



**HAL**  
open science

# Influence du surpoids et de l'obésité sur les motifs de consultation en médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville de Montpellier

Charline Leydier

## ► To cite this version:

Charline Leydier. Influence du surpoids et de l'obésité sur les motifs de consultation en médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03325897

**HAL Id: dumas-03325897**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03325897>**

Submitted on 25 Aug 2021

**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

**Charline LEYDIER**

le 17 juin 2021

INFLUENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE SUR LES MOTIFS DE  
CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE DANS LES QUARTIERS  
PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE DE MONTPELLIER

Directeur de thèse : Docteur BARNIER Yannick

JURY

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs : Professeur RENARD Eric

Docteur FOLCO-LOGNOS Béatrice

Docteur BARNIER Yannick

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Charline LEYDIER**

le 17 juin 2021

INFLUENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE SUR LES MOTIFS DE  
CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE DANS LES QUARTIERS  
PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE DE MONTPELLIER

Directeur de thèse : Docteur BARNIER Yannick

JURY

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs : Professeur RENARD Eric

Docteur FOLCO-LOGNOS Béatrice

Docteur BARNIER Yannick

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

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

#### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivuer	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

#### Docteurs Emérites

PRAT Dominique  
 PUJOL Joseph

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie 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
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
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
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoit	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
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
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
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
TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

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

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre  
BORIE Frédéric  
BOURDIN Arnaud  
CAMBONIE Gilles  
CAMU William  
CANOVAS François  
CAPTIER Guillaume  
CARTRON Guillaume  
CAYLA Guillaume  
CHANQUES Gérard  
CORBEAU Pierre  
COULET Bertrand  
CUVILLON Philippe  
DADURE Christophe  
DAUVILLIERS Yves  
DE TAYRAC Renaud  
DE VOS John  
DEMARIA Roland  
DEREURE Olivier  
DROUPY Stéphane  
DUCROS Anne  
DUPEYRON Arnaud  
FESLER Pierre

GARREL Renaud  
GENEVIEVE David  
GUILLAUME Sébastien  
GUIU Boris  
HAYOT Maurice  
HOUEDE Nadine  
KLOUCHE Kada  
KOENIG Michel  
KOUYOUMDJIAN Pascal  
LAFFONT Isabelle  
LAVABRE-BERTRAND Thierry  
LAVIGNE Jean-Philippe  
LE MOING Vincent  
LECLERCQ Florence  
MARIANO-GOULART Denis  
MATECKI Stéfan  
MORANNE Olivier  
MOREL Jacques  
NAVARRO Francis  
NOCCA David  
PASQUIE Jean-Luc  
PERNEY Pascal

PRUDHOMME Michel  
PUJOL Jean Louis  
PURPER-OUAKIL Diane  
ROGER Pascal  
TRAN Tu-Anh  
VERNHET Hélène

## PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline  
CANAUD Ludovic

CAPDEVIELLE Delphine  
CLARET Pierre-Géraud  
COLOMBO Pierre-Emmanuel  
COSTALAT Vincent  
DAIEN Vincent  
DORANDEU Anne  
FAILLIE Jean-Luc

FUCHS Florent  
GABELLE DELOUSTAL Audrey  
GAUJOUX Viala Cécile  
GODREUIL Sylvain

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
Chirurgie viscérale et digestive  
Pneumologie ; addictologie  
Pédiatrie  
Neurologie  
Anatomie  
Anatomie  
Hématologie ; transfusion  
Cardiologie  
Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire  
Immunologie  
Chirurgie orthopédique et traumatologique  
Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire  
Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire  
Physiologie  
Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
Histologie, embryologie et cytogénétique  
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
Dermatologie - vénéréologie  
Urologie  
Neurologie  
Médecine physique et de réadaptation  
Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
Oto-rhino-laryngologie  
Génétique  
Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
Radiologie et imagerie médicale  
Physiologie  
Cancérologie ; radiothérapie  
Médecine intensive-réanimation  
Génétique  
Chirurgie orthopédique et traumatologique  
Médecine physique et de réadaptation  
Histologie, embryologie et cytogénétique  
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
Cardiologie  
Biophysique et médecine nucléaire  
Physiologie  
Néphrologie  
Rhumatologie  
Chirurgie viscérale et digestive  
Chirurgie viscérale et digestive  
Cardiologie  
Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
Anatomie  
Pneumologie ; addictologie  
Pédopsychiatrie ; addictologie  
Anatomie et cytologie pathologiques  
Pédiatrie  
Radiologie et imagerie médicale

