



HAL
open science

Abord du poids et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la Ville de Montpellier. Projet Formation et Éducation Thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux Précaires (FETOMP)

Alice Vuillot

► To cite this version:

Alice Vuillot. Abord du poids et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité en médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la Ville de Montpellier. Projet Formation et Éducation Thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux Précaires (FETOMP). Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03046668

HAL Id: dumas-03046668

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03046668>

Submitted on 8 Dec 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-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Alice VUILLOT

le 17 septembre 2020

**Abord du poids et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité
en médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la Ville de Montpellier**

**Projet Formation et Education Thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux
Précaires (FETOMP)**

Directeur de thèse : Dr Yannick BARNIER

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs : Pr Ariane SULTAN
Dr Agnès OUDE ENGBERINK
Dr Yannick BARNIER

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Alice VUILLOT

le 17 septembre 2020

**Abord du poids et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité
en médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la Ville de Montpellier**

**Projet Formation et Education Thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux
Précaires (FETOMP)**

Directeur de thèse : Dr Yannick BARNIER

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs : Pr Ariane SULTAN
Dr Agnès OUDE ENGBERINK
Dr Yannick BARNIER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIÉ Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	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
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
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
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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 et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
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
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
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
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
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	Médecine d'urgence
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	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
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
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
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	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Merci aux membres de mon jury :

Au Professeur Philippe Lambert, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail.

Au Professeur Ariane Sultan, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'avoir pris le temps de juger ce travail.

Au Docteur Agnès Oude Engberink, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et d'avoir pris le temps de juger ce travail.

Au Docteur Yannick Barnier, je te remercie de m'avoir permis de participer au projet FETOMP et d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour le temps que tu m'as accordé et pour les discussions toujours enrichissantes autour de cette thèse.

Merci à ceux qui ont participé à ce travail :

Aux méthodologistes du CHU de Nîmes, pour m'avoir donné les bases pour structurer ce travail de thèse et m'avoir guidé dans l'analyse statistique.

Aux partenaires strasbourgeois du projet FETOMP, pour leur formation à la méthodologie de cette étude.

A l'équipe montpelliéraine du projet FETOMP, pour ce recueil de données en commun et pour nos échanges.

Aux médecins généralistes qui nous ont accueillis au sein de leur cabinet et aux patients qui ont accepté notre présence en consultation, rendant ce travail possible.

Merci à ceux qui ont participé à ma formation :

Au Docteur Roux, au Docteur Leroux, au Docteur Puel et au Docteur Pascal, merci pour votre accueil au sein de vos cabinets respectifs, pour m'avoir fait découvrir la médecine générale en milieu rural et m'avoir conforté dans mon choix d'exercer en cabinet de médecine générale.

A toute l'équipe de Quoi de Neuf et Avicenne, merci pour votre accueil chaleureux, pour les discussions et les rencontres sur les routes des Cévennes qui m'ont apporté une meilleure appréhension de la précarité. Cette expérience à vos côtés a été très enrichissante humainement.

Aux médecins et aux équipes soignantes rencontrées au cours de mes études, pour tout ce que j'ai appris à leur côté et qui a façonné le médecin que je suis aujourd'hui.

Merci aux belles rencontres de mon internat :

A Manon, pour les séances piscine et les « Mascottes au Nutella » à Carcassonne, pour m'avoir hébergée lors de mes passages à Montpellier pour cette thèse.

A Céline, pour ta bonne humeur et le rire qui te caractérise ! Pour la découverte de la Réunion avec toi et Loïc.

A Maëlane et Davy, pour les après-midi et soirées jeux de société.

A Clément, pour avoir rendu le passage à l'internat du Grau du Roi plus vivant.

A Mélanie, pour ces nombreux cours passés à tes côtés et finalement ce semestre d'internat ensemble.

A Géraldine, pour nos séances sportives et nos trajets en covoiturage entre la Lozère et Montpellier.

A Lucille, pour nos balades les pieds dans l'eau, pour avoir profité ensemble de ce dernier semestre au soleil. Merci pour ton soutien lors de la réalisation de cette thèse !

Merci aux amis de Poitiers :

A Aurélie, Elodie, Marie et Pauline, pour avoir été là en dehors de la médecine pour me changer les idées, et pour garder le contact depuis. A Aurélie, pour toujours essayer de se voir malgré la distance. A Pauline, pour les nombreuses conversations téléphoniques.

A Julien, pour ces années d'externat ensemble, entre révisions et détente.

Merci à ma famille :

A mes parents et à mon frère Antoine, pour être présents à toutes les étapes de ma vie, pour votre soutien, je ne serais pas arrivée jusque-là sans vous.

A toute ma famille, mes grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, et à la famille de Nelson, pour toutes les réunions familiales qui font du bien.

A Nelson, pour ta patience et ton soutien pendant ce long travail de thèse, pour ton aide dans la relecture. Merci de me donner confiance en moi. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	15
TABLE DES MATIERES.....	17
ABREVIATIONS	19
1. INTRODUCTION.....	20
1.1. Surpoids et obésité	20
1.1.1. Epidémiologie.....	20
1.1.2. Définition.....	20
1.1.3. Causes.....	21
1.1.4. Conséquences	22
1.2. Précarité	23
1.2.1. Précarité et obésité	23
1.2.2. Effet quartier	23
1.2.3. Quartiers prioritaires de la politique de la ville	24
1.2.4. Le cas de la ville de Montpellier	24
1.3. Prise en charge de l'obésité en France.....	25
1.3.1. Politique de santé publique	25
1.3.2. Recommandations médicales	26
1.3.3. Rôle du médecin généraliste.....	27
1.3.4. Difficultés.....	28
1.4. Le projet FETOMP	31
1.5. Justification de la recherche	31
2. MATERIEL ET METHODES	33
2.1. Le projet FETOMP	33
2.1.1. Population étudiée	34
2.1.2. Nombre de sujets nécessaires	34
2.1.3. Recueil des données.....	34
2.1.4. Enregistrement des données	37
2.1.5. Comité d'éthique.....	38
2.2. Description de la méthodologie propre à notre étude	38
2.2.1. Population étudiée	38
2.2.2. Recueil des données.....	39
2.2.3. Analyse statistique	41

3. RESULTATS.....	42
3.1. Caractéristiques des médecins étudiés	42
3.2. Population générale	43
3.2.1. Caractéristiques de la population étudiée	43
3.2.2. Caractéristiques des consultations où le sujet du poids est abordé	47
3.2.3. Caractéristiques des consultations où l'IMC est calculé	49
3.3. Etude de l'abord du poids dans la population en surcharge pondérale	50
3.3.1. Temps accordé au sujet du poids.....	50
3.3.2. Qui aborde le sujet du poids ?	53
3.3.3. Comment est abordé le sujet du poids ?	54
3.3.4. Prise en charge pondérale proposée par le médecin	59
4. DISCUSSION	62
4.1. Méthodologie de l'étude	62
4.1.1. Atouts	62
4.1.2. Limites	63
4.2. Population étudiée	64
4.3. Dépistage de la surcharge pondérale en consultation de médecine générale : abord du poids et calcul de l'IMC.....	66
4.4. La prise en compte de la surcharge pondérale en consultation de médecine générale.....	71
4.4.1. Temps accordé au sujet du poids.....	71
4.4.2. Qui aborde le sujet du poids et par quels moyens ?.....	72
4.4.3. La prise en charge de la surcharge pondérale en médecine générale	73
5. CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES	85
Annexe 1 - Score EPICES	85
Annexe 2 - Grille ECOGEN.....	86
Annexe 3 - Classification CISP-2.....	87
Annexe 4 - Feuille de recueil qualitatif	89
Annexe 5 - Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée	90
RESUME.....	93

ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CES : Centres d'Examens de Santé

CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation des CES

CISP-2 : Classification Internationale des Soins Primaires - 2

DMG : Département de Médecine Générale

ECOGEN : Éléments de la COnsultation en médecine GENérale

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

FETOMP : Formation et Education Thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux Précaires

HAS : Haute Autorité de Santé

ICPC : International Classification of Primary Care

IDM : Infarctus Du Myocarde

IMC : Indice de Masse Corporelle

ObÉpi : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PNNS : Programme National Nutrition Santé

QPV : Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation Mondiale des Associations Académiques des Médecins de Famille)

1. INTRODUCTION

1.1. Surpoids et obésité

1.1.1. Epidémiologie

L'obésité est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une maladie depuis 1997. Il s'agit d'une épidémie mondiale qui existe aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement et qui touche les enfants comme les adultes (1).

Dans le Monde, en 2016, 1,9 milliards d'adultes sont en surpoids, et parmi eux 650 millions sont en situation d'obésité. Cela correspond à 39% d'adultes en surpoids et 13% en situation d'obésité au niveau mondial (2).

En France, d'après l'étude déclarative ObÉpi réalisée sur un échantillon de 25 714 adultes en 2012, la prévalence du surpoids est de 32,3% (38,8% des hommes, 26,3% des femmes) et celle de l'obésité est de 15% (14,3% des hommes, 15,7% des femmes) (3).

Ces chiffres sont globalement concordants avec ceux de l'étude de Matta *et al.* de 2016 réalisée auprès de 28 895 adultes de 30 à 69 ans, cette fois avec des données anthropométriques mesurées, qui estime la prévalence du surpoids à 41% chez les hommes et 25,3% chez les femmes et celle de l'obésité à 15,8% chez les hommes et 15,6% chez les femmes (4).

Ces données montrent qu'un français sur deux est en surcharge pondérale, avec une prédominance masculine du surpoids.

De plus, il y a une forte évolution de la prévalence de l'obésité depuis 1997, avec une augmentation de 8,5% à 15% des français en situation d'obésité, soit une hausse de 76% en 15 ans. Cependant la prévalence de l'obésité a tendance à se stabiliser puisqu'il n'y a pas eu d'augmentation significative entre 2009 (14,5%) et 2012 (15%) (3).

En Languedoc Roussillon, 15,6% des adultes sont en situation d'obésité en 2012, légèrement au-dessus de la moyenne nationale (3).

1.1.2. Définition

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'OMS comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé.

L'indice de Masse Corporelle (IMC) correspond au poids (en kg) divisé par la taille (en m) au carré. Il est utilisé en pratique clinique afin d'estimer si un adulte est en surpoids ou en situation d'obésité. Un adulte est considéré en surpoids si son IMC est ≥ 25 kg/m² et en situation d'obésité si son IMC est ≥ 30 kg/m² (2). La Figure 1 montre la classification pondérale des individus adultes en fonction de leur IMC.

Figure 1 - Classification pondérale en fonction de l'IMC chez l'adulte

Classification	IMC (kg/m²)
Insuffisance pondérale	< 18,5
Eventail normal	18,5 - 24,9
Surpoids	≥ 25
Obésité	≥ 30
- obésité classe I, modérée	30 - 34,9
- obésité classe II, sévère	35 - 39,9
- obésité classe III, très sévère	≥ 40

1.1.3. Causes

L'obésité est une maladie multifactorielle résultant de l'interaction de facteurs environnementaux et génétiques. On différencie plusieurs types d'obésité en fonction de l'importance de la place des gènes et de l'environnement dans leur développement :

- les obésités monogéniques ou syndromiques, liées à la mutation de gènes ayant un fort impact sur le développement de l'obésité, sont très rares et généralement très sévères, débutant dans l'enfance ;
- les obésités secondaires, conséquences de maladies endocriniennes ou du système nerveux central ou de la iatrogénie ;
- l'obésité commune, polygénique, liée à des gènes ayant un faible impact sur le poids qui peuvent entraîner une obésité en présence de facteurs environnementaux favorisant, est la plus fréquente (5,6).

Le mécanisme conduisant à la prise de poids est un déséquilibre de la balance énergétique entre calories consommées et dépensées.

Les facteurs favorisant la prise de poids sont multiples (7) : apports énergétiques excessifs, sédentarité, arrêt/réduction de l'activité physique ou sportive, arrêt du tabac, consommation

d'alcool, iatrogénie, facteurs génétiques, antécédents familiaux d'obésité, grossesse, ménopause, troubles du comportement alimentaire, troubles anxio-dépressifs, périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale, facteurs professionnels, diminution du temps de sommeil...

1.1.4. Conséquences

L'obésité est une maladie chronique qui peut avoir des complications systémiques sur l'ensemble des organes (8). C'est un facteur de risque majeur pour certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques et les cancers (2).

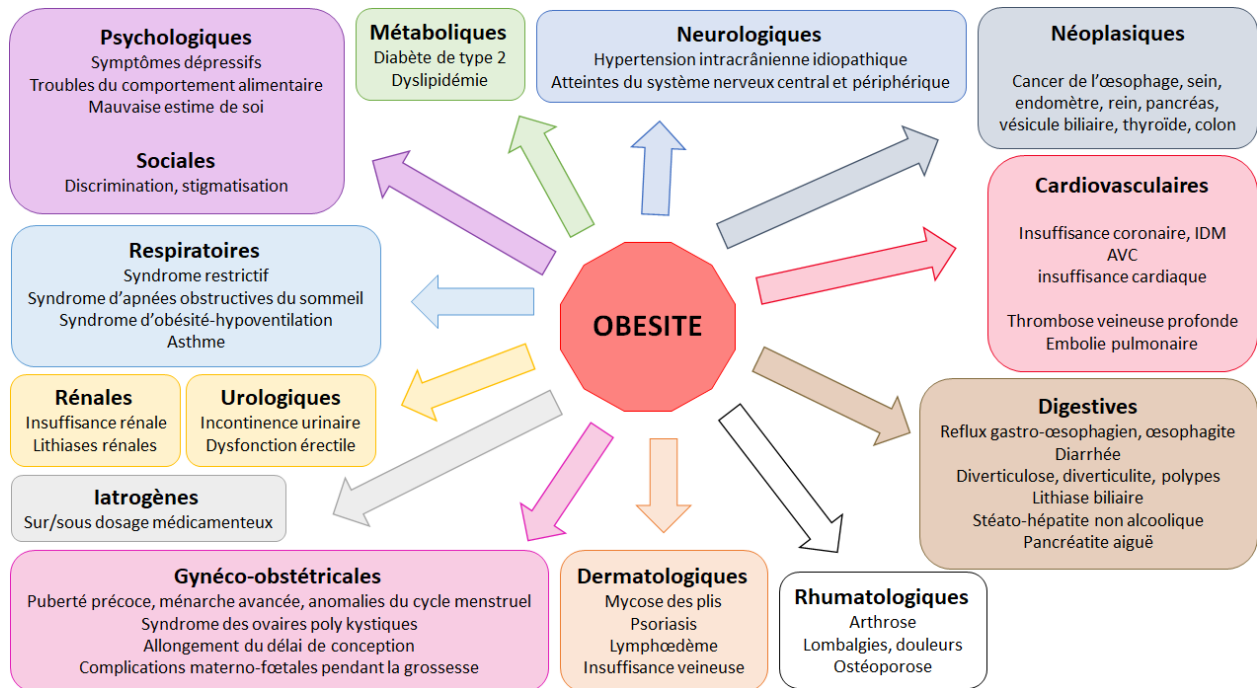
L'excès de masse grasse entraîne des complications somatiques par deux mécanismes :

- les facteurs mécaniques et hémodynamiques, qui sont en cause dans la survenue du syndrome d'apnée du sommeil, du syndrome obésité-hypoventilation, de l'arthrose du genou, des atteintes cutanées et veineuses et de l'incontinence urinaire ;
- les propriétés sécrétoires du tissu adipeux, notamment viscéral, qui sont responsables d'une insulino-résistance et d'une inflammation chronique de bas grade. Cela favorise la survenue du diabète, de l'hypertriglycéridémie, de la stéatose hépatique non alcoolique. La graisse abdominale est associée à un risque de complications cardiovasculaires et métaboliques indépendamment de l'IMC.

Parmi les complications non somatiques de l'obésité il y a les complications psychologiques, sociales et économiques (8).

L'ensemble des complications de l'obésité est détaillé dans la Figure 2.

Figure 2 - Conséquences de l'obésité



1.2. Précarité

1.2.1. Précarité et obésité

L'obésité touche particulièrement les populations précaires. Il existe une relation inversement proportionnelle entre niveau de revenus du foyer et prévalence de l'obésité. En France, en 2012, la prévalence de l'obésité est de 24,1% au sein des foyers ayant moins de 1 200 euros de revenus par mois, contre 8,3% quand les revenus sont supérieurs à 3 800 euros (3).

1.2.2. Effet quartier

On retrouve en France une ségrégation spatiale des groupes sociaux avec un « effet quartier » qui semble, en plus des caractéristiques socio-économiques individuelles, avoir des conséquences sur l'état de santé des individus, et pourrait également influencer l'activité médicale. Ainsi, à niveau socio-économique identique, plus les personnes vivent dans un quartier où le niveau socio-économique est bas, plus la probabilité qu'elles se déclarent en mauvaise santé est élevée (9).

1.2.3. Quartiers prioritaires de la politique de la ville

La loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine de 2014 (10) a redéfini la géographie de la politique de la ville en créant les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) à la place des Zones Urbaines Sensibles et des Zones de Redynamisation Urbaines.

Ces QPV sont tous situés en milieu urbain et sont caractérisés par :

- un nombre minimum d'habitants ;
- un écart de développement économique et social (par rapport au territoire national et à l'unité urbaine dans laquelle il se situe) apprécié par un critère de revenu des habitants.

Les périmètres des QPV sont fixés pour la métropole par le décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 (11), rectifié par le décret n° 2015-1138 du 14 septembre 2015 (12).

On compte 1 296 QPV en métropole, au sein desquels vivent 4,8 millions de personnes (13).

L'objectif de la définition des QPV est de concentrer les moyens sur les territoires qui en ont le plus besoin, pour réduire les écarts de développement entre les quartiers défavorisés et leur unité urbaine afin d'améliorer la qualité de vie de leurs habitants (14).

