Lange C, Czernichow S
5. La précarité, un facteur déterminant de l'obésité [https://www.myscience.ch/fr/news/2017/la\\_prekarite\\_un\\_facteur\\_determinant\\_de\\_l\\_obesite-2017-epfl](https://www.myscience.ch/fr/news/2017/la_prekarite_un_facteur_determinant_de_l_obesite-2017-epfl)
6. Répartition de l'obésité dans la ville de Lausanne [https://www.iumpsp.ch/sites/default/files/field/image/obesite\\_lausanne\\_2.jpg](https://www.iumpsp.ch/sites/default/files/field/image/obesite_lausanne_2.jpg)
7. Harvard Medical School. Obesity affects One-Third of US homeless. <https://scitechdaily.com/obesity-affects-one-third-of-us-homeless/>
8. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2015 ; 36-37 : 662-670.
9. Le recours au soin des dans-domicile [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er-recours\\_aux\\_soins\\_sd-v4-0409.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er-recours_aux_soins_sd-v4-0409.pdf)
10. Impact de la précarité sur l'obésité dans la filière surcharge pondérale du service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques du CHU de Bordeaux  
C.LoddoR.AmourA.TabarinM.MonsaingeonB.Gatta-Cherifi
11. Enquête sur la perception des discriminations par les demandeurs d'emploi [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2353-1-study\\_file.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2353-1-study_file.pdf)

12. Alimentation et état nutritionnel des personnes bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2 2011-2012 évolution par rapport à 2004-2005  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/2013-abena2-rapport.pdf>
13. Etude ABENA 2 (<https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/etude-abena-2>)
14. Focus- Les sans domicile en France <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/les-sans-domicile-en-france/>
15. Cadre légal de la recherche médicale en France <https://www.cnil.fr/fr/recherche-medicale-quel-est-le-cadre-legal>
16. « L'hébergement des sans domiciles en 2012 » INSEE PREMIERE n°1455 paru le 02/07/2013  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324#titre-bloc-3>
17. Les sans domiciles en 2012 une grande diversité de situations <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>
18. Prévalence de l'obésité dans le monde <https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2228&r=eu&l=fr>
19. « Comprendre l'obésité en Afrique : poids du développement et des représentations » Revue médicale Suisse 2014 Drs Jorge Correia et Zoltan Pataky Pr Alain Golay [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/enseignement\\_therapeutique\\_pour\\_maladies\\_chroniques/obesite\\_en\\_afrique.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/enseignement_therapeutique_pour_maladies_chroniques/obesite_en_afrique.pdf)
20. L'obésité augmente le risque de fumer <https://destinationsante.com/lobesite-augmente-le-risque-de-fumer.html>
21. Mortalité des personnes sans domicile en France en 2017  
[http://www.mortdelarue.org/IMG/pdf/Rapport\\_2017\\_Mis\\_en\\_PAGE\\_a\\_Imprimer.pdf](http://www.mortdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_2017_Mis_en_PAGE_a_Imprimer.pdf)
22. revue du praticien janvier 2013 vol 63 Prise en charge médicosociale des personnes sans domicile fixe Pierre Francès\*, Pascale Daguzan\*\*, Serge Bismuth\*\*
23. collège des enseignants de pneumologie Item 73 Tabac
24. Lutte contre le tabagisme <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
25. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé BEH 14-15 28 mai 2018
26. Le Tabac : un marqueur social [https://www.inegalites.fr/Tabac-un-marqueur-social?id\\_theme=19](https://www.inegalites.fr/Tabac-un-marqueur-social?id_theme=19)

- 27.SAMENTA - Etude transversale sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de-France  
<https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/471925/filename/Samenta.pdf>
- 28.« L'alcoolisation des personnes sans domicile : un stéréotype remis en cause » François Beck, Stéphane Legleye et Stanislas Spilka Economies et statistiques n°391-392-2006  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1376423?sommaire=1376427>
- 29.Ivresse de la rue : l'alcoolisation des personnes sans domicile fixe [https://www.cairn.info/sortir-l-alcoolique-de-son-isolement--9782804163853-page-81.htm?try\\_download=1&contenu=plan#s1n4](https://www.cairn.info/sortir-l-alcoolique-de-son-isolement--9782804163853-page-81.htm?try_download=1&contenu=plan#s1n4)
30. Addiction à l'alcool Item 45 [https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/Abrege-HGE/abrege-hge-cd\\_2015\\_chap01\\_item74\\_ue3.pdf](https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/Abrege-HGE/abrege-hge-cd_2015_chap01_item74_ue3.pdf)
31. The Emerging Link Between Alcoholism Risk and Obesity in the United States. Arch GenPsychiatry. 2010;67(12):1301-1308. oi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.155
32. Addiction au cannabis, aux opiacés, aux amphétamines et aux drogues de synthèse  
<http://www.cunea.fr/sites/default/files/ecn76.pdf>
33. « Quand le poids influence la santé mentale et réciproquement »Revue médicale suisse n°555  
<https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-555/Quand-le-poids-influence-la-sante-mentale-et-reciproquement>
- 34.Présentation des principaux dispositifs d'hébergement  
[https://www.federationsolidarite.org/images/stories/2\\_les\\_actions/accueil\\_et\\_hebergement/actualit%C3%A9s/Annexe\\_4\\_Presentation\\_des\\_principaux\\_dispositifs.pdf](https://www.federationsolidarite.org/images/stories/2_les_actions/accueil_et_hebergement/actualit%C3%A9s/Annexe_4_Presentation_des_principaux_dispositifs.pdf)
- 35.Guide des dispositifs de logement  
[https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_des\\_dispositifs\\_hebergement\\_logement\\_cle7dd151.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/guide_des_dispositifs_hebergement_logement_cle7dd151.pdf)
36. Les addictions dans le programme « un chez soi d'abord »<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmmz9.pdf>
37. Le recours aux prestations et services de protection sociale des personnes sans domicile Anne Legal (drees) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier2.pdf>
38. » Un sans-abri sur dix n'a aucune couverture sociale »<https://www.mutualite.fr/actualites/un-sans-abri-sur-dix-na-aucune-couverture-sociale/>
40. A propos des maladies cardio-vasculaire OMS  
[https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/about\\_cvd/fr/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/fr/)