Cancérologie; radiothérapie  
Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
Médecine d'urgence  
Cancérologie ; radiothérapie  
Radiologie et imagerie médicale  
Ophtalmologie  
Médecine légale et droit de la santé  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
Neurologie  
Rhumatologie  
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILPAIN Philippe

HERLIN Christian

IMMEDIATO DAIEN Claire

JACOT William

JEZIORSKI Eric

JUNG Boris

KALFA Nicolas

LACHAUD Laurence

LALLEMANT Benjamin

LE QUINTREC DONNETTE Moglie

LETOUZEY Vincent

LONJON Nicolas

LOPEZ CASTROMAN Jorge

LUKAS Cédric

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas

MILLET Ingrid

MURA Thibault

NAGOT Nicolas

OLIE Emilie

PANARO Fabrizio

PARIS Françoise

PELLESTOR Franck

PEREZ MARTIN Antonia

POUDEROUX Philippe

RIGAU Valérie

RIVIER François

ROSSI Jean François

ROUBILLE François

SEBBANE Mustapha

SIRVENT Nicolas

SOLASSOL Jérôme

STOEBNER Pierre

SULTAN Ariane

THOUVENOT Éric

THURET Rodolphe

TUAILLON Edouard

VENAIL Frédéric

VILLAIN Max

VINCENT Denis

VINCENT Thierry

WOJTUSCISZYN Anne

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement;  
addictologie

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

Rhumatologie

Cancérologie ; Radiothérapie

Pédiatrie

Médecine intensive-réanimation

Chirurgie infantile

Parasitologie et mycologie

Oto-rhino-laryngologie

Néphrologie

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Neurochirurgie

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

Rhumatologie

Radiologie et imagerie médicale

Radiologie et imagerie médicale

Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la  
communication

Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la  
communication

Psychiatrie d'adultes; addictologie

Chirurgie viscérale et digestive

Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;  
gynécologie médicale

Histologie, embryologie et cytogénétique

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine  
vasculaire)

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Anatomie et cytologie pathologiques

Pédiatrie

Hématologie ; transfusion

Cardiologie

Médecine d'urgence

Pédiatrie

Biologie cellulaire

Dermato-vénéréologie

Nutrition

Neurologie

Urologie

Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Oto-rhino-laryngologie

Ophthalmologie

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

Immunologie

Endocrinologie-diabétologie-nutrition

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

## PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

## PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)  
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)

## Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

### MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno  
SEGONDY Michel

Médecine palliative  
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

### MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie  
BOULLE Nathalie  
CACHEUX-RATABOUL Valère  
CARRIERE Christian  
CHARACHON Sylvie  
FABBRO-PERAY Pascale  
GIANZILY-BLAIZOT Muriel

Biochimie et biologie moléculaire  
Biologie cellulaire  
Génétique  
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
Hématologie ; transfusion

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

BERTRAND Martin  
BOUDOUSQ Vincent  
BRET Caroline  
BROUILLET Sophie

COSSEE Mireille  
GIRARDET-BESSIS Anne  
LAVIGNE Géraldine  
LESAGE François-Xavier  
MARTRILLE Laurent  
MATHIEU Olivier  
MOUZAT Kévin  
PANABIERES Catherine  
RAVEL Christophe  
SCHUSTER-BECK Iris  
STERKERS Yvon  
THEVENIN-RENECéline

Anatomie  
Biophysique et médecine nucléaire  
Hématologie biologique  
Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale  
Génétique  
Biochimie et biologie moléculaire  
Hématologie ; transfusion  
Médecine et Santé au Travail  
Médecine légale et droit de la santé  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
Biochimie et biologie moléculaire  
Biologie cellulaire  
Parasitologie et mycologie  
Physiologie  
Parasitologie et mycologie  
Immunologie

### MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe

BERGOUGNOUX Anne  
CHIRIAC Anca  
DE JONG Audrey  
DU THANH Aurélie  
FITENI Frédéric  
GOUZI Farès  
HERRERO Astrid  
HUBERLANT Stéphanie  
KUSTER Nils  
MAKINSON Alain  
PANTEL Alix  
PERS Yves-Marie  
ROUBILLE Camille  
SZABLEWSKY

Génétique  
Immunologie  
Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire  
Dermato-vénérologie  
Cancérologie ; radiothérapie  
Physiologie  
Chirurgie viscérale et digestive  
Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale  
Biochimie et biologie moléculaire  
Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
Thérapeutique; addictologie  
Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie  
Anatomie et cytologie pathologiques

## Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

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

COSTA David  
OUDE ENGBERINK Agnès

### MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice  
CARBONNEL François

## Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme  
LOPEZ Antonio  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SERAYET Philippe

## Maitres de Conférences des Universités

### Maitres de Conférences des Universités

BADIA Eric  
CHAZAL Nathalie

Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
Biologie cellulaire

### Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

## Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie

MARIA Alexandre  
MIOT Stéphanie  
SARRABAY Guillaume  
SOUCHE François-Régis

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;  
addictologie  
Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;  
addictologie  
Génétique  
Chirurgie viscérale et digestive

## PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick  
AKKARI Mohamed  
ALRIC Jérôme  
AMEDRO Pascal  
AMOUROUX Cyril  
ANTOINE Valéry  
ARQUIZAN Caroline  
ATTALIN Vincent

AYRIGNAC Xavier  
BADR Maliha  
BAIS Céline  
BARBAR Saber Davide  
BASSET Didier  
BATIFOL Dominique  
BATTISTELLA Pascal  
BAUCHET Luc  
BENEZECH Jean-Pierre  
BENNYYS Karim  
BERNARD Nathalie  
BERTCHANSKY Ivan  
BIBOULET Philippe

BIRON-ANDREANI Christine  
BLANC Brigitte  
BLANCHARD Sylvie

MORAU Estelle  
MOSER Camille  
MOUSTY Eve  
MOUTERDE Gaël  
PANSARD Nicole  
PERNIN Vincent  
PERRIGAULT Pierre François  
PEYRON Pierre-Antoine  
PICARD Eric  
PICOT Marie Christine  
PIERONI Laurence  
POQUET Héléne  
PUJOL Sarah-Lise  
PUPIER Florence  
QUANTIN Xavier  
RAFFARD Laurence  
RAPIDO Francesca  
RIBRAULT Alice  
RICHAUD-MOREL Brigitte  
RIDOLFO Jérôme  
RIPART Sylvie  
RONGIERES Michel  
ROULET Agnès  
RUBENOVITCH Josh  
SANTONI Fannie  
SASSO Milène  
SCHULDINER Sophie

BLANCHET Catherine  
BLATIERE Véronique  
BOBBIA Xavier  
BOGE Gudrun  
BOURRAIN Jean Luc  
BOUYABRINE Hassan  
BRINGER-DEUTSCH Sophie  
BRINGUIER BRANCHEREAU  
Sophie  
BRISOT Dominique  
BRONER Jonathan  
CADE Stéphane  
CAIMMI Davide Paolo  
CARR Julie  
CARTIER César  
CASPER Thierry  
CASSINOTTO Christophe  
CATHALA Philippe  
CAZABAN Michel  
CHARBIT Jonathan  
CHEVALLIER Thierry  
CHEVALLIER-MICHAUD  
Josyane  
COLIN Olivier  
CONSEIL Mathieu  
CORBEAU Catherine

SEGURET Fabienne  
SENESSE Pierre  
SKALLI El Medhi  
SOLA Christelle  
SOULLIER Camille  
STOEBNER DELBARRE Anne  
TEOT Luc  
THIRION Marina  
VACHIERY-LAHAYE Florence  
VERNES Eric  
VINCENT Laure  
WAGNER Laurent  
ZERKOWSKI Laetitia

COROIAN Flavia-Oana  
COUDRAY Sarah  
CRANSAC Frédéric  
CUNTZ Danielle  
DARDALHON Brigitte  
DAVID Aurore  
DE BOUTRAY Marie  
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier

DEBIEN Blaise  
DELPONT Marion  
DENIS Héléne  
DEVILLE de PERIERE Gilles  
DJANIKIAN Flora  
DONNADIEU-RIGOLE Héléne  
FAIDHERBE Jacques  
FATTON Brigitte  
FAUCHERRE Vincent  
FILLERON Anne  
FITENI Frédéric  
FOURNIER Philippe  
GAILLARD Nicolas

GALMICHE Sophie  
GENY Christian  
GERONIMI Laetitia

GINIES Patrick  
GRECO Frédéric  
GUEDJ Anne Marie  
GUYON Gaël  
HENRY Vincent  
JAMMET Patrick  
JEDRYKA François  
JREIGE Riad

KINNE Mélanie  
LABARIAS Coralie  
LACAMBRE Mathieu  
LANG Philippe  
LAZERGES Cyril  
LE GUILLOU Cédric  
LEGLISE Marie Suzanne  
LOPEZ Régis  
LUQUIENS Amandine  
MANZANERA Cyril  
MARGUERITTE Emmanuel  
MARTIN Lucille  
MATTATIA Laurent

MEROUEH Fadi  
MEYER Pierre  
MILESI Christophe

# Remerciements

## **A mon jury,**

Au Professeur Philippe LAMBERT,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma plus grande considération.

Au Professeur Eric RENARD,

Merci de faire partie de mon jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma plus grande considération.

Au Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS,

Merci de faire partie de mon jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assurée de ma reconnaissance et de ma plus grande considération.

Au Docteur Yannick BARNIER,

Merci de m'avoir permis de faire partie du projet FETOMP. Merci pour le temps que tu m'as accordé, pour ton accompagnement et tes conseils qui m'ont beaucoup aidé à concrétiser ce travail.

## **A ma famille,**

**A Maman**, merci de m'aimer autant, de toujours être à mes côtés, même quand je suis exécrable. Merci pour ton soutien, d'être toujours là pour moi dans toutes les situations. Et puis tu sais que, même si je l'embête, je l'aime bien Plumeau.

**A mes Sœurs**, deux petits anges (ou presque) arrivées dans ma vie. Je suis très fière de vous, de vous voir grandir et devenir des jeunes femmes presque aussi belles que votre sœur. J'espère qu'on se fera encore plein de supers balades en raquette quand on sera toutes les trois vieilles et ridées. Et vive Poupi le plus beau.

**A Caro**, merci d'être encore contente de me voir débarquer les dimanches avec tous mes sacs, merci pour tes bonnes mixtures et toutes ces années passées ensemble.

**A Mamir**, à ta force de caractère. Merci à la petite souris des pommes.

**A Papa**, ça y est je l'ai enfin passée. Je sais que tu dois être très fier de moi. J'ai forcément une pensée pour toi en cette journée, si j'en suis arrivée là c'est en grande partie grâce à toi alors, merci papa.

## **A Xavier,**

Merci d'être à mes côtés, de tout partager avec moi, d'être là pour moi. Merci pour toutes tes attentions. Je nous souhaite plein de bonheur à vivre tous les deux, et aussi plein de voyages pour que tu puisses faire encore beaucoup d'albums photo.

**A ma belle-famille**, merci de m'avoir aussi bien accueillie. Signé la reine des neiges.

## **A mes amis,**

**A mes copines du lycée**, une amitié qui dure... On a fini de grandir ensemble, on a commencé nos vies d'adultes ensemble et j'espère que nous aurons encore plein de choses à vivre ensemble. Merci à Popo, pour ton organisation, de notre TPE en première jusqu'aux voyages, tu es une amie sur qui on peut compter. Je te souhaite plein de bonheur à venir avec cette arrivée (qui sera peut-être déjà née le jour de ma thèse). Merci à Aurore, la première que j'ai rencontrée. Tu nous as fait visiter Marseille, Annecy puis Toulouse, toujours avec le sourire. Et merci de nous avoir fait découvrir la croziflette. Merci à Aurélie, et même si tu as un chat très allergisant je continuerai de venir te voir.