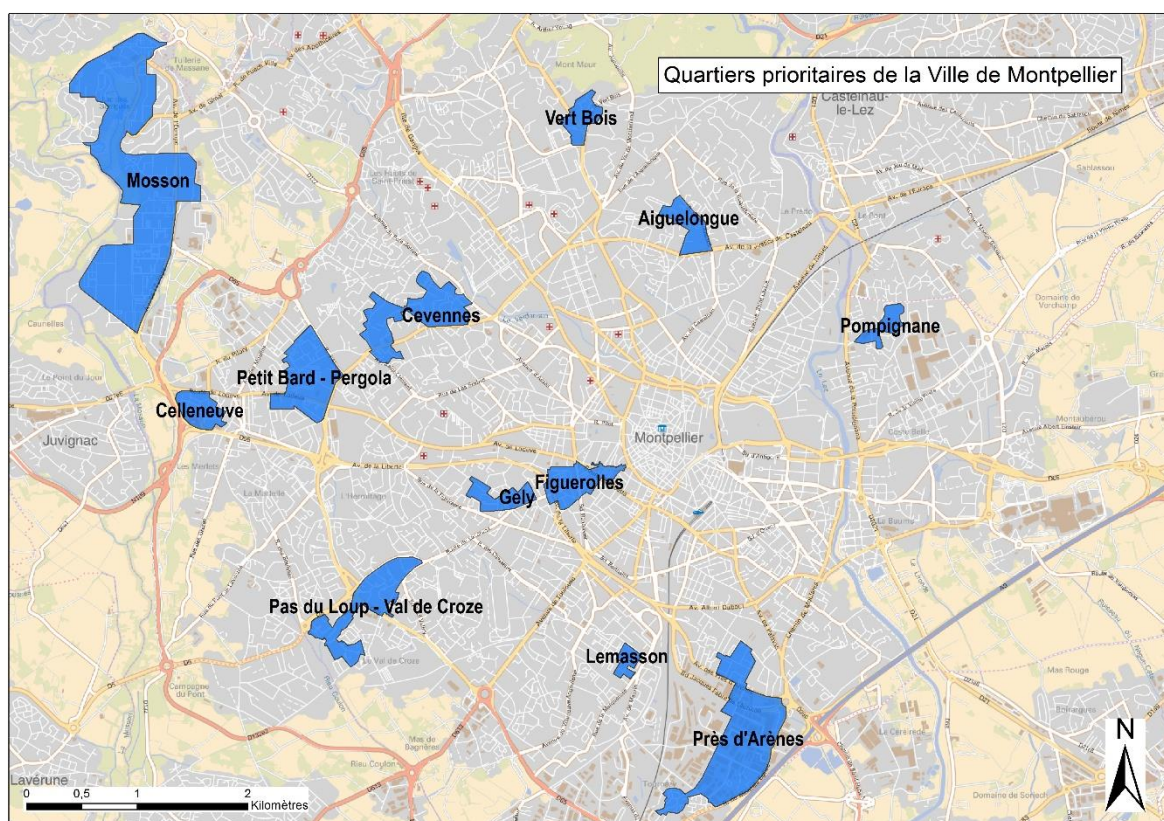
L'intervention des pouvoirs publics dans ces quartiers est formalisée par les contrats de ville qui reposent sur trois piliers :

- le développement économique et de l'emploi ;
- la cohésion sociale ;
- l'amélioration du cadre de vie (14).

1.2.4. Le cas de la ville de Montpellier

Sur le territoire de la ville de Montpellier, douze quartiers ont été retenus comme prioritaires dans le cadre de la politique de la ville et classés en QPV (Figure 3) : Pompignane, Aiguelongue, Vert-Bois, Celleneuve, Petit Bard – Pergola, Cévennes, Mosson, Pas de Loup – Val de Croze, Gély, Figuerolles, Lemasson et Près d'Arènes. Ils regroupent 52 400 des 272 000 habitants de Montpellier selon les chiffres de 2013 (15).

Figure 3 - Quartiers prioritaires de la politique de la ville de Montpellier



Il y a au moins un médecin généraliste dans les quartiers de Pompignane, Aiguelongue, Vert-Bois, Petit Bard - Pergola, Cévennes, Mosson, Pas du Loup - Val de Croze, Gély, Figuerolles. Par contre aucun médecin généraliste n'est installé dans les quartiers de Celleneuve, Lemasson et Près d'Arènes (15).

1.3. Prise en charge de l'obésité en France

1.3.1. Politique de santé publique

Devant l'augmentation croissante de la prévalence de l'obésité et la prise de conscience de ses multiples conséquences sur la santé, les pouvoirs publics se sont saisis de ce problème de santé publique. Leur objectif est de mettre en place une prise en charge efficace de l'obésité à travers sa prévention et une intervention précoce dans l'histoire de la maladie.

Ainsi, le plan obésité 2010-2013 propose une stratégie en quatre axes (16) :

- Axe 1 : Améliorer l'offre de soin et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte.

- Axe 2 : Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique.
- Axe 3 : Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations.
- Axe 4 : Investir dans la recherche.

Ce plan met notamment en avant l'importance de renforcer le rôle du médecin traitant dans l'organisation du parcours de soins dans le cadre de la prise en charge de l'obésité.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) reconduit pour la période 2018-2022 fixe des objectifs chiffrés à atteindre chez l'adulte en terme :

- de diversité de la consommation alimentaire : liste des aliments/nutriments à privilégier dans l'alimentation et de ceux dont il faut diminuer la consommation ;
- de qualité de l'alimentation : diminuer la consommation des produits ultra-transformés et augmenter celle des aliments bio ;
- d'activité physique ;
- de prévalence du surpoids, de l'obésité et de la dénutrition (17).

Dans certains cas des objectifs particuliers pour des populations vulnérables ont été définis.

Pour atteindre ces objectifs, une campagne de communication a été mise en place avec des affiches, des guides sur la nutrition et l'activité physique destinés au grand public... Toutes ces informations sont regroupées sur le site www.mangerbouger.fr qui fait l'objet d'une communication importante, en particulier sur les publicités pour les produits alimentaires.

1.3.2. Recommandations médicales

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en septembre 2011 des recommandations sur la prise en charge médicale de premier recours du surpoids et de l'obésité chez les personnes adultes (7).

Le dépistage de l'excès de poids est très codifié :

- pesée régulière et au mieux à chaque consultation par le médecin généraliste ;
- mesure de la taille lors de la première consultation ;
- inscription du poids et de la taille dans le dossier du patient pour calculer l'IMC et suivre son évolution ;
- calcul de l'IMC quel que soit le motif de consultation.

Une attention particulière doit être portée à la tranche d'âge 25-34 ans et aux personnes issues de milieux défavorisés (surtout pour les femmes).

Le diagnostic du surpoids et de l'obésité repose sur le calcul de l'IMC.

Le suivi recommandé pour un patient en excès de poids est une prise en charge spécifique par le médecin de premier recours lors de consultations dédiées avec un suivi programmé.

Il est recommandé que le bilan initial :

- recherche les causes de l'excès pondéral : recherche de facteurs favorisants, de troubles du comportement alimentaire, d'une iatrogénie ; réalisation de l'anamnèse pondérale ; évaluation de l'activité physique, de l'activité sédentaire et de l'alimentation ;
- évalue la perception qu'a le patient de son excès de poids, son vécu, sa motivation au changement ;
- recherche les éventuelles conséquences somatiques et/ou psycho-sociales.

L'objectif thérapeutique chez les personnes en surpoids est de prévenir une prise de poids supplémentaire, voire de réduire le tour de taille si celui-ci est trop élevé ou s'il y a des comorbidités associées. Pour les personnes en situation d'obésité, l'objectif est d'avoir une perte de 5 à 15% du poids initial (la stabilisation du poids étant déjà un objectif correct) et de prendre en charge les comorbidités.

La prise en charge de l'obésité recommandée est fondée principalement sur l'éducation thérapeutique, des conseils diététiques, des interventions visant l'augmentation de l'activité physique, ainsi qu'une approche psychologique et psycho-comportementale.

En cas d'échec de la prise en charge par le médecin généraliste au bout de six mois à un an, l'aide d'un professionnel de santé de deuxième recours pourra être envisagée : nutritionniste, diététicien, psychiatre, psychologue clinicien, masseur-kinésithérapeute, enseignant en activités physiques adaptées.

1.3.3. Rôle du médecin généraliste

Ces différents textes mettent en avant le rôle du médecin généraliste comme médecin de premier recours pour le dépistage, le bilan, les premières mesures thérapeutiques et le suivi du surpoids et de l'obésité (7,16). Ils insistent également sur la vulnérabilité des personnes

défavorisées vis-à-vis des problèmes de poids, ceux-ci nécessitent donc une attention particulière pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

La WONCA Europe, société européenne de médecine générale - médecine de famille, définit le médecin généraliste comme le médecin chargé de dispenser des soins globaux et continus. Ses contacts répétés avec le patient lui permettent de mettre à profit dans sa prise en charge la confiance que celui-ci lui accorde et sa connaissance des dimensions physiques, psychologique, sociale, culturelle et existentielle du patient. Il soigne ainsi les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel dans le respect de leur autonomie. Il a un rôle de promotion de la santé et une responsabilité de santé publique envers sa communauté (18).

Le médecin généraliste semble donc être le médecin privilégié pour la prise en charge d'une pathologie chronique multifactorielle telle que l'obésité, d'autant plus qu'elle est un problème de santé publique.

Les médecins généralistes sont majoritairement en accord avec cela, puisque selon une étude déclarative auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) 79% considèrent que la prise en charge de l'obésité est de leur ressort (19).

Les patients ont globalement une bonne relation avec leur médecin traitant et le considèrent comme étant le professionnel de santé le mieux placé pour aborder le sujet du poids (20). Une étude par auto-questionnaire dans des cabinets de médecine générale de la région Pays de la Loire montre que 74% des patients interrogés placent le suivi pondéral comme rôle du médecin traitant, bien que 62% n'abordent pas le sujet spontanément (21), attendant que le médecin prenne l'initiative (22).

1.3.4. Difficultés

Bien qu'ils considèrent que c'est leur rôle, l'abord du poids est jugé délicat par les médecins généralistes (23,24). Comme le dit Matthieu Burger dans sa thèse d'exercice « *Le corps appartient à la sphère de l'intime et la question du surpoids est souvent éludée en médecine générale dans l'hypothèse de garder son quant à soi* » (25). Les médecins peuvent se sentir gênés de traiter la problématique du poids car elle est en lien avec le mode de vie et la culture du patient sur lesquels ils ne se sentent pas légitime d'intervenir (23–25).

Le sujet du poids semble d'autant plus difficile à introduire que ce n'est généralement pas le motif principal de consultation des patients en médecine générale, et que la majorité des patients en situation d'obésité ne souhaitent pas en parler (22,23).

L'abord du surpoids par le médecin généraliste peut être vécu par le patient comme maladroit et blessant. Ainsi des actes simples comme la pesée et le calcul de l'IMC sont parfois perçus par le patient comme des mesures stéréotypées en lien avec une société normative (24).

Une étude portant sur des entretiens avec des patients en situation d'obésité avec un IMC > 35 kg/m² retrouve un vécu empreint de souffrance et de sentiment de jugement lors de l'abord du poids par le médecin généraliste (26).

Ce vécu négatif de l'abord du poids par le médecin généraliste découle en partie du vécu par le patient de son excès de poids.

Les personnes en situation d'obésité sont fréquemment dans la non-acceptation de leur poids, ce qui crée une souffrance et une insatisfaction de leur corps. Ces sentiments sont en partie secondaires à la pression socio-culturelle constante de notre société (20,27).

Si au Moyen âge et au cours des époques de pénurie et de disette l'obésité était un signe de vitalité, de richesse, de santé, alors que la maigreur était un signe de pauvreté et de maladie (28), ce n'est plus le cas dans notre société occidentale. La norme pondérale actuelle est la minceur, et cela nous est perpétuellement rappelé à travers les publicités, les concours de beauté ou les défilés de mode, où l'image de l'homme ou de la femme idéal(e) est celle d'une personne grande, fine et musclée.

Les personnes en situation d'obésité sont donc stigmatisées : à cause de leur apparence physique, jugée anormale dans une société où le culte de la minceur prédomine et où l'obésité est un problème de santé publique ; mais également à cause des préjugés sur leur caractère supposé, attribué en lien avec leur apparence (27). Elles souffrent de regards désapprobateurs et de moqueries (29).

Comme le dit David Le Breton dans son livre *La sociologie du corps* : « *La présentation physique de soi semble valoir socialement pour une présentation morale* » (30).

Cette stigmatisation subie par les personnes en excès pondéral est également le fait des professionnels de santé.

Selon une étude déclarative en région Languedoc Roussillon, 73% des médecins généralistes pensent que les professionnels de santé ont une attitude négative envers les patients obèses (31). 30% des médecins généralistes interrogés en région PACA déclarent avoir une image négative des personnes en surpoids ou en situation d'obésité, ils les jugent paresseuses et manquant de volonté par rapport aux personnes de poids normal (19). Ce préjugé attribuant aux personnes en excès pondéral un manque de compliance, de volonté et de motivation, est considéré comme l'un des principaux freins à la prise en charge de l'excès de poids (23,24,31,32).

La stigmatisation des personnes en excès de poids est d'autant plus importante qu'une majorité de médecins évoque en premier des facteurs internes, contrôlables par les patients, comme cause de leur excès de poids : manger trop de graisses, trop de sucre, en trop grande quantité, avoir une activité physique insuffisante. Ils minimisent le rôle de facteurs extérieurs non contrôlables (stress, chômage) (19).

Le manque de temps est un autre frein de la prise en charge du poids soulevé dans la littérature (31,32). Cependant il n'y a pas d'étude française étudiant le temps consacré à la prise en charge de l'excès de poids en consultation de médecine générale. La seule étude retrouvée sur ce sujet a été réalisée aux Etats-Unis et estime à 8% le temps attribué au surpoids et à l'obésité dans les consultations en soins primaires (33). Il s'agit d'une estimation statistique à posteriori en fonction des motifs de consultation relevés en rapport avec le poids et non d'une mesure du temps effectif accordé au poids en consultation.

Ainsi, bien que le médecin traitant semble être le professionnel le plus approprié pour aborder le sujet du poids, la littérature soulève plusieurs obstacles à la mise en œuvre de cette approche en consultation de médecine générale.

1.4. Le projet FETOMP

Initialement, le projet de recherche FETOMP (Formation et Education Thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux Précaires) est né d'une collaboration entre l'Agence Régionale de Santé Alsace et la ville de Strasbourg, suite à un appel à projet de la ville.

Huit doctorants strasbourgeois en médecine générale se sont donnés pour objectif de faire un état des lieux de la prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte dans les QPV de Strasbourg.

Un travail observationnel en consultation "tout venant" au sein de cabinets de médecine générale dans les quartiers prioritaires de la ville de Strasbourg a débuté en 2017.

Au total, 398 consultations d'adultes chez 13 médecins généralistes exerçant dans différents QPV de Strasbourg ont été observées par 8 internes en médecine générale sur une période de 8 mois entre 2017 et 2018.

Par la suite, la volonté de collaboration entre les départements de médecine générale (DMG) et de sciences humaines à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes a conduit leurs directeurs à associer les villes de Montpellier et Strasbourg dans ce projet.

1.5. Justification de la recherche

La quasi-totalité des articles étudiant l'approche du sujet du poids en médecine générale se basent sur des données déclaratives de médecins généralistes ou de patients. Seule une thèse a étudié ce sujet à partir de données de consultations (34).

Aucune étude ne s'est intéressée au temps attribué à la question du poids lors des consultations de médecine générale, alors que cela est un des freins à la prise en charge du poids par le médecin généraliste.

De plus, l'abord du poids en consultation dans les milieux défavorisés a rarement été spécifiquement étudié, alors qu'il est admis que les populations précaires sont plus touchées par l'obésité. En France, seul le projet INTERMEDE s'y est intéressé en étudiant le rôle de l'interaction médecin généraliste-patient dans les inégalités sociales de santé à travers le cas de l'obésité (35).

Dans ce travail, qui s'intègre dans le projet FETOMP de Montpellier, nous allons nous intéresser à la façon dont est abordé le sujet du surpoids et de l'obésité, quel temps y est accordé et quelle prise en charge est mise en place en consultation de médecine générale dans les quartiers prioritaires de la ville de Montpellier.

2. MATERIEL ET METHODES

Pour répondre à notre question, nous avons utilisé les données préalablement recueillies pour le projet FETOMP à Montpellier. Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale mono centrique au cours de laquelle des internes ont observé des consultations de médecins généralistes exerçant dans les QPV de Montpellier. Nous allons donc vous présenter dans un premier temps la méthodologie du projet FETOMP puis dans un deuxième temps celle propre à cette thèse.

2.1. Le projet FETOMP

Nous sommes 12 internes de médecine générale montpelliérains à avoir participé au projet FETOMP à Montpellier. Nous avons été recrutés par le Dr Barnier, chef de clinique de médecine générale, sur la base du volontariat, après diffusion d'une annonce sur le projet de recherche à tous les internes de médecine générale à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

Nous avons été formés au protocole de recherche par les créateurs et partenaires strasbourgeois du projet FETOMP, le Dr Léa Charton (chef de clinique assistante du DMG de Strasbourg) et le Dr Christian Bonah (directeur du département de sciences humaines et sociales de la faculté de médecine de Strasbourg) au cours d'une journée en septembre 2018.

Tous les médecins généralistes exerçant en QPV à Montpellier ont été sollicités début 2019 pour le recrutement dans notre étude, par appel téléphonique du Dr Barnier ou du Dr Clotet.

Les médecins ayant répondu favorablement ont ensuite été rencontrés par leur confrère universitaire à leur cabinet afin de leur présenter notre projet de façon plus complète, notamment la méthode de recueil des données et l'organisation. 12 médecins généralistes ont donné leur accord pour participer au projet. Tous savaient que l'étude s'intéressait à la médecine générale en milieu précaire, cependant ils n'étaient pas informés des données spécifiquement recueillies sur le surpoids et l'obésité, pour ne pas biaiser l'orientation des consultations.