41. Facteurs de risques cardio-vasculaires [http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio\\_129/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_129/site/html/cours.pdf)
42. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 <https://www.em-consulte.com/article/83321/prevalence-et-comorbidite-des-troubles-psychiatrig>
43. « Effets métaboliques et endocriniens des antipsychotiques atypiques » Revue médicale Suisse 2003 <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2432/22980>
44. Prise en charge de l'obésité des personnes sous traitement psychiatrique Dr JESUS Pierre, Nutritionniste, CSO CHU Limoges Mme HUMEL Martine, Diététicienne, CHS Esquirol Dr ARNAUD Laurent, Pharmacien, CHS Esquirol <http://m.linut.fr/sites/default/files/files/Diaporamas/2014/10e%20j%20InterCLAN%202014/PEC%20de%20l'Ob%C3%A9sit%C3%A9%20des%20pers%20sous%20ts%20psychiatriques%20-%20Dr%20JESUS-Dr%20ARNAUD-M%20HUMEL.pdf>
45. Antipsychotiques et prise de poids Michal Smogur Division de pharmacologie et toxicologie clinique CHUV de Lausanne PHARMA FLASH Volume 36 n°2 2009 [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie\\_et\\_toxicologie\\_cliniques/documents/2009\\_36\\_2.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/2009_36_2.pdf)
46. Quand le poids influence la santé mentale... et réciproquement » Drs LOÏCK LOCATELLI , LEILA BOULANOUAR , ZOLTAN PATAKY , Pr ALAIN GOLAY Revue Médicale Suisse 2017 ; 13 : 642-6
47. Épidémiologie et physiopathologie de l'obésité Z. FARAH, L. LUCAS-MARTINI, A. BASDEVANT \* (Paris)
48. SURPOIDS, REGIMES AMAIGRISSANTS ET PRODUITS MINCEUR : EVALUATIONS, MISES EN GARDE ET CONSEILS DU PHARMACIEN D'OFFICINE [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA\\_T\\_2016\\_UNLU\\_NURGUL.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2016_UNLU_NURGUL.pdf)
49. Physiopathologie de l'obésité. Facteurs nutritionnels et régulation de la balance énergétique. Drs Ziegler O<sup>1</sup>, Quilliot D, Guerci B <https://www.lissa.fr/rep/articles/11148332>
50. Obésité : une maladie des tissus adipeux <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
  
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
  
- *Admis (e) dans 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 le crime.*
  
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

## **Résumé :**

**Titre :** Prévalence de l'obésité dans une population de patients sans domicile fixe des Pyrénées Orientales

**Introduction :** L'obésité est une problématique de santé publique majeure. Plusieurs études suggèrent que, contrairement aux idées reçues, les populations de personnes sans domicile fixe seraient également touchées par ce phénomène. Nous nous interrogeons sur l'importance de l'obésité au sein d'une population de personnes sans domicile des Pyrénées Orientales.

**Matériel et méthodes :** Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale, rétrospective et multicentrique. Les sujets inclus étaient les patients sans domicile fixe ayant bénéficié d'une consultation de médecine générale dans deux centres d'hébergement de SDF au cours de l'année 2015. L'objectif principal était de comparer la proportion de patients obèse dans notre population et dans la population générale. La valeur de référence était la prévalence de l'obésité établie à 17% par l'étude ESTEBAN menée par Santé Publique France entre 2014 et 2016. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation des caractéristiques associées à l'obésité et l'étude des comorbidités.

**Résultats :** La prévalence de l'obésité au sein de notre population d'étude était de 32%. Elle était statistiquement supérieure à la prévalence de l'obésité dans la population générale. Les caractéristiques associées observées ont permis d'établir des facteurs « protecteurs » (sexe féminin, origine européenne, exogénose chronique, hébergement d'insertion, bénéficiaire de la CMU ou de la sécurité sociale) et un facteur « délétère » (origine africaine).

**Conclusion :** L'obésité touche massivement la population de sans domicile étudiée et la littérature suggère que ce fait serait généralisable au plan national et international. Cette notion éclaire d'une nouvelle lumière la question de la nutrition et du suivi des personnes sans domicile.

**Mots-clés :** Sans domicile fixe ; précarité ; obésité ; caractéristiques ; comorbidités ; hébergement ; protection sociale ; soins primaires ;