**A mes copines de l'externat**, je suis contente de vous avoir trouvées dès le début de nos longues études et qu'on ne se soit plus quittées depuis. Avec nos personnalités toutes aussi différentes et originales les unes que les autres, on a réussi à nouer des amitiés solides et à avoir un groupe où être soi-même et bizarre n'était pas un problème. Merci pour votre soutien, votre écoute, votre réconfort durant toutes ces années. Je pense que nous avons noué des amitiés fortes qui j'espère vont durer encore très longtemps. Et surtout merci pour tous ces souvenirs qu'on a ensemble, ces moments de rigolade, et il y en a beaucoup !

Merci à Laura ma binôme quoiqu'il arrive, le destin nous ramène encore au même endroit. Merci à Jessichou pour ta sensibilité et ton écoute. Merci à Popo pour tes talents au chant et ton rire. Merci à Eline, pour ta gentillesse et tes supers blagues. Merci à Sorbet pour tes pas de danse. Merci à Boulette pour ton mono cheveu. Merci à Fel pour ta bonne humeur et ta folie.

**A tous mes amis de l'internat**, merci d'avoir rendu ces stages et ces soirées aussi agréables.

Merci à Marie qui nous a fait découvrir les bons restos de Perpignan. Merci à Hélène ma première co-interne. Merci à Pierre pour les fou-rires en TD. Merci à l'internat de Carcassonne, en particulier à Caro pour nos goûters de pédiat, et à Anne Sophie pour sa motivation en soirée. Merci à Camille, de Perpignan à ton interview de thèse à Montpellier.

Merci à Elise et Kevin, mes partenaires Fetomp.

Merci à Claire et Thomas, on attend la piscine de Perpignan avec impatience (et le repas de PACS).

Merci à Laura (encore) et Emilien, vivement nos prochaines vacances, on sait que vous avez adoré. Emilien prépare toi à me donner plein d'avis ortho.

Merci à Benoit, après une belle carte postale de Martinique, j'espère qu'on viendra te voir sur place pour que tu nous fasses goûter du bon rhum.

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	1
INTRODUCTION.....	3
I/ Généralités .....	3
1) Définition.....	3
2) Épidémiologie .....	4
II/ Obésité et conséquences.....	6
1) Conséquences organiques .....	6
2) Conséquences sociologiques .....	9
3) Conséquences économiques.....	10
4) Conséquences politiques.....	11
III/ Médecin généraliste et obésité.....	12
1) Généralités .....	14
2) Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV).....	16
V/ Etude ECOGEN.....	17
VI/ Projet FETOMP .....	18
VII/ Place de ce travail dans le projet FETOMP.....	19
MATERIELS ET METHODES .....	20
I/ Objectifs de cette étude .....	20
II/ Type d'étude.....	20
III/ Population et critères d'inclusion .....	21
IV/ Recueil.....	22
1) Score EPICES .....	22
2) Grille Ecogen .....	23
3) Feuille de recueil qualitative.....	23
4) Rappel téléphonique .....	24
V/ Saisie .....	24
VI/ Analyse statistique .....	24
VII/ Aspects éthiques .....	25
RESULTATS .....	26

I/ Diagramme de flux .....	26
II/ Caractéristiques de la population .....	27
1) Caractéristiques de la population étudiée .....	27
2) Caractéristiques de la population selon le poids .....	30
3) Caractéristiques de la population selon le poids et la précarité .....	31
III/ Analyse des motifs de consultations .....	33
1) Comparaison des motifs de consultations selon 3 groupes .....	33
2) Comparaison des motifs de consultations selon 2 groupes O+/O- .....	36
3) Comparaison des motifs de consultations selon 2 groupes O+P+/O-P- .....	39
IV/ Comparaison des motifs de consultations entre Montpellier et Strasbourg .....	42
1) Comparaison des motifs de consultations entre les O+ et les O- .....	42
2) Comparaison des motifs de consultations entre les O+P+ et O+P- .....	46
DISCUSSION .....	49
I/ Forces et limites de l'étude .....	49
1) Limites .....	49
2) Forces .....	50
II/ Résultats principaux .....	52
1) Motifs de consultation chez les O+ .....	52
2) Motifs de consultation chez les O+P+ .....	55
3) Caractéristiques de la population en QPV .....	56
CONCLUSION .....	59
BIBLIOGRAPHIE .....	61
ANNEXES .....	64

# INTRODUCTION

## I/ Généralités

### 1) Définition

Pendant longtemps, le surpoids était un signe de santé et de prospérité. Le souci principal en matière de nutrition était d'assurer un apport énergétique suffisant en réponse aux besoins. Néanmoins, de nos jours, avec l'amélioration du niveau de vie, l'obésité prend le rôle de maladie grandissante.