Le recueil des données s'est étendu sur une période de 7 mois, de début février à fin août 2019.

2.1.1. Population étudiée

Notre étude s'est déroulée dans les cabinets des médecins généralistes exerçant en QPV à Montpellier ayant accepté de participer au projet FETOMP.

Etaient inclus : tous les patients consultant dans le cabinet des médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude les jours où un binôme d'interne était en observation.

Etaient exclus : les patients ayant refusé de participer à l'étude.

2.1.2. Nombre de sujets nécessaires

Le but du projet FETOMP de Montpellier était d'avoir la possibilité de comparer nos données avec celles recueillies dans le même cadre à Strasbourg. Nous avons donc décidé de recueillir des données jusqu'à avoir environ 400 consultations d'adultes comme cela a été le cas à Strasbourg.

2.1.3. Recueil des données

Recueil des données sur les patients

Le recueil des données était réalisé par binômes d'internes à l'aide des outils suivants :

Score EPICES (Annexe 1)

EPICES signifie Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé. C'est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

Le score EPICES a été élaboré en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examen de santé (CES) financés par l'Assurance Maladie, du CETAF (Centre Technique d'Appui et de Formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy. Il comportait initialement 42 questions prenant en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue.

Le score EPICES actuel comprend 11 questions binaires, sélectionnées à partir des 42 initiales. Il résume à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un

coefficient. En faisant la somme des 11 réponses on obtient un score quantitatif continu qui varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). La valeur de 30 est considérée comme le seuil de précarité selon le score EPICES (36,37).

Grille ECOGEN (Annexe 2)

Elle a été utilisée pour la première fois en 2011 pour l'étude ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GÉNÉrale. Cette étude avait pour but de répondre à la nécessité de mieux connaître le contenu de la consultation du médecin généraliste pour penser le soin et l'enseigner aux futurs médecins généralistes (38).

La grille ECOGEN comprend :

- des données générales sur la consultation : date de consultation, lieu de consultation (cabinet, visite), si le patient est nouveau ou déjà connu du médecin, l'heure de début et de fin de la consultation ;
- des données épidémiologiques sur le patient : son année de naissance, son sexe, s'il a un statut d'exonération éventuel par rapport à l'assurance maladie, sa catégorie socio-professionnelle, s'il est étudiant ou non, sa langue maternelle, son poids (en indiquant s'il a été mesuré pendant la consultation), sa taille, son IMC ;
- une grille d'observation de la consultation regroupant :
 - o les motifs de consultation
 - o les procédures (diagnostiques, préventives, thérapeutiques, administratives,...) effectuées par le médecin généraliste
 - o les résultats de consultation (symptômes retrouvés ou diagnostics posés)
 - o les médicaments prescrits.

Un codage des items est réalisé à l'aide de la Classification Internationale des Soins Primaires - 2 (CISP-2).

Classification CISP-2 (Annexe 3)

La classification CISP-2 est l'adaptation en langue française de l' « International Classification of Primary Care » (ICPC), publiée initialement en 1987 par H. Lamberts et M. Wood. Elle est le fruit d'un travail commun entre des médecins généralistes européens, la WONCA et l'OMS (39).

Elle permet le recueil, le codage et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale grâce à un système biaxial :

- un premier axe comprend 17 chapitres basés sur les systèmes corporels codés chacun par une lettre ;
- un deuxième axe comprend des étiologies classées en 7 composants (procédures, symptômes et plaintes, infections, néoplasmes, traumatismes, anomalies congénitales, autres diagnostics) codées chacune par un chiffre de 01 à 99.

Elle est reconnue comme classification internationale de référence pour les soins primaires par l'OMS (40).

Feuille de recueil qualitatif (Annexe 4)

Créée pour le projet FETOMP, cette feuille comprend :

- le numéro de téléphone du patient, si ce dernier avait accepté un potentiel rappel téléphonique pour les besoins de l'étude ;
- l'observation subjective de la consultation par l'interne. Certains points devaient faire l'objet d'une attention particulière, par exemple : l'attitude du patient et du médecin lors de la consultation et de l'examen clinique, le langage non verbal, tout ce qui était en rapport avec la prise en charge du poids (la perception de la corpulence, si la question du poids était abordée et par qui, pour qui le poids était-il un problème, la durée accordée à ce sujet).

Avant chaque consultation un interne rencontrait le patient afin :

- de lui expliquer le but de notre étude et le mode de recueil des données ;
- de recueillir son consentement oral ;
- de compléter avec lui le score de précarité EPICES (Annexe 1).

Un interne observait ensuite la consultation réalisée par le médecin généraliste pendant laquelle :

- il remplissait la grille ECOGEN (Annexe 2) qui permet de recueillir des informations générales sur le patient et de coder les moments clés de la consultation selon la classification CISP-2 (Annexe 3) ;
- il remplissait la feuille de recueil qualitatif (Annexe 4), permettant de décrire principalement les informations non verbales observées lors de la consultation ;
- il réalisait un enregistrement audio de la consultation à l'aide d'un smartphone ou d'un dictaphone.

Par la suite les patients ayant été jugés en surpoids ou obèses et en situation précaire étaient recontactés par téléphone, s'ils avaient au préalable donné leur accord, pour discuter ouvertement de leur vision de la surcharge pondérale et de la prise en charge pondérale.

Les données étaient rendues anonymes par un code attribué à chaque consultation en fonction de l'interne observateur, du médecin généraliste observé et du jour de consultation.

Recueil des données sur les médecins

Pour chaque médecin généraliste inclus dans l'étude ont été recueillies, par questionnaire oral, les données suivantes :

- informations générales : âge, genre, statut familial, nombre d'enfants à charge ;
- informations sur leur exercice médical : milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), mode d'exercice (libéral ou salarié ; isolé ou en groupe), durée d'exercice, durée de travail hebdomadaire, nombre annuel de consultations, nombre annuel de semaines de congés, mode d'exercice particulier (DU), formation médicale continue, abonnement à des revues médicales, nombre mensuel de gardes, réception de visiteurs médicaux.

Ces données étaient rendues anonymes avec un code propre au médecin généraliste observé.

2.1.4. Enregistrement des données

Après avoir été rendues anonymes, les données étaient centralisées sur une base de données Google Drive dédiée au projet rassemblant :

- les fichiers scannés de tous les documents utilisés pour le recueil des données (score EPICES, grille ECOGEN et feuille de recueil qualitatif) ;
- les enregistrements audio des consultations ;
- un fichier Excel regroupant toutes les données recueillies sur la grille ECOGEN pour chaque consultation ;
- les fichiers scannés des fiches d'information sur chaque médecin inclus dans l'étude.

2.1.5. Comité d'éthique

L'accord du comité d'éthique ayant été obtenu pour le projet FETOMP à Strasbourg, il n'a pas été redemandé pour le projet FETOMP à Montpellier qui suit la même méthodologie de recueil de données.

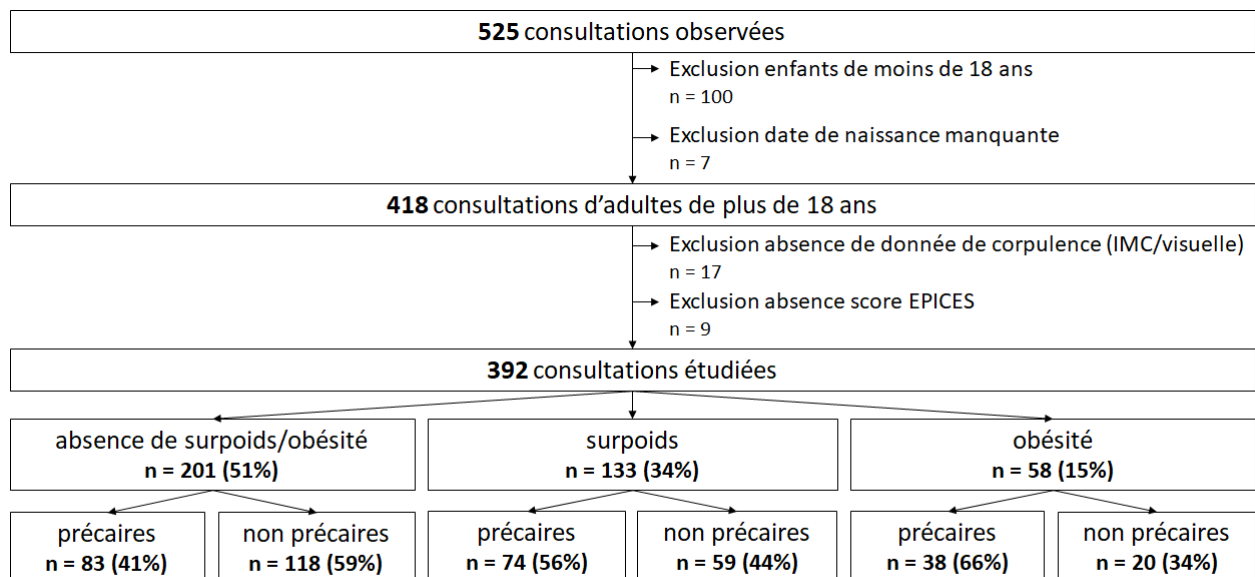
2.2. Description de la méthodologie propre à notre étude

2.2.1. Population étudiée

Étaient inclus : les patients adultes inclus dans le projet FETOMP de Montpellier

Étaient exclus : les patients mineurs de moins de 18 ans (nés en 2001 et après), les patients pour lesquels nous n'avions pas de date de naissance, les patients pour lesquels nous n'avions aucune donnée sur la corpulence (ni IMC, ni estimation visuelle), les patients pour lesquels nous n'avions pas de score EPICES.

Figure 4 - Flow Chart : description des consultations étudiées et de leurs principales caractéristiques



non précaire = score EPICES < 30 ; précaire = score EPICES ≥ 30

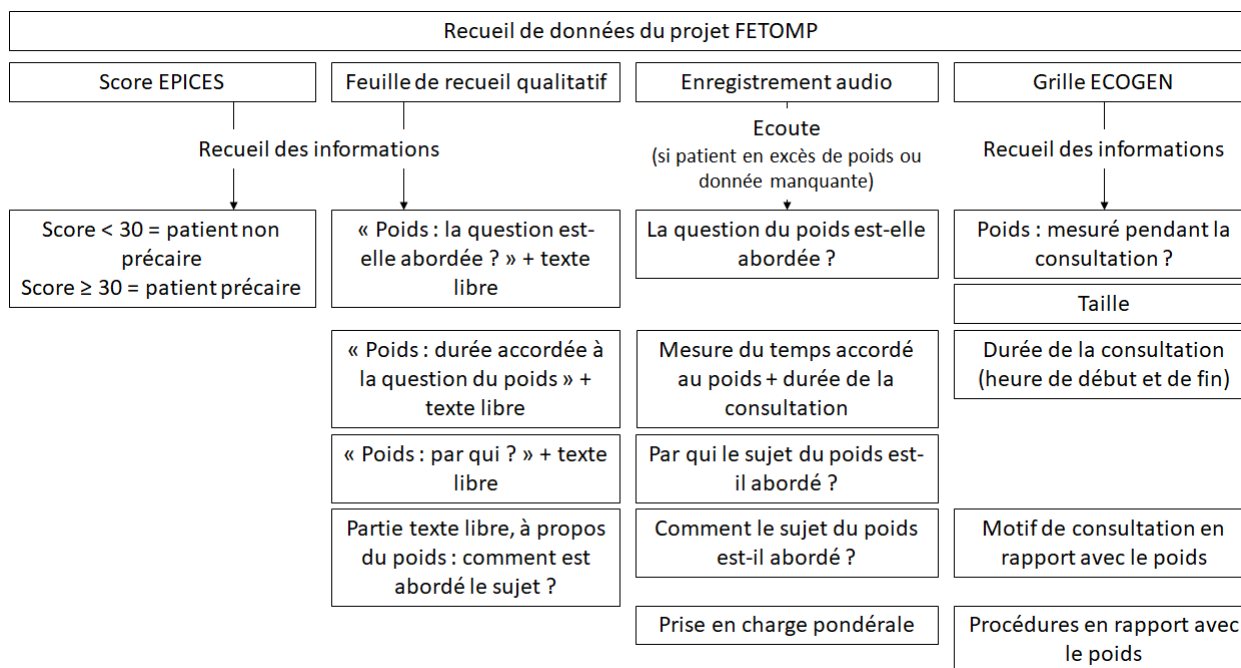
absence de surpoids/obésité = IMC < 25 ou absence de surpoids/obésité visuellement ; surpoids = 25 ≤ IMC < 30 ou surpoids visuellement ;

obésité = IMC ≥ 30 ou obésité visuellement

2.2.2. Recueil des données

Nous avons utilisé pour notre étude les données recueillies dans le cadre du projet FETOMP de Montpellier : score EPICES, grille ECOGEN, feuille de recueil qualitatif, enregistrements audio.

Figure 5 - Procédure de recueil des différentes données étudiées



Pour chacune des six questions auxquelles nous souhaitons répondre dans ce travail nous avons ciblé les données spécifiques du recueil FETOMP à étudier.

La question du poids est-elle abordée ?

Les données utilisées pour répondre à cette question proviennent :

- de la feuille de recueil qualitatif, au niveau de l’item « poids : la question est-elle abordée ? » et du texte libre ;
- de la grille ECOGEN dans la rubrique « poids : mesuré durant la consultation : oui/non » ;
- de l’écoute de l’enregistrement de la consultation si elles n’étaient pas présentes sur les autres supports.

La question du poids est considérée abordée si cela est noté sur la feuille de recueil qualitatif, si la case « oui » est cochée dans la rubrique « poids mesuré en consultation » de la grille ECOGEN ou si cela est entendu sur l’enregistrement.

L'IMC est-il calculé en consultation de médecine générale ?

Les données utilisées pour répondre à cette question proviennent de la grille ECOGEN, dans les rubriques « poids : mesuré en consultation » et « taille ».

L'IMC est considéré comme calculé si la taille du patient est connue (mesurée lors de la consultation ou présente dans le dossier médical) et que le poids est mesuré lors de la consultation.

Temps accordé au sujet du poids chez les personnes en surpoids ou en situation d'obésité

Les données utilisées pour répondre à cette question proviennent :

- des consultations de patients avec un IMC ≥ 25 kg/m² ;
- de l'écoute de l'enregistrement de la consultation, pour mesurer le plus précisément possible la durée accordée au sujet du poids ;
- de la feuille de recueil qualitatif, au niveau de l'item « poids : durée accordée à la question du poids » et du texte libre.

Le temps accordé au sujet du poids est relevé en secondes par mesure lors de l'écoute de l'enregistrement de la consultation ou sur la base déclarative de la feuille de recueil qualitatif si la première donnée est manquante.

Le temps total de la consultation en secondes est également mesuré grâce à l'enregistrement audio de la consultation ou sur la base des données de la grille ECOGEN (heure de début et fin de la consultation) si la première donnée n'est pas disponible.

Par qui est abordé le sujet du poids ?

Les données utilisées pour répondre à cette question proviennent :

- des consultations de patients avec un IMC ≥ 25 kg/m² ;
- de l'écoute de l'enregistrement de la consultation, pour noter qui aborde le sujet du poids, et si le sujet est abordé par plusieurs personnes, qui l'aborde en premier ;
- de la feuille de recueil qualitatif, au niveau de l'item « poids : par qui ? » et du texte libre.

Les données sont codées en 3 groupes selon que le sujet du poids est abordé par le médecin, le patient, ou un accompagnateur. Les données utilisées sont en priorité celles de l'enregistrement audio s'il est disponible.

Comment est abordé le sujet du poids ?

Les données utilisées pour répondre à cette question proviennent :

- des consultations de patients avec un IMC ≥ 25 kg/m² ;

- de l'écoute de l'enregistrement de la consultation, pour noter comment est abordé le sujet du poids, et s'il y a plusieurs approches dans quel ordre elles interviennent ;
- de la feuille de recueil qualitatif au niveau de l'item « poids » et du texte libre ;
- de la grille ECOGEN : motifs de consultation, procédures en rapport avec le poids. Analyse des motifs de consultation et procédures (n°30 à 69) codés dans les chapitres A (général et non spécifié) et T (métabolisme, nutrition, endocrinien) de la classification CISP-2.

Les manières d'aborder le sujet du poids sont listées à partir des différentes sources, puis classées par mots-clefs et enfin par famille pour pouvoir être analysées.

Quelle prise en charge pondérale est effectuée par le médecin lors de la consultation ?

Les données utilisées pour répondre à cette question proviennent :

- des consultations de patients avec un IMC ≥ 25 kg/m² ;
- de l'écoute de l'enregistrement de la consultation, pour noter une éventuelle prise en charge sur le plan pondéral lors de la consultation ;
- de la grille ECOGEN : procédures réalisées et thérapeutiques prescrites en rapport avec le poids. Analyse des procédures (n°30 à 69) codées dans les chapitres A (général et non spécifié) et T (métabolisme, nutrition, endocrinien) de la classification CISP-2.

Les différentes prises en charges réalisées et thérapeutiques prescrites en lien avec le poids sont ensuite classées par mots-clefs pour pouvoir être analysées.

2.2.3. Analyse statistique

Les variables qualitatives seront présentées en effectifs et pourcentages. Les différences entre les groupes étudiés seront analysées avec le test du Chi² ou le test exact de Fisher en fonction des effectifs. Le test de Fisher avec simulation de Monte Carlo sera utilisé si le nombre de groupes comparés le nécessite.

Les variables quantitatives avec forte dispersion seront présentées par leur médiane avec écart type. Les différences entre les groupes étudiés seront analysées avec le test de Wilcoxon Mann Whitney ou le test de Kruskal Wallis en fonction du nombre de groupes comparés.

Les statistiques seront réalisées au moyen du logiciel Excel, du logiciel RStudio et du site internet biostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/>).

Le seuil de significativité statistique a été retenu pour un $p < 0,05$.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques des médecins étudiés (Tableau 1)

12 médecins généralistes avaient donné leur accord pour participer à l'étude FETOMP de Montpellier :

- 4 travaillaient dans le quartier de la Mosson dans 2 cabinets différents ;
- 5 travaillaient dans le quartier Cévennes dans 2 cabinets différents ;
- 3 travaillaient dans le quartier d'Aiguelongue dans le même cabinet.

Aucune donnée n'a été recueillie chez le médecin H, nous l'avons exclu de notre analyse.

Nous avons étudié les données recueillies auprès de 11 médecins généralistes exerçants dans 5 cabinets libéraux de groupe différents dans 3 des 12 QPV de Montpellier :

- 126 consultations (32%) ont été observées à Mosson, QPV le plus étendu et le plus peuplé de Montpellier avec 21 652 habitants, soit 41% de la population des QPV ;
- 133 consultations (34%) ont été observées à Cévennes, qui compte 5 578 habitants, soit 11% de la population des QPV ;
- 133 consultations (34%) ont été observées à Aiguelongue, qui compte 1 095 habitants, soit 2% de la population des QPV (41).

Figure 6 - Répartition de la population des QPV de Montpellier

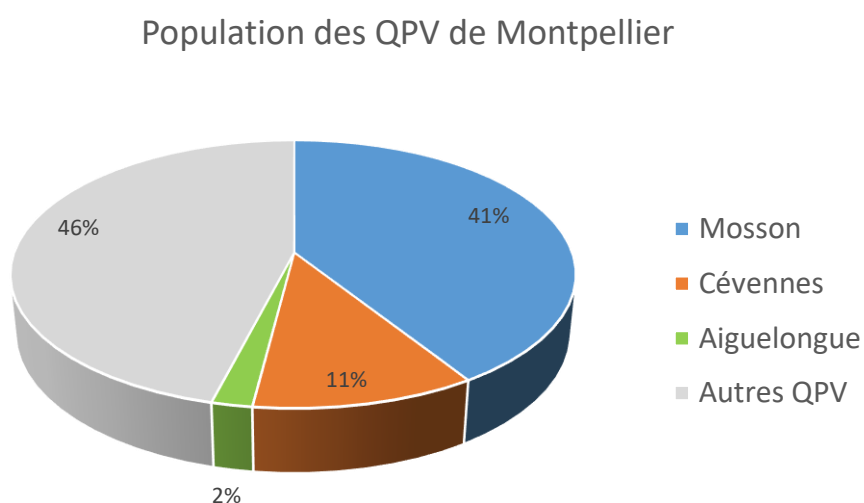


Tableau 1 - Caractéristiques des médecins généralistes ayant participé à l'étude

Médecin	A	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L	
âge (années)	30	30	38	47	32	58	39	56	54	65	72	
sexe (M/F)	M	F	F	F	F	M	F	M	F	M	M	
durée d'exercice (années)	2	1,5	11	19	1	26	7	28	-	33	45	
durée de travail hebdomadaire (heures)	48	37	40	40	28	45	39	48	-	> 70	65	
consultations (nombre/an)	5000	4050	NSP	4400	3864	4250	3360	5000	-	8500	6000	
mode d'exercice particulier / diplôme universitaire	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	-	oui (dont diététique médicale)	oui (dont diététique médicale)	
formation médicale continue	non	non	non	oui (dont nutrition)	non	oui	oui	non	-	oui	oui	
abonnement à des revues	non	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	-	non	oui	
accueil des visiteurs médicaux	oui	non	oui	oui	non	oui	non	non	-	oui	oui	
Consultations étudiées	nb	9	47	13	57	37	38	19	39	14	58	61
	%	2,3%	12,0%	3,3%	14,5%	9,4%	9,7%	4,8%	9,9%	3,6%	14,8%	15,6%

3.2. Population générale

3.2.1. Caractéristiques de la population étudiée (Annexe 5)

Nous avons étudié 392 consultations de patients adultes consultant en QPV à Montpellier.

La population observée était âgée en moyenne de 51 ans et était majoritairement féminine (63,8%). En comparaison à la population montpelliéraine (42), il y avait une surreprésentation des tranches d'âge ≥ 45 ans ($p < 0,001$) et des femmes ($p < 0,001$) dans la population étudiée (Figure 7).

Sur le plan pondéral, 51% de la population étudiée avait un IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$, 34% était en surpoids et 15% était en situation d'obésité. Cette répartition était comparable aux chiffres pour la population générale française selon l'étude ObÉpi de 2012 (3) (Figure 7).

Figure 7 - Caractéristiques de la population étudiée par rapport à la population montpelliéraine (42) et aux données de l'étude ObÉpi 2012 (3)

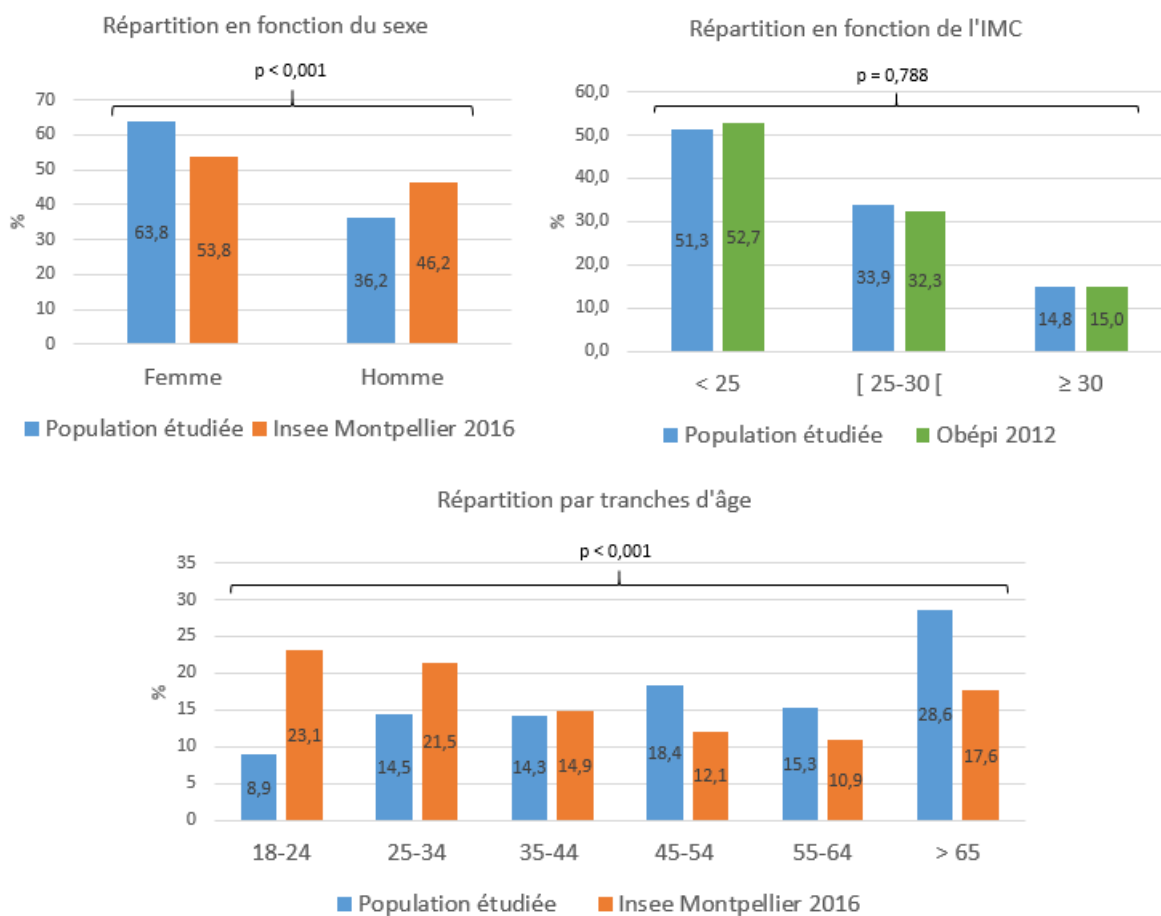
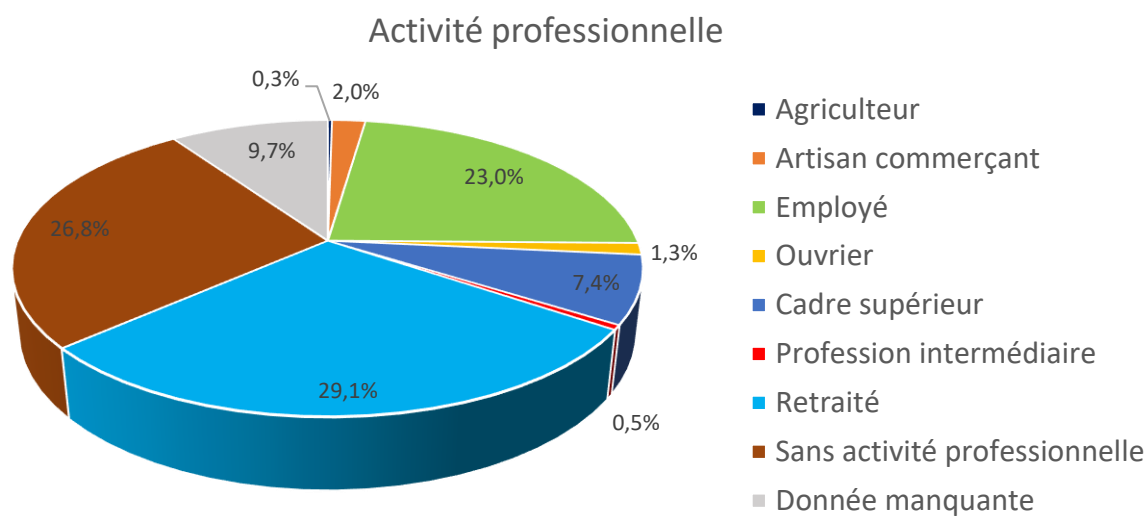


Figure 8 - Répartition de la population étudiée en fonction de l'activité professionnelle



Les retraités étaient majoritaires (29,1%) et il y avait également une forte proportion de personnes sans activité professionnelle (26,8%) et d'employés (23%). Il y avait peu de cadres supérieurs (7,4%) et d'étudiants (6,1%).

Figure 9 - Répartition de la population étudiée en fonction de la langue maternelle

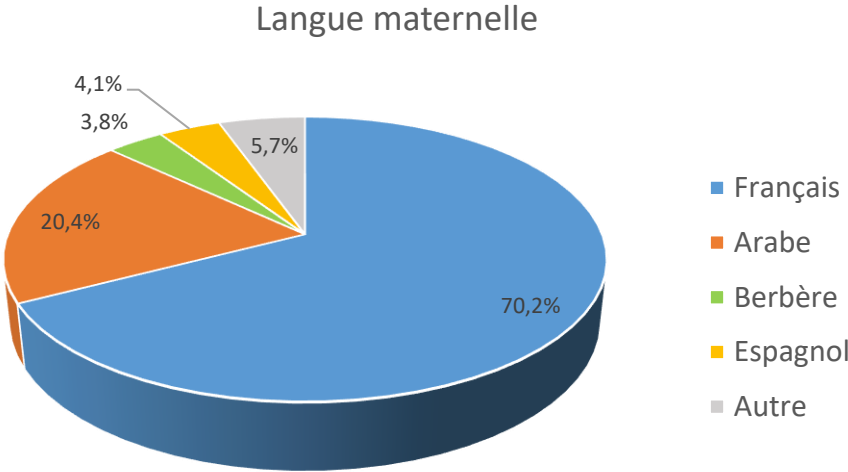
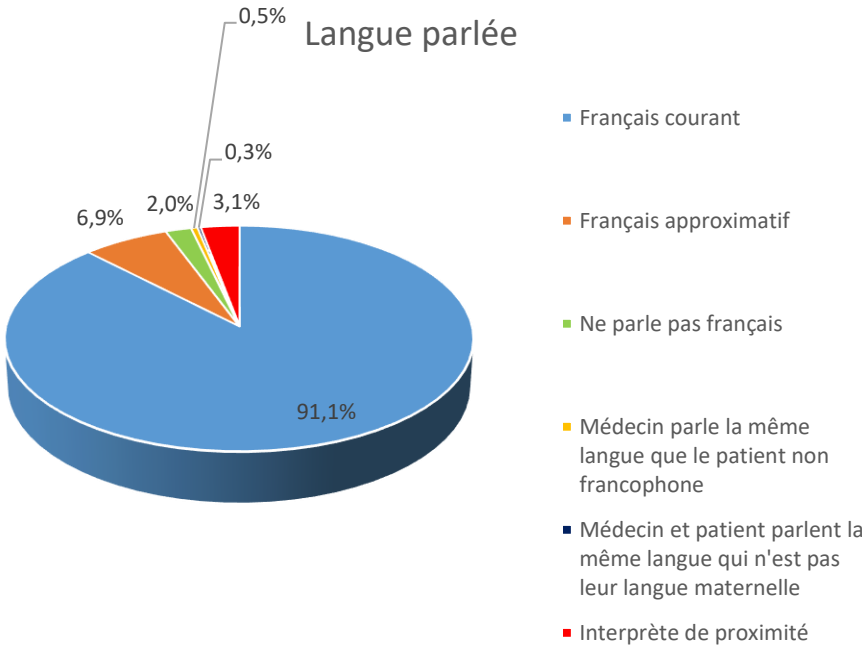
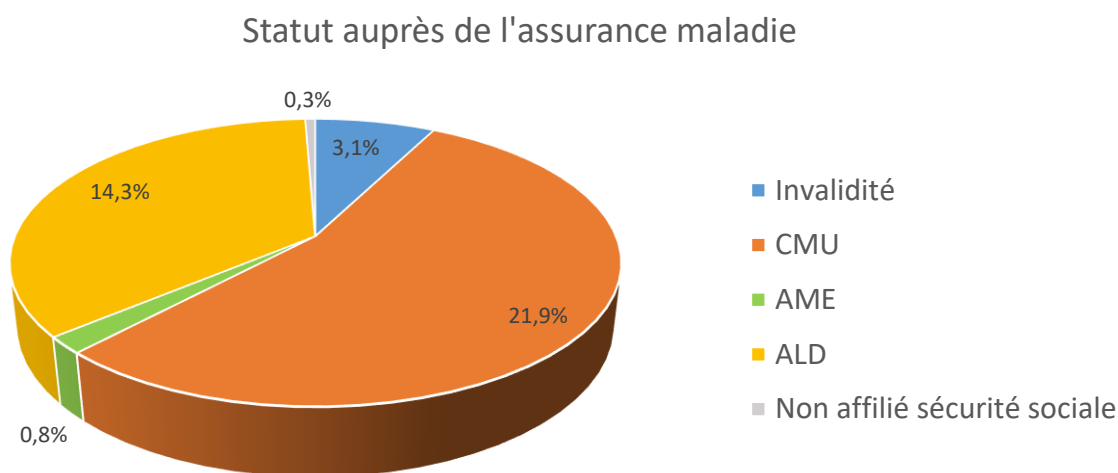


Figure 10 - Répartition de la population étudiée en fonction de la langue parlée



La langue maternelle était le français dans 70,2% des cas, l'arabe dans 20,4%. Parmi les 17 autres langues maternelles représentées, l'espagnol et le berbère étaient les plus fréquentes. 91,1% des patients parlaient couramment le français, 6,9% un français approximatif et 2% ne parlaient pas du tout français. En cas de besoin, le recours à un interprète de proximité était la solution la plus fréquente (3,1%).

Figure 11 - Répartition de la population étudiée en fonction du statut auprès de l'assurance maladie



A l'exception d'un patient, tous étaient affiliés à la sécurité sociale. 21,9% des patients avaient des droits ouverts à la CMU, 14,3% étaient en ALD.

49,7% des patients étaient en situation de précarité, le score EPICES moyen était de 30,9.

La majorité (93,6%) des patients étaient déjà connus du médecin qu'ils consultaient ce jour.

3.2.2. Caractéristiques des consultations où le sujet du poids est abordé (Tableau 2)

Tableau 2 - Caractéristiques des consultations où le sujet du poids a été abordé

	n total	Poids abordé		n	%	p
		n	%			
Sexe						
Femmes	250	97	38,8%	153	61,2%	0,571
Hommes	142	51	35,9%	91	64,1%	
Age (années)						
18-24	35	10	28,6%	25	71,4%	0,761
25-34	57	24	42,1%	33	57,9%	
35-44	56	24	42,9%	32	57,1%	
45-54	72	28	38,9%	44	61,1%	
55-64	60	22	36,7%	38	63,3%	
> 65	112	40	35,7%	72	64,3%	
IMC (kg/m²)						
< 25	201	52	25,9%	149	74,1%	< 0,001
25 ≤ IMC < 30	133	62	46,6%	71	53,4%	
≥ 30	58	34	58,6%	24	41,4%	
Précarité						
Précaire	195	89	45,6%	106	54,4%	0,001
Non précaire	197	59	29,9%	138	70,1%	
Médecin						
A	9	2	22,2%	7	77,8%	< 0,001
B	47	16	34,0%	31	66,0%	
C	13	3	23,1%	10	76,9%	
D	57	39	68,4%	18	31,6%	
E	37	23	62,2%	14	37,8%	
F	38	10	26,3%	28	73,7%	
G	19	7	36,8%	12	63,2%	
I	39	4	10,3%	35	89,7%	
J	14	9	64,3%	5	35,7%	
K	58	12	20,7%	46	79,3%	
L	61	23	37,7%	38	62,3%	
Total	392	148	37,8%	244	62,2%	

Le sujet du poids était abordé lors de 148 consultations, soit 37,3% des consultations étudiées.