Selon l'OMS, le surpoids est une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé<sup>(1)</sup>.

Selon les recommandations de l'HAS, le suivi du surpoids et de l'obésité est fait par le calcul de l'IMC :

poids sur la taille au carré

en kg/m<sup>2</sup>.

Le surpoids est défini par un IMC  $\geq 25$  et l'obésité par un IMC  $\geq 30$ <sup>(2)</sup>.

Cette dernière est classée en 3 stades:

- classe I  $\geq 30$
- classe II  $\geq 35$
- et classe III  $\geq 40$ .

D'autres critères ont été introduits pour mesurer l'adiposité tels que le tour de taille. En effet, le surplus de masse grasseuse peut avoir des conséquences différentes selon sa répartition au niveau de l'organisme. L'excès de masse grasse dans la région abdominale (graisse autour des viscères) est associé à un risque accru de diabète et de maladies cardiovasculaires, mais aussi de certains cancers, et ce indépendamment de l'IMC.

Selon l'HAS, l'obésité est le résultat d'un déséquilibre prolongé de la balance énergétique : les apports énergétiques journaliers dépassant les dépenses pendant une très longue période. Des interactions complexes entre des facteurs biologiques, comportementaux, sociaux et environnementaux sont impliquées dans la régulation de la balance énergétique.

## **2) Épidémiologie**

Selon l'Insee, 1,9 milliards d'adultes dans le monde sont en surpoids et 650 millions sont obèses.

L'obésité touche principalement les pays occidentaux riches et développés.

En 2012, 32,3% des Français adultes âgés de 18 ans et plus sont en surpoids ( $25 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ ) et 15% présentent une obésité ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ )<sup>(3)</sup>. C'est donc un problème de santé publique.

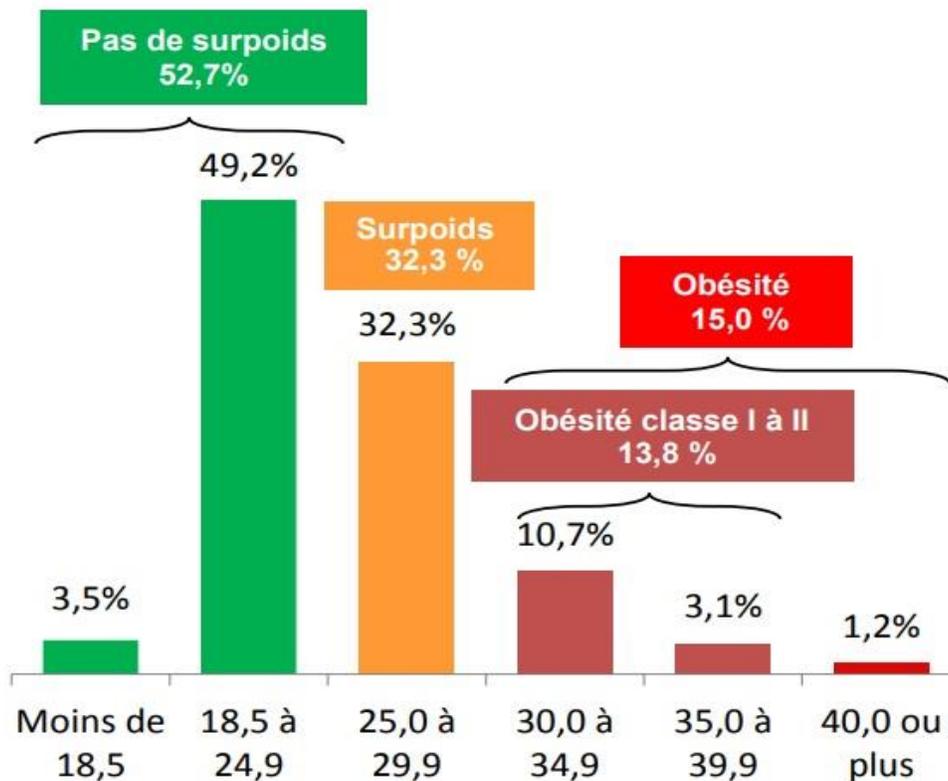


Figure 1: Répartition de la population en fonction du niveau d'IMC en 2012 (Obépi 2012)