Il y avait une différence significative d'abord du sujet du poids selon l'IMC ($p < 0,001$). Le sujet était évoqué moins fréquemment au cours des consultations de patients avec un IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ (25,9%) comparativement aux consultations de patients en surpoids (46,6%) ($p = 0,007$) ou en situation d'obésité (58,6%) ($p = 0,002$).

Le sujet du poids était significativement plus abordé lors des consultations de patients précaires (45,6%) par rapport aux consultations de patients non précaires (29,9%) ($p = 0,001$).

Il y avait une différence significative entre les médecins observés concernant l'abord du poids en consultation ($p < 0,001$). 3 médecins, D, E et J, avaient abordé fréquemment ce sujet dans respectivement 68,4%, 62,2% et 64,3% des consultations que nous avons observées avec eux. Les autres médecins avaient abordé le sujet du poids dans 10,3 à 37,7% de leurs consultations.

L'abord du sujet du poids n'était impacté ni par le sexe ni par l'âge du patient.

3.2.3. Caractéristiques des consultations où l'IMC est calculé (Tableau 3)

Tableau 3 - Caractéristiques des consultations où l'IMC a été calculé

	n total	IMC calculé				p
		oui		non		
		n	%	n	%	
Sexe						
Femmes	250	63	25,2%	187	74,8%	0,162
Hommes	142	27	19,0%	115	81,0%	
Age (années)						
18-24	35	6	17,1%	29	82,9%	0,38
25-34	57	16	28,1%	41	71,9%	
35-44	56	18	32,1%	38	67,9%	
45-54	72	16	22,2%	56	77,8%	
55-64	60	11	18,3%	49	81,7%	
> 65	112	23	20,5%	89	79,5%	
IMC (kg/m²)						
< 25	201	27	13,4%	174	86,6%	< 0,001
25 ≤ IMC < 30	133	39	29,3%	94	70,7%	
≥ 30	58	24	41,4%	34	58,6%	
Précarité						
Précaire	195	64	32,8%	131	67,2%	< 0,001
Non précaire	197	26	13,2%	171	86,8%	
Médecin						
A	9	2	22,2%	7	77,8%	< 0,001
B	47	10	21,3%	37	78,7%	
C	13	3	23,1%	10	76,9%	
D	57	35	61,4%	22	38,6%	
E	37	21	56,8%	16	43,2%	
F	38	1	2,6%	37	97,4%	
G	19	5	26,3%	14	73,7%	
I	39	2	5,1%	37	94,9%	
J	14	6	42,9%	8	57,1%	
K	58	0	0,0%	58	100,0%	
L	61	5	8,2%	56	91,8%	
Total	392	90	23,0%	302	77,0%	

L'IMC était calculé lors de 90 consultations, soit 23% des consultations étudiées.

Il y avait une différence significative de fréquence de calcul de l'IMC selon l'IMC ($p < 0,001$). L'IMC était calculé moins fréquemment au cours des consultations de patients avec un IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ (13,4%) comparativement aux consultations de patients en surpoids (29,3%) ($p < 0,001$) ou en situation d'obésité (41,4%) ($p < 0,001$).

L'IMC était significativement plus calculé lors des consultations de patients précaires (32,8%) par rapport aux consultations de patients non précaires (13,2%) ($p < 0,001$).

Il y avait une différence significative entre les médecins observés concernant la proportion de consultations où l'IMC était calculé ($p < 0,001$). 3 médecins, D, E et J, calculaient fréquemment l'IMC dans respectivement 61,4%, 56,8% et 42,9% des consultations que nous avons observées avec eux. Les autres médecins ont calculé l'IMC dans 0 à 26,3 % de leurs consultations.

Le calcul de l'IMC n'était influencé ni par le sexe ni par l'âge du patient.

3.3. Etude de l'abord du poids dans la population en surcharge pondérale

Les prochains résultats présentés concernent uniquement les 96 consultations de patients en surpoids ou en situation d'obésité au cours desquelles le sujet du poids a été abordé.

3.3.1. Temps accordé au sujet du poids (Tableau 4, Figure 12)

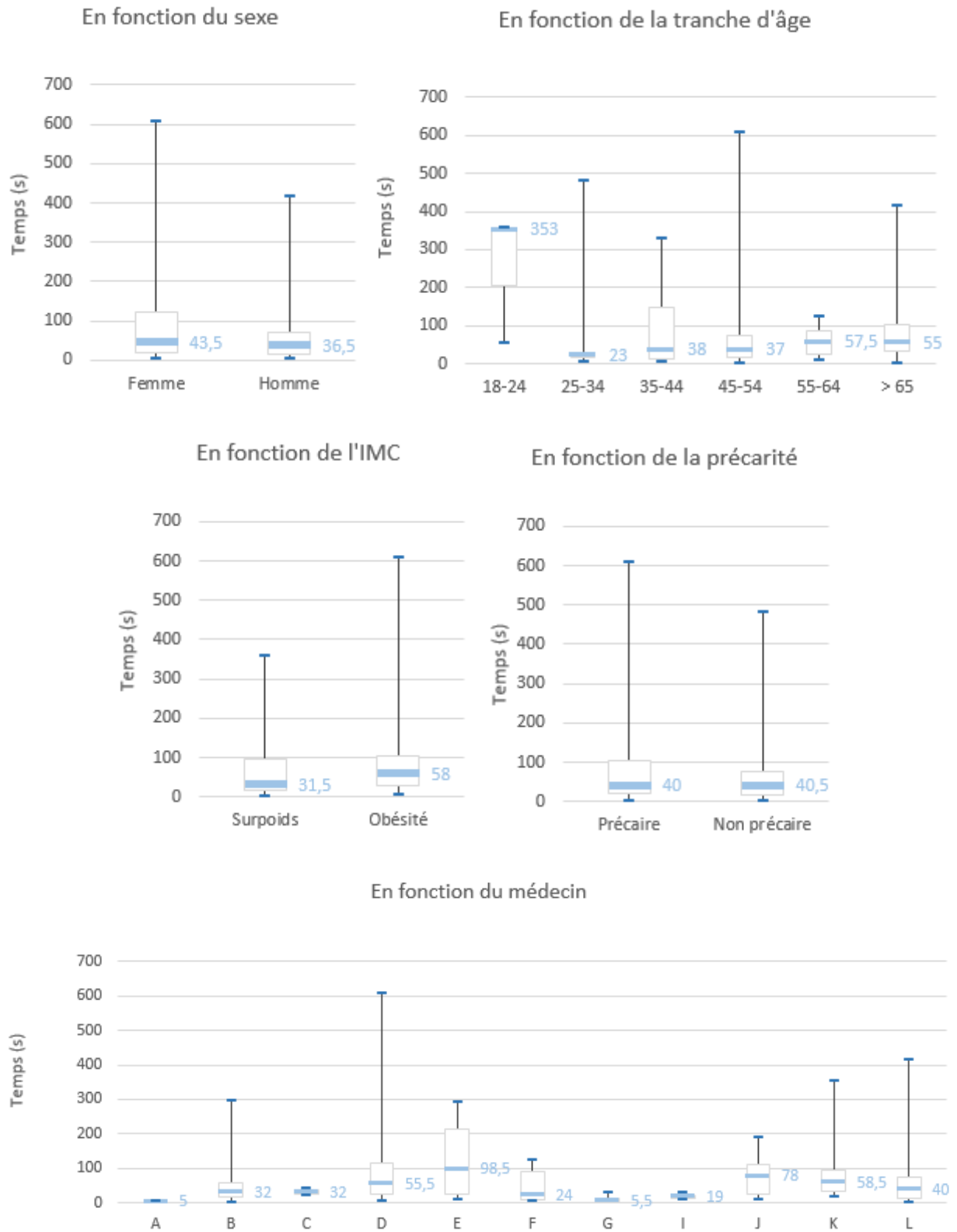
Le temps de consultation total variait de 91 à 2400 secondes (1'31 à 40'), avec une médiane de 1080,5 secondes (18'). Le temps accordé au poids au cours de ces consultations variait de 2 à 607 secondes (0'02 à 10'07), avec une médiane de 40 secondes, soit environ 7% du temps de consultation.

La durée accordée au sujet du poids ne variait pas significativement en fonction du sexe, de l'âge, de l'IMC, de la précarité ou du médecin.

Tableau 4 - Temps accordé au poids en fonction des différentes caractéristiques étudiées

	n	Durée accordé au sujet du poids (s)		p
		médiane	écart type	
Sexe				
Femmes	64	43,5	124	0,255
Hommes	32	36,5	74,1	
Age (années)				
18-24	3	353	173,2	0,107
25-34	17	23	112,6	
35-44	16	38	112,4	
45-54	19	37	140,5	
55-64	16	57,5	39,7	
> 65	25	55	97,5	
IMC (kg/m²)				
25 ≤ IMC < 30	62	31,5	87,2	0,073
≥ 30	34	58	143,7	
Précarité				
Précaire	62	40	111,3	0,56
Non précaire	34	40,5	112,9	
Médecin				
A	1	5	-	0,082
B	13	32	76,6	
C	2	32	12,7	
D	28	55,5	148,9	
E	14	98,5	101,5	
F	7	24	50,1	
G	4	5,5	12,3	
I	2	19	12,7	
J	6	78	68,3	
K	6	58,5	126,2	
L	13	40	111,9	
Total	96	40	111,3	

Figure 12 – Diagrammes en boîte comparant le temps accordé au poids en consultation en fonction des différentes variables étudiées



3.3.2. Qui aborde le sujet du poids ? (Tableau 5)

Tableau 5 - Caractéristiques des consultations en fonction de qui aborde le sujet du poids

	n total	Qui aborde le sujet du poids				p
		Médecin	Patient	n	%	
Sexe						
Femmes	64	38	59,4%	25	39,1%	0,421
Hommes	32	22	68,8%	10	31,3%	
Age (années)						
18-24	3	1	33,3%	2	66,7%	0,747
25-34	17	9	52,9%	7	41,2%	
35-44	16	11	68,8%	5	31,3%	
45-54	19	12	63,2%	7	36,8%	
55-64	16	12	75,0%	4	25,0%	
> 65	25	15	60,0%	10	40,0%	
IMC (kg/m²)						
25 ≤ IMC < 30	62	36	58,1%	25	40,3%	0,262
≥ 30	34	24	70,6%	10	29,4%	
Précarité						
Précaire	62	36	58,1%	25	40,3%	0,262
Non précaire	34	24	70,6%	10	29,4%	
Médecin						
A	1	0	0,0%	1	100,0%	0,406
B	13	6	46,2%	7	53,8%	
C	2	1	50,0%	1	50,0%	
D	28	20	71,4%	8	28,6%	
E	14	10	71,4%	4	28,6%	
F	7	3	42,9%	3	42,9%	
G	4	3	75,0%	1	25,0%	
I	2	0	0,0%	2	100,0%	
J	6	5	83,3%	1	16,7%	
K	6	3	50,0%	3	50,0%	
L	13	9	69,2%	4	30,8%	
Total	96	60	62,5%	35	36,5%	

Le sujet du poids était abordé par le médecin lors de 60 consultations (62,5%) et par le patient lors de 35 consultations (36,5%). L'accompagnateur était à l'initiative du sujet lors d'une seule consultation (consultation avec le médecin F d'une femme en surpoids en situation de précarité de la tranche d'âge 25-34 ans), nous avons exclu cette consultation de l'analyse statistique comparative.

La personne abordant le sujet du poids ne différait pas significativement en fonction du sexe, de l'âge, de l'IMC, de la précarité ou du médecin.

3.3.3. Comment est abordé le sujet du poids ? (Tableau 6, Tableau 7)

Tableau 6 - Les différentes approches pour aborder le sujet du poids et leur chronologie

Différentes approches du poids	1ère approche		Suite de la consultation		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pesée	43	44,8%	24	22,0%	67	32,7%
Question directe du médecin sur le poids	15	15,6%	5	4,6%	20	9,8%
Vécu du patient par rapport à son poids	3	3,1%	3	2,8%	6	2,9%
Prise de poids iatrogène	0	0,0%	4	3,7%	4	2,0%
Discussion sur une variation de poids connue/visible	19	19,8%	2	1,8%	21	10,2%
Comparaison avec le poids antérieur	0	0,0%	41	37,6%	41	20,0%
Discussion sur le mode de vie	6	6,3%	19	17,4%	25	12,2%
Abord du poids via une pathologie actuelle/un symptôme/un ATCD en lien avec le poids	8	8,3%	11	10,1%	19	9,3%
Bilan étiologique d'un excès de poids	1	1,0%	0	0,0%	1	0,5%
Questionnaire médical type	1	1,0%	0	0,0%	1	0,5%
Total	96	100,0%	109	100,0%	205	100,0%

Le sujet du poids était en majorité abordé au cours de la consultation via la pesée du patient, la comparaison avec le poids antérieur, une discussion sur le mode de vie du patient, une discussion sur une variation pondérale connue ou visible, une question directe du médecin ou à travers un problème médical en lien avec le poids (Tableau 6).

A. Approche initiale du sujet du poids en consultation

Tableau 7 - Comparaison de la façon dont le sujet du poids est abordé selon qui l'initie

Différentes approches du poids	1ère approche du poids				p
	Médecin		Patient		
	n	%	n	%	
Pesée	32	53,3%	11	31,4%	0,039
Question directe du médecin sur le poids	15	25,0%	0	0,0%	< 0,001
Vécu du patient par rapport à son poids	0	0,0%	3	8,6%	0,047
Prise de poids iatrogène	0	0,0%	0	0,0%	-
Discussion sur une variation de poids connue/visible	5	8,3%	14	40,0%	< 0,001
Comparaison avec le poids antérieur	0	0,0%	0	0,0%	-
Discussion sur le mode de vie	3	5,0%	2	5,7%	1
Abord du poids via une pathologie actuelle/un symptôme/un ATCD en lien avec le poids	4	6,7%	4	11,4%	0,461
Bilan étiologique d'un excès de poids	0	0,0%	1	2,9%	0,368
Questionnaire médical type	1	1,7%	0	0,0%	1
Total	60	100,0%	35	100,0%	

Il y avait une approche différente selon que le médecin ou le patient était à l'initiative du sujet du poids (Tableau 7) :

a) Initiative du médecin

La pesée du patient (53,3%) :

- Approche directive, la plus fréquente :

« Allez vous peser »

« Montez sur la balance »

- Proposition, phrase interrogative, moins fréquente :

« Est-ce que vous pouvez venir sur la balance ? »

- Rarement une formule de politesse :

« Est-ce que vous pouvez monter sur la balance s'il vous plait ? »

- Demande parfois justifiée :

« Venez qu'on vous pèse voir si vous n'avez pas perdu depuis la dernière fois »

« J'aimerais avoir le poids sur la balance, la mienne, pour pouvoir comparer »

- Parfois inclusion du médecin dans la démarche :

« Enlève les chaussures comme ça je te pèse »

« On va faire le poids aussi aujourd'hui, montez sur la balance »

- Quelques fois pas de parole, juste un geste invitant le patient à se peser

Une question directe sur le poids (25%) :

- Demande d'un poids chiffré :

« Vous pesez combien ? »

« Poids ? »

- S'enquiert de l'évolution du poids :

« Et votre poids il est stable ? »

« Et au niveau du poids vous êtes comment ces derniers temps ? Ça a changé ? »

« Vous avez pris du poids ou pas ? »

- Question sur la prise en charge du poids :

« En termes de poids qu'est-ce que vous avez fait ? »

Une discussion sur une variation connue ou visible du poids (8,3%) :

- Verbalisation d'une impression de modification pondérale :

« Tu as maigri un peu ? Tu as perdu combien ? 2-3 kilos facile »

« Tu as pris du poids ou pas ? » (impression visuelle qu'il a pris du poids)

- Félicitation sur une perte de poids notée dans le dossier :

« Vous avez vu ma collègue (...) c'est bien vous avez maigri »

b) Initiative du patient

Une discussion sur une variation connue de son poids (40%) :

- Annonce quantitative, précise :

« J'ai pris 3 kilos »

« Depuis que je suis dans cette boîte j'ai dû prendre 10 kilos »

- Annonce d'une modification pondérale qualitative :

« J'ai pris trop de poids en peu de temps »

« Il y a le poids aussi, c'est l'effet yoyo comme on dit, j'avais bien perdu et je crois que j'ai repris »

- Minimisation des modifications pondérales :

« Depuis que je suis en retraite j'ai pas trop maigri » (en parlant de sa prise de poids), utilise la négation

- Annonce de résolutions :

« Il faut que je fasse attention, je me suis lâchée (...) j'en ai pris 6 » (en parlant des kilos qu'elle a pris)

En se pesant (31,4%) :

- Après avoir demandé préalablement d'accord du médecin :

« Je peux me peser s'il vous plait ? Comme ça je vais voir les dégâts qu'est-ce qu'il y a »

- Sans demande formulée :

Le patient se pèse de sa propre initiative en allant sur la table d'examen pendant que le médecin est au téléphone

Le patient monte de sa propre initiative sur la balance, se pèse, hausse les sourcils et sourit

A travers un problème médical en lien avec le poids (11,4%) :

Le patient réagit par rapport au bilan biologique qui montre un bilan hépatique perturbé "j'ai beau faire tous les régimes..."

« En plus j'ai grossi monsieur » alors que le médecin et le patient discutent du cholestérol.

c) Initiative d'un tiers

Concerne une seule consultation où le poids a été abordé à travers le mode de vie du patient :

Mère de la patiente : « il faut qu'elle fasse du sport (...) elle est légèrement en surpoids »

B. Poursuite du sujet du poids

Une fois le sujet introduit, le poids était majoritairement abordé à travers :

- une comparaison avec le poids antérieur (37,6%) ;
- la pesée (22%) ;
- une discussion sur le mode de vie (17,4%) : discussion autour de l'alimentation, de l'activité physique du patient.

3.3.4. Prise en charge pondérale proposée par le médecin (Tableau 8, Tableau 9)

Tableau 8 - Caractéristiques des consultations en fonction de la réalisation ou non d'une prise en charge pondérale

	n total	Prise en charge pondérale				p
		oui		non		
		n	%	n	%	
Sexe						
Femmes	64	21	32,8%	43	67,2%	0,266
Hommes	32	7	21,9%	25	78,1%	
Age (années)						
18-24	3	3	100,0%	0	0,0%	0,005
25-34	17	1	5,9%	16	94,1%	
35-44	16	7	43,8%	9	56,3%	
45-54	19	3	15,8%	16	84,2%	
55-64	16	4	25,0%	12	75,0%	
> 65	25	10	40,0%	15	60,0%	
IMC (kg/m²)						
25 ≤ IMC < 30	62	16	25,8%	46	74,2%	0,328
≥ 30	34	12	35,3%	22	64,7%	
Précarité						
Précaire	62	20	32,3%	42	67,7%	0,368
Non précaire	34	8	23,5%	26	76,5%	
Médecin						
A	1	0	0,0%	1	100,0%	0,537
B	13	2	15,4%	11	84,6%	
C	2	0	0,0%	2	100,0%	
D	28	8	28,6%	20	71,4%	
E	14	7	50,0%	7	50,0%	
F	7	3	42,9%	4	57,1%	
G	4	0	0,0%	4	100,0%	
I	2	0	0,0%	2	100,0%	
J	6	3	50,0%	3	50,0%	
K	6	1	16,7%	5	83,3%	
L	13	4	30,8%	9	69,2%	
Total	96	28	29,2%	68	70,8%	

Une prise en charge de la surcharge pondérale était proposée au cours de 28 des 96 consultations où le poids était abordé, soit 29,2% des consultations, avec au total 34 procédures mises en place.

Une fois la question du poids abordée chez les sujets en surpoids ou en situation d'obésité, il y avait une différence significative de fréquence de prise en charge pondérale entre les classes d'âge ($p=0,005$). Une prise en charge était plus fréquemment réalisée chez les 18-24 ans, les 35-44 ans et les > 65 ans, respectivement au cours de 100%, 43,8% et 40% des consultations. Elle était très rarement proposée aux 25-34 ans, au cours de 5,9% des consultations (Tableau 8).

Une prise en charge pondérale était proposée au moins une fois par 7 des 11 médecins étudiés au cours des consultations observées. Il n'y avait pas de différence significative retrouvée entre les médecins concernant la fréquence de prise en charge du poids (Tableau 8).

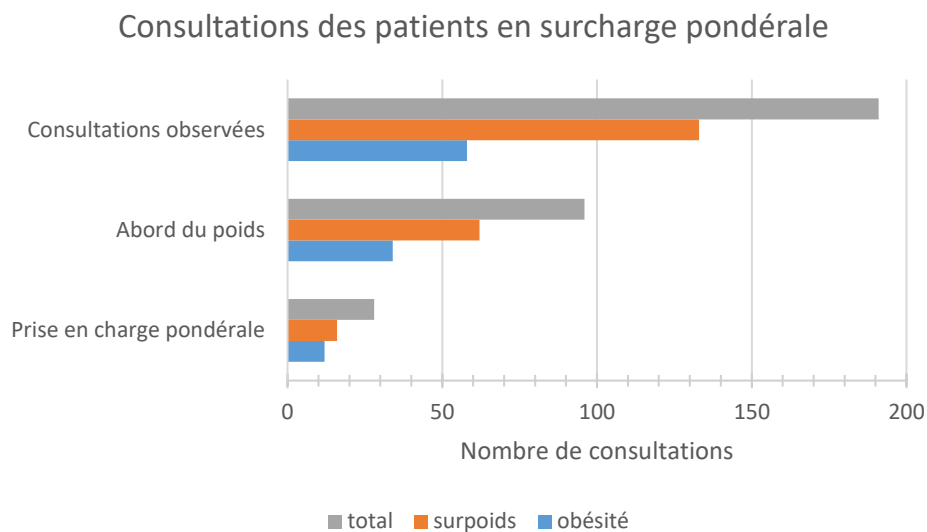
Il n'y avait pas de différence de fréquence de la prise en charge pondérale en fonction du sexe, de l'IMC ou de la précarité (Tableau 8).

Tableau 9 - Procédures de prise en charge du poids utilisées en consultation

Procédures	n	%
Recommandations nutritionnelles	11	32,4%
Recommandations nutritionnelles + activité physique	7	20,6%
Adressé à un médecin spécialiste (nutritionniste, endocrinologue)	5	14,7%
Prescription d'un bilan sanguin	4	11,8%
Adressé à un professionnel paramédical (diététicienne, kiné)	2	5,9%
Adressé aux urgences	1	2,9%
Explication de la chirurgie bariatrique	1	2,9%
Recommandations de surveillance pondérale	1	2,9%
Explication du résultat d'un bilan sanguin	1	2,9%
Programmation d'une consultation de suivi	1	2,9%
Total	34	100,0%

Les procédures qui étaient utilisées pour la prise en charge pondérale sont décrites dans le Tableau 9. Le nombre de procédures mises en place variait de 1 à 3 par consultation : 25 consultations avec 1 procédure mise en place, 3 consultations avec 3 procédures mises en place. Des recommandations nutritionnelles seules étaient données dans 32,4% des cas, des recommandations nutritionnelles et d'activité physique dans 20,6% des cas. 14,7% des patients étaient adressés à un médecin spécialiste et 11,8% se voyaient prescrire un bilan sanguin.

Figure 13 - Représentation de la fréquence d'abord et de prise en charge du poids au cours des consultations de patients en surcharge pondérale



Sur l'ensemble des consultations de patients en surcharge pondérale observées, le poids était abordé dans 50% des cas, avec une prise en charge pondérale dans 15% des cas. Pour les patients en situation d'obésité le poids était abordé lors de 59% des consultations et la prise en charge pondérale réalisée au cours de 21% des consultations. Pour les patients en surpoids le poids était abordé dans 47% des cas et une prise en charge pondérale effectuée dans 12% des cas.

4. DISCUSSION

4.1.Méthodologie de l'étude

4.1.1. Atouts

L'un des atouts principaux de notre étude est la mutualisation du recueil qui apporte un volume de données important à notre échelle, avec l'observation de près de 400 consultations de patients adultes. De plus, les réflexions collectives et les échanges accroissent la réflexivité sur son exploitation.

Notre échantillon de patients est représentatif de la patientèle des médecins étudiés car nous avons inclus dans notre étude tous les patients consultant le médecin observé les jours de recueil, que ce soit avec ou sans rendez-vous, ce qui permet de limiter le biais de sélection.

Notre observation a été menée en double aveugle, ni les médecins ni les patients n'avaient connaissance des données recueillies sur le poids. Cela a permis d'éviter d'orienter les sujets abordés lors de la consultation et de limiter le biais d'observation.

Le recueil de données observationnel a permis de s'affranchir du biais de mémorisation, puisque les données étaient recueillies directement par l'interne lors de la consultation, mais également du biais de déclaration. Le biais de déclaration était particulièrement important à limiter pour l'étude d'un sujet sensible tel que l'abord du poids. En effet, la revue de la littérature nous laisse penser qu'il y a une différence entre : d'une part, les recommandations médicales, l'attente sociétale et la volonté d'implication du médecin dans la prise en charge pondérale ; et d'autre part la réalité pratique du terrain.

Les biais liés au recueil de données par différents observateurs ont été limités par l'utilisation de questionnaires et de grilles standardisés, déjà utilisés pour la recherche en médecine générale ; ainsi que par une formation commune d'une journée à la méthodologie de recueil des données par les partenaires strasbourgeois du projet FETOMP.

Enfin, la double approche à la fois quantitative, via le remplissage des questionnaires et grilles standardisés, et qualitative, à travers la retranscription des attitudes non verbales du médecin et de son patient, permet une analyse riche des pratiques de la médecine générale en QPV.

4.1.2. Limites

Plusieurs types de biais sont à prendre en compte dans notre étude.

1. Notre étude comporte plusieurs biais de sélection :

Tout d'abord concernant les médecins. Ceux observés ont été recrutés sur la base du volontariat, ils ne sont donc pas forcément représentatif des médecins exerçant dans les QPV de Montpellier. Ainsi, tous les médecins étudiés exerçaient en cabinet de groupe. Le fait qu'un médecin du cabinet accepte de participer à l'étude a pu favoriser l'adhésion de ses collègues par une émulation de groupe. Nous avons pu passer à côté de certaines particularités propres aux médecins travaillant en cabinet individuel. Par exemple, un médecin exerçant seul, sollicité pour participer à l'étude, a décliné la proposition en expliquant qu'il ne pouvait pas recevoir d'internes observateurs au vu de ses conditions très difficiles de travail.

Ensuite concernant les patients :

Les internes choisissaient le médecin qu'ils allaient observer en fonction de leur disponibilité, cela a pu induire un biais de sélection de la population étudiée. En effet, il y a une forte disparité concernant le nombre de consultations observées pour chaque médecin. Quatre médecins sont ainsi sous représentés, avec chacun moins de 5% du nombre de consultations totales observées chez eux. Trois médecins sont sur représentés avec pour chacun 15% des consultations observées chez eux. Cette différence est principalement due à une plus faible disponibilité de certains médecins, les internes ayant privilégié les médecins disponibles plusieurs jours de suite pour rentabiliser au mieux leur présence à Montpellier. Pour un des médecins le fait qu'une grande partie de ses consultations se déroulaient en langue arabe peut également expliquer le peu de consultations observées chez lui, l'observation des consultations ayant pu paraître trop complexe pour les internes.

Certains patients ont été observés plusieurs fois car ils ont consulté leur médecin généraliste à plusieurs reprises pendant la période de recueil des données FETOMP. Cela a pu entraîner un biais mais est concordant avec la pratique de la médecine générale qui suit les patients sur le long court et la durée de notre étude qui était de 7 mois.

Même si cela était peu fréquent, certains patients ont refusé de participer à notre étude, ce qui représente un biais de participation, ces patients étant peut-être différents de ceux étudiés.

2. Il faut également tenir compte des biais liés au type de recueil observationnel :

Bien que les internes aient tout fait pour se faire oublier durant les consultations, on ne peut exclure que la présence d'une tierce personne perturbe le colloque singulier médecin/patient. Ainsi le médecin et le patient ont pu modifier leur comportement habituel du fait de la présence d'un observateur dans la pièce. Cela a d'ailleurs parfois été fait de façon flagrante. En effet, malgré les explications données en amont, il est arrivé que le médecin interpelle directement l'interne-observateur, dans un but de formation lors d'un cas intéressant ou d'échange sur une pratique. De même le patient essayait parfois d'entamer la discussion avec l'interne-observateur, par exemple lorsque le médecin était au téléphone ou sortait temporairement du cabinet de consultation.

De plus, la plupart des médecins observés n'étaient pas maître de stage universitaire, la présence de l'interne était donc inhabituelle que ce soit pour le médecin ou le patient.

3. Enfin il y a des biais de mesure :

Le recueil ayant été fait par des internes-observateurs, leur posture de soignant observant une situation de soin ainsi que l'expérience de chacun liée à son parcours personnel a pu influencer les données recueillies. Cette limite, inhérente à tout travail de recherche, a pu être atténuée par la formation commune à la méthodologie de l'étude, la posture réflexive adoptée par les internes, ainsi que les échanges entre internes au cours du recueil.

Certains des patients observés ont été classés dans une catégorie pondérale (absence de surpoids ou d'obésité, surpoids, obésité) suite à une estimation visuelle de l'interne-observateur si l'IMC n'était pas connu. Cela a pu entraîner une classification différente de celle qui aurait été faite si l'IMC avait été connu (cela concerne 52 patients).

4.2. Population étudiée

Les onze médecins généralistes qui ont participé à l'étude exerçaient dans trois des douze QPV de Montpellier : Mosson, Cévennes, et Aiguelongue. Il semble important de préciser que, parmi les QPV de Montpellier, trois ne comptent aucun médecin généraliste installé sur leur territoire (15), il s'agit des quartiers de Celleneuve, Lemasson et Près d'Arènes. Ils regroupent 14% de la

population des QPV de Montpellier (41). Concernant les quartiers où nous nous sommes rendus : Mosson est le QPV le plus étendu et le plus peuplé de Montpellier avec 21 652 habitants, soit 41% de la population des QPV ; Aiguelongue est le plus petit QPV de la ville avec seulement 1 095 habitants, soit 2% de la population des QPV ; et le quartier Cévennes quant à lui compte 5 578 habitants, soit 11% de la population des QPV (41). Ces trois quartiers regroupent 54% de la population des QPV de Montpellier (Figure 6). Notre étude porte donc sur une majorité de la population habitant en QPV à Montpellier.

Certaines caractéristiques de la population que nous avons étudiée sont à détailler :

1. Seul 49,7% des patients étaient en situation de précarité d'après leur score EPICES, alors que nous étudions des consultations en QPV. En comparaison, dans la population étudiée par nos partenaires strasbourgeois le taux de précarité était de 65,7% (43,44). Cela peut être expliqué par les caractéristiques des quartiers montpelliérains où nous nous sommes rendus :
 - Mosson est un quartier qui a historiquement été construit dans les années 60 pour accueillir notamment les rapatriés d'Algérie. Il est l'un des trois QPV les plus pauvres, avec de fortes difficultés d'insertion sociale et professionnelle (41). 71% des consultations observées dans ce quartier concernait des patients précaires (score EPICES \geq 30)
 - Cévennes et Aiguelongue sont des quartiers avec une meilleure insertion professionnelle (41), les consultations de personnes précaires ne représentent respectivement que 56 et 24% des consultations observées dans ces quartiers.

Il est important de noter que le cabinet d'Aiguelongue est en périphérie du QPV et que la patientèle était un mélange de personnes issues des QPV et de personnes plutôt favorisées. Les consultations observées dans le quartier d'Aiguelongue ont donc fait baisser le taux de personnes précaires observées dans notre étude.

2. Le taux d'obésité et de surpoids dans la population étudiée est identique à la population générale. Comme l'obésité augmente avec la précarité nous nous attendions à un taux d'excès de poids plus élevé en étudiant des consultations en QPV. Ces résultats sont à rapprocher du taux de précarité plus faible que celui attendu dans la population étudiée secondaire à l'inclusion de patients plus favorisées : la proportion de patients en surpoids ou

en situation d'obésité est plus faible que celle attendue tout comme la proportion de patients précaires.

3. La proportion de femmes dans la population étudiée est plus importante que dans la population générale montpelliéraine. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes consultent plus en médecine générale que les hommes. Selon les chiffres de l'enquête Handicap-Santé de 2008, 91% des femmes adultes déclarent avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois contre seulement 84% des hommes. De plus les femmes consultent en moyenne une fois de plus par an que les hommes. Cela découle de certains motifs de consultations spécifiques à la femme (suivi de contraception, suivi de grossesse, ménopause, dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis...) pourvoyeurs de consultations, mais aussi du fait que les femmes adultes se jugent en moins bonne santé que les hommes (67% se trouvent en bonne ou très bonne santé contre 73% pour les hommes) (45). De plus, les femmes seraient d'avantage intéressées par leur santé et plus attentives à leurs ressentis au quotidien, ce qui entrainerait plus de consultations (46).
4. La proportion de patients âgés de plus 45 ans est plus importante dans la population étudiée que dans la population générale montpelliéraine. Cette différence s'explique par le fait que la proportion de personnes se jugeant en bonne santé diminue avec l'âge (45). Cela associé à l'augmentation des pathologies chroniques avec l'âge explique une fréquence plus importante de consultation auprès de son médecin généraliste quand l'âge augmente.
5. Plus de 9 patients sur 10 étaient connus par le médecin consulté. Les consultations s'inscrivaient donc majoritairement dans un suivi de type médecin traitant, ce que nous souhaitons étudier car propice à la prise en charge globale du patient et de ses pathologies chroniques.

4.3. Dépistage de la surcharge pondérale en consultation de médecine générale : abord du poids et calcul de l'IMC

Dans notre étude le sujet du poids était abordé lors de 37,3% des consultations. Ce chiffre concorde avec celui de la thèse de Laurène Prod'homme (34) qui note un abord du poids dans 38,5% des consultations de médecine générale observées en région Centre en 2013.

L'IMC était calculé lors de 23% des consultations que nous avons étudiées, soit 60,1% des consultations où le poids était abordé. Il faut noter que la plupart des logiciels médicaux calculent d'eux même l'IMC lorsque le poids et la taille du patient sont connus. Le calcul de l'IMC n'est donc pas toujours lié à un acte délibéré du médecin. Dans l'étude de L. Prod'homme (34) l'IMC était noté dans le dossier dans 53% des cas lorsque le poids était abordé, ce qui est un peu en dessous de nos résultats. Cette différence peut être liée à l'observation de consultations en QPV. Les médecins ont pu porter plus d'attention à ces patients plus précaires.

La pratique des médecins généralistes est ici très éloignée des recommandations de la HAS qui préconise que « *le médecin généraliste doit peser régulièrement et au mieux à chaque consultation tous les patients* » et que « *l'IMC doit être calculé pour tous les patients quel que soit le motif de consultation* » (7).

L'abord du sujet du poids et le calcul de l'IMC étaient réalisés plus fréquemment chez les patients en excès de poids comparativement aux patients avec un IMC < 25 kg/m². Le poids était abordé chez près de 6 patients en situation d'obésité sur 10, 1 patient en surpoids sur 2 et seulement 1/4 des patients avec IMC < 25. L'IMC était calculé chez 4 patients en situation d'obésité sur 10, 3 patients en surpoids sur 10 et un peu plus de 1 patient avec IMC < 25 kg/m² sur 10.

Ces résultats sont concordants avec certaines données de la littérature où les médecins évoquent un dépistage du surpoids réalisé par la pesée et le calcul de l'IMC en fonction de la corpulence du patient évaluée à l'inspection.