La prévalence de l'obésité est plus grande chez les femmes (15,7% contre 14,3% chez les hommes en 2012). De plus, la prévalence de l'obésité féminine tend à augmenter plus rapidement que celle de l'obésité masculine<sup>(3)</sup>.

Selon l'Agence Régionale de Santé (ARS), en Occitanie, l'obésité est en constante augmentation<sup>(4)</sup>.

L'IMC augmente aussi avec l'âge, avec un IMC moyen à  $22,4 \pm 4,0$  kg/m<sup>2</sup> pour les 18-24 ans contre  $26,5 \pm 4,6$  kg/m<sup>2</sup> pour les personnes âgées de plus de 65 ans, pour l'année 2012. Toutefois, on remarque que plus les générations sont récentes, plus le taux d'obésité de 10% est atteint précocement. L'augmentation la plus importante de la prévalence de l'obésité selon les tranches d'âge entre 2009 et 2012 est celle qui touche les 18-24 ans (+ 35%)<sup>(3)</sup>.

## ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ EN FONCTION DE L'ÂGE

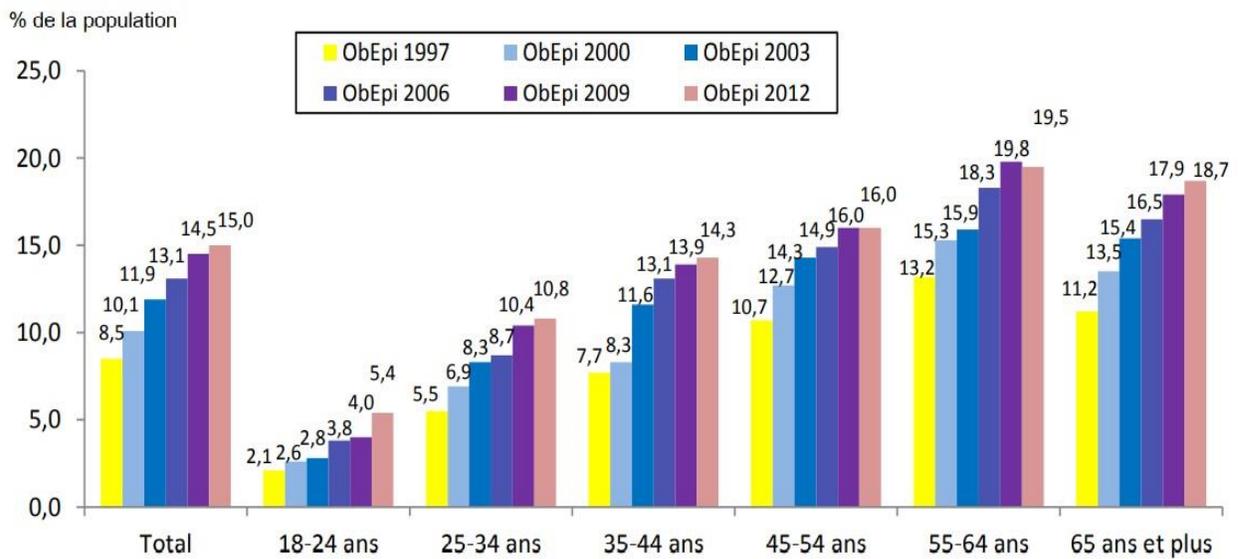


Figure 2: Répartition de la prévalence de l'obésité par tranche d'âge depuis 1997 (Obépi 2012)

## II/ Obésité et conséquences

### 1) Conséquences organiques

L'augmentation de l'IMC est liée à un risque accru de maladies, notamment cardiovasculaires, et l'augmentation de l'adiposité abdominale est corrélée à la hausse des cancers, des pathologies ostéo-articulaires et cutanées<sup>(3)</sup>.