Les médecins sont donc sensibles au dépistage et au suivi du surpoids et de l'obésité. La première étape du dépistage est réalisée visuellement et en cas d'impression d'excès de poids cette évaluation subjective est plus facilement complétée par une évaluation objective : la pesée et le calcul de l'IMC (24). Cela va dans le sens d'une prise en charge individualisée pour chaque patient et non d'un dépistage global. Les médecins généralistes portent une attention particulière au suivi du poids chez les personnes en surpoids ou en situation d'obésité.

L'abord du poids et le calcul de l'IMC étaient également plus fréquemment réalisés chez les patients en situation de précarité. Le poids était abordé dans presque 1 consultation de patients

précaires sur 2 contre un 1/3 des non précaires. L'IMC était calculé dans 1/3 des consultations de patients précaires contre un peu plus d'1 patient non précaire sur 10.

Les médecins généralistes sont donc conscients de la situation sociale de leurs patients et prêtent une attention particulière aux plus vulnérables. Ils respectent les recommandations de la HAS d'être particulièrement attentif « *aux personnes issues de milieux défavorisés* » (7).

La HAS recommande également d'être « *particulièrement attentif à la tranche d'âge 25-34 ans* » (7). Dans notre étude il n'a pas été retrouvé de différence significative d'abord du poids et de calcul de l'IMC entre les différentes tranches d'âge. Il est possible que notre étude manque de puissance pour montrer une différence ou que les médecins généralistes ne jugent pas cette tranche d'âge comme étant plus à risque et donc n'y soient pas plus attentifs.

Nos résultats montrent une différence d'abord du poids en fonction des médecins. Trois des médecins observés étaient particulièrement attentifs à la problématique du poids comparativement aux autres. Ils pesaient leurs patients dans plus de 60% des cas et calculaient l'IMC lors de plus de 40% de leurs consultations.

La seule caractéristique qui différait chez les trois médecins plus attentifs au poids était leur sexe : toutes étaient des femmes. On retrouve dans la littérature de nombreux articles faisant état d'une différence de pratique entre les femmes et les hommes médecins. Les femmes médecins posent plus de questions aux patients lors des consultations, avec notamment plus de discussions autour des aspects psychosociaux et émotionnels de la maladie comparativement aux médecins hommes (47–49). En retour les patients ont tendance à donner plus d'informations d'ordre psychosocial et médical aux médecins femmes (47). Les femmes médecin font également plus de prévention : dispensation de conseils à visée préventive et dépistages (50). Leurs consultations sont plus longues que celles de leurs homologues masculins, elles dépassent le temps de consultation standard qui est de 16 minutes en moyenne pour les médecins généralistes français (35,48,51,52). Il a également été retrouvé que la question de la surcharge pondérale serait plus abordée dans les consultations de médecins « écoutants », qui regroupent principalement des femmes et des jeunes médecins (35).

Nous pouvons également penser, qu'indépendamment de leur sexe, les médecins puissent avoir des pratiques différentes. Lucille Ayraud a réalisé sa thèse sur les modalités de prise en charge du surpoids et de l'obésité par les médecins généralistes des QPV de Montpellier. La moitié des médecins interrogés évoquaient une pesée systématique du patient quel que soit le motif de consultation. Mais certains médecins ne réalisaient pas de surveillance systématique du poids au cours du suivi d'un excès de poids connu, se basant plus sur une évaluation qualitative, demandant au patient s'il pense que son poids s'est modifié. L'absence de pesée n'est donc pas forcément synonyme d'absence de suivi pondéral mais d'une prise en charge volontairement différente.

De nombreux médecins évaluent le poids par impression visuelle et certains réalisent un dépistage du surpoids seulement en cas de ressenti d'excès de poids à l'inspection. L'annonce du surpoids n'est pas systématique, surtout en l'absence de comorbidité associée (23,24). Il est donc possible que dans certaines consultations où nous n'avons pas observé d'abord du poids le médecin ait tout de même eu une réflexion à ce sujet et qu'il n'ait pas jugé nécessaire de l'aborder (sujet déjà abordé récemment, absence de problème de poids « visible »...). Pour avoir une estimation plus juste de l'importance accordée au suivi pondéral par les médecins il serait intéressant de réaliser un entretien avec ceux-ci après les consultations pour qu'ils puissent nous faire part de leurs réflexions médicales non exprimées devant le patient. C'est ce qui avait été fait par Lang *et al.* dans le projet Intermède (35). La question de l'excès de poids était rarement abordée au cours des consultations observées. Les entretiens réalisés après la consultation, avec le patient d'une part et le médecin d'autre part, mettaient en avant « *la discrétion, sinon le silence dans lequel le surpoids, et même l'obésité, sont traités dans le cadre de la relation duelle de la consultation* » (35).

La différence de fréquence d'abord et de dépistage du surpoids et de l'obésité entre les médecins peut être expliquée par plusieurs hypothèses :

- Il est possible que l'intérêt personnel du médecin pour la problématique du poids soit un déterminant de l'abord du sujet lors des consultations. Le médecin généraliste doit traiter un panel très large de pathologies et ne peut pas être à l'aise dans tous les domaines.
- Tous les médecins n'ont pas la même aisance pour aborder le sujet du poids. Si certains n'ont pas de crainte à aborder le sujet du fait de la relation de confiance établie avec le patient, d'autres ont peur d'être intrusif ou blessant, comme le rapporte L. Ayraud dans sa thèse.

- Cette différence peut également être due à des différences de pratique et de comportement en consultation qui peuvent amener le patient à aborder ou non de lui-même le sujet du poids. Une méthode de communication invitant le patient à être pleinement inclus dans la consultation et à y participer activement pourrait créer une atmosphère propice à l'échange et à l'ouverture du patient sur des sujets plus intimes. Pour une problématique multifactorielle telle que la prise en charge du poids cette approche semble pouvoir être plus bénéfique car une prise en charge optimale nécessite une connaissance médicale, psychologique, sociale, culturelle du patient. L'apprentissage des techniques de communication amenant à instaurer le climat propice à une discussion autour du poids pourrait être un levier pour faciliter cette prise en charge.
- Enfin pour certains médecins le suivi de l'excès de poids est délibérément fait à l'aide d'autres critères que le poids et sort donc des recommandations actuelles de la HAS. Il est possible que le schéma de notre étude n'ait pas permis de le mettre en évidence.

Pour conclure sur le sujet de l'abord du poids et du calcul de l'IMC en consultation de médecine générale, nous pouvons dire que les recommandations de la HAS sur la fréquence du dépistage du surpoids et de l'obésité ne sont pas suivies. Mais la pratique des médecins généralistes semble s'adapter à la singularité des patients avec une attention accrue accordée aux patients en excès de poids et/ou précaires. Il existe également une grande variabilité inter médecins.

La médecine générale est basée sur le suivi des patients, avec des consultations régulières, en général plusieurs fois par an. Notre étude se base sur l'observation d'une seule consultation sans connaître le contexte général de la relation médecin-patient et les prises en charge réalisées antérieurement. Il est possible que le sujet du poids ait été abordé lors d'une consultation récente et qu'il n'ait pas été jugé utile d'en reparler lors de la consultation à laquelle nous assistions.

La recommandation de peser et de calculer l'IMC systématiquement, quel que soit le motif de consultation et la corpulence du patient, n'est peut-être pas adaptée à la pratique réelle de la médecine générale. Y-a-t'il un intérêt réel à la mesure du poids plusieurs fois par an s'il n'y a pas de plainte du patient et pas de modification de la corpulence remarquée par le médecin qui connaît bien son patient ? Les recommandations sont une aide pour l'exercice de la médecine avec un but d'amélioration de la qualité des soins. Cependant le soin sur le long cours des

patients, parfois polyopathologiques, nécessite que le médecin généraliste s'adapte à chaque cas particulier, en fonction des priorités médicales qu'il définit et des préférences du patient. Il n'est donc pas toujours possible d'appliquer toutes les recommandations à la lettre (53,54).

4.4. La prise en compte de la surcharge pondérale en consultation de médecine générale

4.4.1. Temps accordé au sujet du poids

Le temps accordé au sujet du poids était très variable. Il allait de quelques secondes (le temps d'une pesée simple non commentée) à 10 minutes (lorsqu'une prise en charge pondérale était proposée) avec une médiane de 40 secondes. Au total, sur toutes les consultations où le sujet du poids était abordé, 7% du temps de consultation lui était consacré. Ce temps est du même ordre que celui attribué au surpoids et à l'obésité dans les consultations en soins primaires aux Etats Unis qui était estimé à 8% (résultat basé sur une estimation statistique et non une mesure) (33). Le temps accordé au sujet du poids en consultation de médecine générale semble très faible aux vues de l'intérêt que cela pourrait avoir en termes de santé publique.

Le temps de consultation total médian était de 16 minutes dans la population générale de notre étude et de 17 minutes pour la population en surcharge pondérale de notre étude. Il était de 18 minutes pour les consultations des personnes en surcharge pondérale où le sujet de poids était abordé. Cette différence ne peut être expliquée uniquement par le temps effectif passé à la prise en charge pondérale qui était en général bien inférieur à 2 minutes. Elle peut être secondaire aux différences de pratiques des médecins, ceux abordant le poids ayant potentiellement des consultations plus longues que leurs confrères comme nous l'avons vu plus haut. Cette différence peut également s'expliquer par le fait que les patients en surcharge pondérale ont plus de risque d'avoir des pathologies chroniques, il est donc nécessaire d'y accorder du temps en consultation en plus de la prise en charge pondérale en elle-même.

Si un excès de temps de consultation de 2 minutes semble peu à l'échelle d'une consultation, à l'échelle d'une activité de médecin généraliste cela devient important puisque le surpoids et l'obésité touchent 50% de la population adulte française. L'abord du sujet du poids est donc chronophage : par l'abord du sujet lui-même, mais également par la prise en charge des complications qui en découle. Beaucoup de médecins généralistes évoquent d'ailleurs le temps

comme un des freins majeurs à la prise en charge pondérale. Cela a été souligné par les médecins interrogés par L. Ayraud dans sa thèse. Cette problématique du temps est d'autant plus présente dans les QPV de Montpellier qu'il y a une pénurie de médecins et que les patients consultent très souvent, ce qui tend à réduire le temps de consultation pour répondre à la demande.

L'existence de consultations dédiées à la prise en charge pondérale semble indispensable pour proposer un accompagnement de qualité. Une cotation spécifique chez l'adulte tenant compte du temps nécessaire à leur réalisation, comme cela a déjà été créé pour les enfants, pourrait favoriser leur mise en place.

4.4.2. Qui aborde le sujet du poids et par quels moyens ?

Le sujet du poids était abordé dans 2/3 des cas par le médecin et dans 1/3 des cas par le patient. Cela concorde avec le fait que l'excès de poids est rarement un motif de consultation, comme cela a été rapporté dans la littérature (22,23) et par les médecins exerçant en QPV à Montpellier dans la thèse de L. Ayraud.

Pour les médecins la pesée est un des moments clefs pour aborder le sujet du poids, c'était le moyen qu'ils utilisaient dans 50% des cas dans notre étude. Souvent l'approche de la pesée était directive, ne laissant pas le choix au patient, comme un élément à part entière de l'examen clinique fait de façon systématique par le médecin. La même observation était faite dans la thèse de L. Prod'homme (34) et les médecins interrogés par L. Ayraud dans sa thèse le reconnaissaient également.

Dans 25% des cas le poids était abordé par une question directe. Le médecin demandait au patient de lui dire combien il pesait ou quelle était l'évolution de son poids sans mesure directe du poids.

Enfin dans un peu moins de 10% des cas l'abord du poids était introduit par une variation de poids visible ou connue. Cela rejoint l'idée que certains médecins évaluent en premier leurs patients visuellement et adaptent leur examen clinique en fonction (23,24).

Il semble que le mode d'abord du poids dépendait du médecin : certains pesaient systématiquement leurs patients, d'autres leurs posaient plutôt des questions.

Lorsque le patient abordait le sujet du poids c'était majoritairement (40%) lorsqu'il avait noté une modification de son poids. Le poids devient une préoccupation du patient dès lors que celui-ci n'est plus habituel et il attend une prise en charge de la part de son médecin traitant.

Dans 30% des cas le patient prenait l'initiative de se peser, comme si la pesée était un rituel incontournable de la consultation médicale. Dans certains cas il ne demandait pas l'accord du médecin pour se peser et ne lui communiquait pas son poids (celui-ci étant indifférent ou n'ayant pas vu la pesée). Peut-être que n'ayant pas de balance à domicile certains patients profitaient de la consultation pour suivre leur poids. Dans ce cas le patient ne semblait pas être en demande d'avis médical à ce sujet. D'autres patients demandaient l'accord du médecin pour se peser, souvent pour voir la modification de leur poids depuis la dernière consultation s'ils savaient avoir pris du poids.

Dans un peu plus de 10% des cas le patient abordait le sujet du poids à l'occasion d'une discussion sur un problème médical en rapport avec le poids, montrant ainsi qu'il faisait le lien entre les deux.

Lorsque le sujet du poids était abordé par le médecin, il l'était le plus souvent comme partie intégrante de l'examen clinique systématique, pour recueillir une donnée chiffrée : le poids, comme cela est recommandé par la HAS, dans un but de prévention, de dépistage, ou de suivi. Le patient avait plutôt tendance à aborder le sujet lorsque le poids devenait pour lui problématique, au moment où il pensait qu'il fallait une prise en charge. Cela montre une différence de perception de la problématique du poids entre les médecins et les patients. Si le médecin prend en charge l'excès de poids souvent dans le cadre d'une démarche préventive en tant que facteur de risque de pathologies chroniques, le patient s'intéresse plus à son poids d'un point de vue esthétique, par rapport à la norme sociale ou lorsque celui-ci retenti sur sa qualité de vie (35).

4.4.3. La prise en charge de la surcharge pondérale en médecine générale

Au cours des consultations où la question du poids était abordée, une prise en charge de la surcharge pondérale était proposée dans 29% des cas. Une fois le sujet du poids abordé la

fréquence d'instauration d'une prise en charge était plus importante chez les 18-24 ans, les 35-44 ans et les > 65 ans. Elle était très rarement proposée aux 25-34 ans alors que la HAS recommande d'être particulièrement attentif à cette tranche d'âge (7). Il serait intéressant d'étudier les causes de ces différences de prise en charge en fonction de l'âge. La fréquence de prise en charge ne différait pas significativement en fonction du sexe, de l'IMC, de la précarité et du médecin.

Les conseils de modification du mode de vie étaient les plus fréquents, avec des recommandations nutritionnelles seules (32,4%) ou associées avec des recommandations sur l'activité physique (20,6%). Parfois les patients étaient adressés à un médecin spécialiste nutritionniste ou endocrinologue (14,7%), ou des explorations biologiques complémentaires étaient réalisées (11,8%). Une consultation de suivi n'a été proposée que lors d'une consultation. L'orientation vers une diététicienne a été réalisée une fois de même que l'orientation vers un kinésithérapeute.

Nos résultats sont concordants avec la littérature qui montre que les recommandations nutritionnelles et d'activité physique sont les plus couramment utilisées dans la prise en charge de l'excès de poids (19,31). Cela est en accord avec la HAS qui recommande que les patients en excès de poids reçoivent « *une éducation diététique, des conseils d'activité physique* ». Une « *approche psychologique* » est également recommandée mais nous n'avons pas noté sa mise en œuvre dans les consultations observées (7).

Dans notre étude il y avait globalement peu de prise en charge pondérale des patients en excès de poids. 12% des patients en surpoids et 21% des patients en situation d'obésité ont bénéficié d'une prise en charge pondérale lors de la consultation observée (Figure 13). Il serait intéressant d'étudier si ces patients avaient des particularités, par exemple étaient-ils plus porteurs de pathologies secondaires au surpoids ou à l'obésité ?

Ces résultats sont à rapprocher de ceux d'Elise Gounaud (43) et Cécile Porquet (44) qui ont respectivement étudié dans leur thèse les procédures de consultations dans le projet FETOMP de Montpellier et de Strasbourg. Elles montrent que les conseils thérapeutiques sont plus prodigués dans le groupe de patients à IMC normal que pour les patients en excès de poids. Au contraire Yohana Dery dans sa thèse tirée de l'étude nationale ECOGEN montrait que la

procédure conseils et recommandations était mise en place dans 84% des consultations obésité (55). Cette différence peut être liée au fait que les projets FETOMP ont été réalisés en QPV.

D'après la littérature et les résultats de la thèse de L. Ayraud, plusieurs obstacles à la prise en charge pondérale peuvent exister en QPV :

- Tout d'abord, il semble que ce ne soit pas une problématique prioritaire. Pour les personnes en situations de précarité les préoccupations sont plus souvent centrées sur le présent : difficultés de logement, emploi... La prise en charge d'un excès de poids, surtout dans un cadre purement préventif pour éviter la survenue d'éventuelles conséquences de santé à long terme, n'est pas une priorité (56). Du point de vu des médecins, L. Ayraud rapporte la multiplicité des problématiques à traiter au cours d'une même consultation, la prise en charge nutritionnelle, chronophage, est donc souvent reléguée au second plan.
- Ensuite, il existe une banalisation de la surcharge pondérale dans les quartiers défavorisés, probablement du fait de sa prévalence plus importante que dans la population générale (3). L'excès de poids devient donc une normalité de fait dans ces quartiers (57).
- Par ailleurs, la différence de milieu social, mais également la différence culturelle entre le médecin et son patient, peuvent influencer la prise en charge pondérale. Si dans les milieux aisés on note l'importance d'une alimentation « saine », dans les milieux plus modestes et précaires l'important est déjà de pouvoir manger. La peur de manquer et de ne pas pouvoir subvenir aux besoins alimentaires de sa famille entraine un rapport à l'alimentation différent. Ce qui est important c'est alors l'abondance de la nourriture, et une nourriture dont le gout plait, particulièrement aux enfants. Les rondeurs chez les enfants sont d'ailleurs signe de bonne santé dans ces milieux (57).
- Enfin, un manque de temps lors de la consultation. Cela est lié à la nécessité de raccourcir le temps de consultation pour répondre à la demande de soin, du fait d'une pénurie de médecins et d'une fréquence de consultation des patients plus importante en QPV.

La prise en charge pondérale est donc globalement insuffisante en consultation de médecine générale en QPV. Elle est peu réalisée et de façon incomplète. L'orientation vers un professionnel de santé spécialisé, qui pourrait aider le médecin généraliste pour la prise en charge pondérale, est rarement proposée.

Plusieurs pistes pourraient expliquer ce manque de coordination entre professionnels de premier et de deuxième recours :

- une mauvaise connaissance du réseau local par le médecin généraliste ;
- un manque de certains professionnels de deuxième recours. Cela peut se traduire par des délais de consultation longs qui peuvent décourager le patient et le médecin dans leur demande de prise en charge spécialisée. Cela peut également entraîner la nécessité pour le patient de se déplacer loin de son domicile, ce qui ne lui est pas toujours possible s'il n'a pas de moyen de transport et pas les moyens financiers d'utiliser des transports en commun. Cela peut entraîner un renoncement aux soins ;
- le non remboursement de certains professionnels de santé de deuxième recours : diététiciennes, psychologues, qui peut être un frein pour des personnes en situation de précarité. La prescription de sport sur ordonnance n'étant pas remboursée actuellement, le coût lié à la pratique d'une activité physique peut également être un obstacle à la prise en charge par des professionnels en activité physique adaptée. Le médecin, connaissant la précarité de son patient, peut ne pas lui proposer ces alternatives.

5. CONCLUSION

Notre étude nous a permis d'observer la façon dont est abordée la question du poids au cours des consultations de médecine générale dans les quartiers prioritaires de la ville de Montpellier.

Le dépistage du surpoids et de l'obésité et le suivi pondéral sont globalement peu réalisés. La question du poids est abordée dans un tiers des consultations et l'IMC mesuré dans moins d'un quart des cas. Le sujet était plus souvent abordé chez les patients en excès de poids ou en situation de précarité. La fréquence d'abord du poids était également très dépendante du médecin.

Chez les patients en surcharge pondérale le poids est majoritairement abordé par le médecin, souvent par une pesée. Le temps qui y est accordé est très variable, mais généralement court, inférieur à une minute.

Trop souvent, seul un suivi du poids est réalisé. Une prise en charge pondérale, que ce soit par le médecin généraliste ou via l'orientation vers un professionnel de deuxième recours, n'a été initiée que dans un tiers des cas, soit pour 10% des patients en surpoids et 20% de ceux en situation d'obésité. Ces chiffres sont inférieurs à ceux retrouvés en population générale (55) alors que l'obésité touche particulièrement les sujets précaires. Cela met en avant la réalité des inégalités sociales de santé en France.

Nos résultats soulèvent plusieurs questions : le dépistage et la prise en charge initiale de l'excès de poids doit-il reposer uniquement sur les médecins généralistes ? Notre système de santé est-il adapté pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité ? Comment améliorer cette prise en charge ?

L'obésité est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge sur le long terme nécessitant une connaissance biomédicale, psychologique et sociale du patient. L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge mais est par nature chronophage. Comme le défend André Grimaldi, le système de santé français, avec son mode de rémunération à l'acte, n'est pas adapté à la prise en charge des pathologies chroniques en consultation de médecine générale (58).

Plusieurs axes d'amélioration semblent possibles :

- sensibiliser la population aux risques liés à la surcharge pondérale à travers des campagnes de prévention et inviter les patients en excès de poids à consulter leur médecin traitant. Cela pourrait permettre d'initier une consultation spécifique ;
- former les médecins généralistes aux techniques de communication qui pourraient faciliter l'abord de la question du poids en consultation ;
- valoriser la prise en charge des personnes en excès de poids par les médecins généralistes : soit en introduisant une cotation spécifique adaptée au temps nécessaire à la prise en charge de cette problématique ; soit en introduisant une dotation annuelle dédiée au suivi de cette pathologie ;
- favoriser une prise en charge pluridisciplinaire de proximité : par le remboursement de l'activité physique adaptée, ainsi que des consultations des diététiciennes et des psychologues ; par la généralisation des infirmières Asalées, qui peuvent réaliser l'éducation thérapeutique pour laquelle les médecins généralistes n'ont parfois pas le temps ou ne sont pas formés à prodiguer ; et en facilitant l'accès à un médecin nutritionniste et à des ateliers d'éducation thérapeutique.

Le projet FETOMP a pour but de mieux comprendre les problématiques liées à la prise en charge pondérale en milieu précaire et de proposer des solutions pratiques adaptées au terrain. La prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité observée dans les QPV de Montpellier ne semble pas optimale, elle est loin d'être systématique et peu de temps y est accordé. Une prise de conscience à tous les niveaux de l'importance de la prise en charge du poids est nécessaire : que ce soit par les patients, les médecins, ou les politiques pour proposer des moyens adaptés.

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO Consultation on Obesity (1997 : Geneva, Switzerland), World Health Organization. (2003). Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2003 [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42734>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids [Internet]. www.who.int. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Roche, INSERM, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Kantar Health. ObEpi - Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. 2012 [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.roche.fr/fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html>
4. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. Bull Épidémiologique Hebd. 25 oct 2016;640-6.
5. Poitou C, Dubern B, Clément K. Génétique des obésités. EMC Endocrinol-Nutr. 2012;9(2):1-8.
6. Frelut M-L. Obésité de l'enfant et de l'adolescent. EMC Endocrinol-Nutr. 2012;(10-506-J-10):1-14.
7. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
8. Faucher P, Ciangura C, Poitou C. Complications des obésités communes. EMC Endocrinol-Nutr. 2019;16(2):1-14.

9. Birouste G, Visier L, Zoïa G. Santé et territoire : métropolisation du territoire et relégation des quartiers. ADSP. juin 2017;(99):17-22.
10. Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine [Internet]. févr 21, 2014. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028636804&categorieLien=id>
11. Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains [Internet]. 2014-1750 déc 30, 2014. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030007934&categorieLien=id>
12. Décret n° 2015-1138 du 14 septembre 2015 rectifiant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville [Internet]. 2015-1138 sept 14, 2015. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/9/14/VJSV1518870D/jo>
13. Renaud A, Sémécurbe F, division Études territoriales, Psar Analyse urbaine, Insee. Les habitants des quartiers de la politique de la ville. Insee Première [Internet]. mai 2016 [cité 10 févr 2020];(1593). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121538>
14. Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales. Quartiers de la politique de la ville [Internet]. [cité 10 févr 2020]. Disponible sur:
<https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/quartiers-de-la-politique-de-la-ville>
15. Profil Santé - Quartiers prioritaires de la ville. 2016.
16. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan obésité 2010-2013. juill, 2011.
17. Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA. Avis du 9 février 2018 relatif aux objectifs quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022. 2018 févr p. 1-22.
18. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;1-52.

19. Bocquier A, Paraponaris A, Gourbeux J-C, Lussault P-Y, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité - Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. *Presse Médicale*. 18 juin 2005;34(11):769-75.
20. Contiero-Yvars A. Ressentis et attentes des patients concernant la prise en charge de leur surpoids/obésité par le médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le département de l'Hérault [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Montpellier; 2018.
21. El Otmani B, Cailliez E. Pratiques de contrôle du poids et implication des médecins généralistes. *Exercer*. 2015;26(122):254-5.
22. Pons C. Comment est vécu l'abord ou l'absence d'abord du poids en consultation de médecine générale pour les patients de plus de 18 ans ? [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Tours; 2013.
23. Lehr-Drylewicz A-M, Renoux C, Savan L, Lebeau J-P. La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible ? *Exercer*. 2010;21(94):130-5.
24. Guérin R, Lasserre E, Moreau A, Guioux A, Le Goaziou M-F, Laville M, et al. Surpoids de l'adulte jeune : le poids des mots, le choc des représentations. 2008;19(84):135-41.
25. Burger M. Connaissances, opinions et prise en charge des patients adultes obèses ou en surpoids par les médecins généralistes occidentaux : Apports d'une revue de littérature systématique et descriptive. [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Strasbourg;
26. Nakrachi A. Abord de l'obésité en médecine générale: représentations, vécu et attentes de patients obèses en métropole lilloise [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé de Lille; 2017.
27. Berdah C. Obésité et troubles psychopathologiques. *Ann Méd-Psychol*. 2010;168(3):184-90.
28. Dargent J. Le corps obèse dans le temps. *Rev Prat*. 2005;55:1502-5.

29. Walker P. La prise en charge des patients obèses est difficile. Elle impose une réflexion éthique au soignant. *Rev Prat - Médecine Générale*. oct 2011;25(867):642-3.
30. Le Breton D. La sociologie du corps [Internet]. 2008 [cité 13 févr 2020]. 128 p. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/la-sociologie-du-corps--9782130571384.htm>
31. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: Attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes*. 2005;29:1100-6.
32. Fayemendy P, Jesus P, Pouchard L, Desport J-C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes du département de la Haute-Vienne dans la prise en charge de l'obésité et pistes d'amélioration possibles. *Cah Nutr Diététique*. juin 2015;50(3):142-9.
33. Tsai AG, Abbo ED, Ogden LG. The time burden of overweight and obesity in primary care. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(191):1-8.
34. Prod'homme L. L'abord du poids en consultation de médecine générale avec un patient adulte. A partir d'une observation des consultations. [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Tours; 2013.
35. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C, Lauwers V, Membrado M, Rolland C, et al. L'interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. Paris: DREES-Mire, INSERM, DGS, InVS, INCa, CANAM; 2008 mai p. 1-300.
36. CETAF, Assurance Maladie. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. 2005 janv p. 1-16.
37. CETAF, Assurance Maladie. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie [Internet]. 2005 [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <http://gemsto.free.fr/gemstoprekarite18dec07epicescalcul.pdf>
38. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;25(114):148-57.

39. Jamoulle M, Roland M, Humbert J, Brulet JF. Traitement de l'information médicale par la classification internationale des soins primaires (CISP-2) : deuxième version. France: Care Editions ASBL; 2000.
40. International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2) [Internet]. World Health Organization. [cité 14 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>
41. Unité urbaine de Montpellier. Insee. juill 2018;(Dossier Occitanie n°7):126-31.
42. Population en 2016 – Recensement de la population [Internet]. Insee. 2019 [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4171341?sommaire=4171351>
43. Gounaud E. Description du surpoids et l'obésité dans les Quartiers Prioritaires de la Ville de Montpellier - Projet de Formation à l'Éducation Thérapeutique sur l'Obésité en Milieu Précaire (FETOMP) [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Montpellier; 2020.
44. Porquet C. Projet FETOMP : analyse quantitative de la population consultant en médecine générale en Quartiers Prioritaires Politiques de la Ville de Strasbourg selon le poids [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de médecine de Strasbourg;
45. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. DRESS Etudes Résultats. févr 2010;(717):8.
46. Briscoe ME. Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultation. Soc Sci Med 1982. 1987;25(5):507-13.
47. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. Patient Educ Couns. 2002;48(3):217-24.
48. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication - A meta-analytic review. JAMA. 14 août 2002;288(6):756-64.
49. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Rev Médicale Suisse. 2010;6:1444-7.

50. Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling - An analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care.* déc 2001;39(12):1281-92.
51. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *DRESS Etudes Résultats.* avr 2006;(481):1-8.
52. Jefferson L, Bloor K, Hewitt C. The effect of physician gender on length of patient consultations: observational findings from the UK hospital setting and synthesis with existing studies. *J R Soc Med.* 2015;108(4):136-41.
53. Frappé P. Les référentiels et leur non-application en médecine générale. *Trib Sante.* 30 juin 2020;N° 64(2):49-59.
54. Grenier C, Guludec DL, Montalembert P de, Mounic V. Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine. *Trib Sante.* 30 juin 2020;N° 64(2):37-47.
55. Dery Y. Obésité et surpoids : description de la prise en charge globale en médecine générale : Etude nationale ECOGEN [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.
56. Peretti-Watel P. La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? *Rev Epidemiologie Santé Publique.* août 2013;61(3):S158–S162.
57. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation - Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale. *Rev Francaise Sociol.* 2009;50(4):747-73.
58. Grimaldi A. Quel avenir pour le système de Santé ? *Médecine Mal Métaboliques.* mai 2016;10(3):231-7.

ANNEXES

Annexe 1 - Score EPICES

Calcul du score EPICES

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

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

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

Annexe 2 - Grille ECOGEN

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

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

Annexe 4 - Feuille de recueil qualitatif

Code consultation : code IMG (A, B...), code MG (A, B...) jj mm n° consultation : -----
Numéro de téléphone du patient :
<ul style="list-style-type: none">• Prise de contact (salutations, langue parlée, aspect du patient ...)• Déroulé de la consultation (questions ouvertes /fermées, impression de malaise/connivence/, qui prend les initiatives et quand ...)• Moments clés de la consultation• Déroulé de l'examen clinique (examen commenté ou non ...)• Langage non verbale (le médecin regarde le patient/l'ordi, évite/cherche le regard, posture du patient, posture du médecin...)• Observation autre• Poids :<ul style="list-style-type: none">➤ Perception de la corpulence➤ La question est-elle abordée ?➤ Par qui ?➤ Pour qui est-ce un problème ?➤ Heure à laquelle est abordé la question du poids➤ Durée accordée à la question du poids➤ Titre de la consultation

Annexe 5 - Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Age moyenne (écart type)	51 (19)
Sexe n (%)	
Femme	250 (63,8)
Homme	142 (36,2)
Profession n (%)	
Agriculteur	1 (0,3)
Artisan commerçant	8 (2,0)
Employé	90 (23,0)
Ouvrier	5 (1,3)
Cadre supérieur	29 (7,4)
Profession intermédiaire	2 (0,5)
Retraité	114 (29,1)
Sans activité professionnelle	105 (26,8)
Donnée manquante	38 (9,7)
Etudiant n (%)	24 (6,1)
Langue maternelle n (%)	
Français	275 (70,2)
Afrique	
Algérien	3 (0,8)
Arabe	80 (20,4)
Berbère	15 (3,8)
Tunisien	1 (0,3)
Sango	1 (0,3)
Malgache	2 (0,5)
Europe	
Catalan	3 (0,8)
Espagnol	16 (4,1)
Portuguais	2 (0,5)
Gitan	1 (0,3)
Grec	1 (0,3)
Polonais	1 (0,3)
Russe	1 (0,3)
Turque	1 (0,3)
Perse	1 (0,3)
Asie	
Chinois	1 (0,3)
Vietnamien	1 (0,3)
Amérique	
Bolivien	1 (0,3)
Langue parlée n (%)	
Français courant	357 (91,1)
Français approximatif	27 (6,9)
Ne parle pas français	8 (2,0)
Médecin parle la même langue que le patient non francophone	2 (0,5)
Médecin et patient parlent la même langue qui n'est pas leur langue maternelle	1 (0,3)
Interprète de proximité	12 (3,1)
Interprète professionnel	0 (0,0)
Statut assurance maladie n (%)	
Invalidité	12 (3,1)
CMU	86 (21,9)
AME	3 (0,8)
ALD	56 (14,3)
Non affilié sécurité sociale	1 (0,3)
Statut Accident de travail / Maladie professionnelle n (%)	
Accident de travail	10 (2,6)
Maladie professionnelle	1 (0,3)
Précarité	
Score EPICES moyenne (écart type)	30,9 (19,9)
Patients précaires (score EPICES ≥ 30) n (%)	195 (49,7)
Patients non précaires (score EPICES < 30) n (%)	197 (50,3)
Patient nouveau ou connu du médecin n (%)	
Patient connu	367 (93,6)
Nouveau patient	24 (6,1)
Donnée manquante	1 (0,3)
Total n (%)	392 (100,0)

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.*

RESUME

Introduction : 32,3% des adultes français sont en surpoids et 15% en situation d'obésité, avec une prévalence de l'obésité qui augmente avec la précarité. Le médecin généraliste est désigné comme médecin de premier recours pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Cependant le sujet du poids, jugé sensible et chronophage, est connu comme étant difficile à aborder. L'objectif de notre étude est de décrire comment le sujet du surpoids et de l'obésité est abordé et quelle prise en charge est mise en place en consultation de médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV) de Montpellier. Notre travail s'intègre dans le projet Formation et Education Thérapeutique concernant l'Obésité en Milieux Précaires (FETOMP).

Méthode : Etude de données recueillies pour le projet FETOMP par observation de consultations de patients adultes en médecine générale. Analyse des modalités d'abord du poids (fréquence, par qui et comment), du calcul de l'IMC, du temps accordé au poids, et de la prise en charge pondérale, à partir de grilles d'observations standardisées (grille ECOGEN codée avec la classification CISP2, fiche de recueil qualitatif) et des enregistrements audio des consultations.

Résultats : 392 consultations ont été observées. Parmi les patients étudiés 133 étaient en surpoids (33,9%) et 58 en situation d'obésité (14,8%). L'abord du sujet du poids était réalisé lors de 37,3% des consultations et le calcul de l'IMC lors de 23% des consultations, avec une fréquence plus importante chez les patients en surcharge pondérale ou précaire ainsi qu'avec certains médecins. Sur les 96 consultations de patients en excès de poids pour lesquels le sujet du poids avait été abordé, la médiane du temps accordé au poids était de 40 secondes, soit 7% du temps de consultation. Le sujet était initié majoritairement par le médecin (62,5%), principalement via une pesée. Une prise en charge pondérale était réalisée lors de 29,2% de ces consultations, principalement via des recommandations nutritionnelles et d'activité physique.

Conclusion : Le dépistage et le suivi du surpoids et de l'obésité semblent insuffisamment réalisés en médecine générale dans les QPV de Montpellier. Une prise en charge pondérale est peu proposée au cours des consultations et les patients sont rarement orientés vers les professionnels de deuxième recours.

Mots clefs : obésité ; surpoids ; médecine générale ; attitudes et pratiques en santé ; QPV ; précarité ; Montpellier