Plus récemment, nous avons pu constater que l'obésité était également un facteur de gravité pour l'infection liée à la Covid-19. Le lien entre obésité et risque de complications de la Covid-19 est lié aux pathologies associées à l'obésité, mais existe également indépendamment de celles-ci.

En avril 2020, une étude du CHU de Lille met en évidence que plus de 47% des patients infectés admis en réanimation sont en situation d'obésité et une forme sévère d'obésité (à savoir un IMC supérieur à 35) augmente significativement le risque d'être placé sous respiration mécanique invasive, indépendamment de l'âge, de l'hypertension artérielle et du diabète<sup>(5)</sup>.

Le risque d'être traité pour hypertension artérielle est également augmenté chez les sujets en surpoids et chez les personnes obèses.

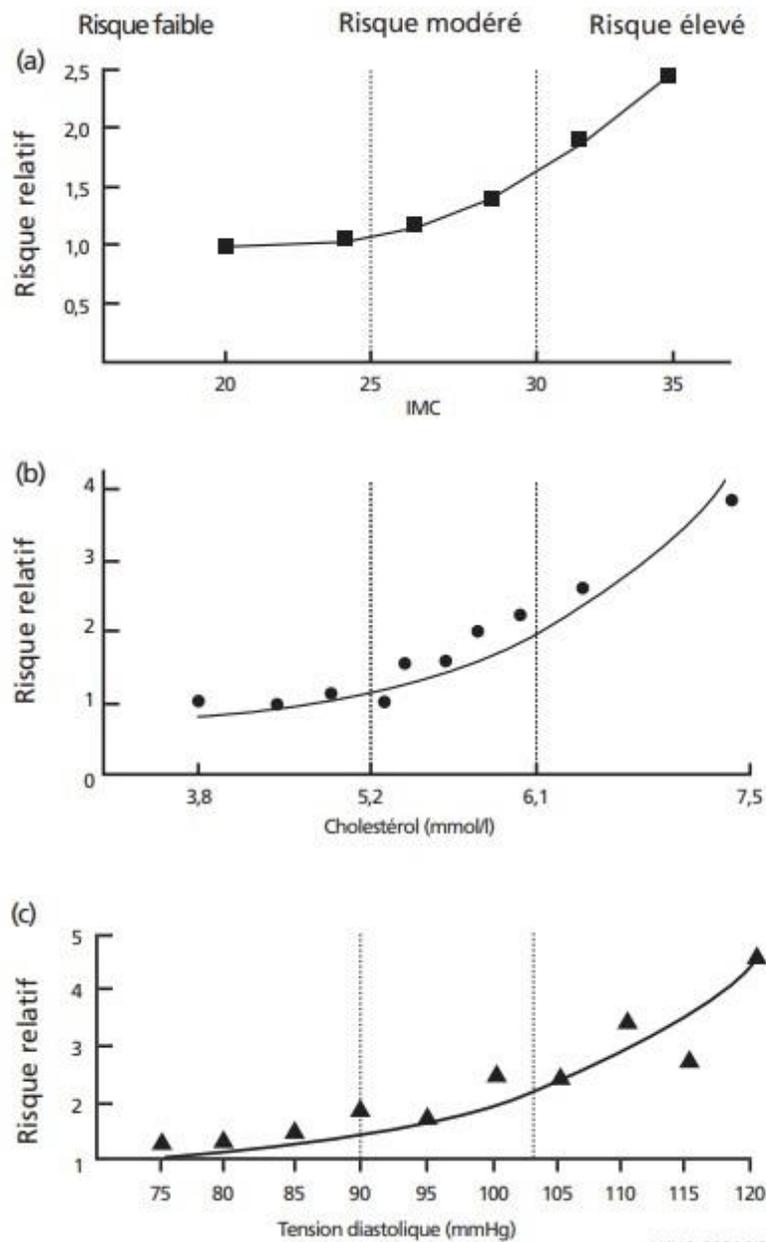
La prévalence des dyslipidémies traitées est multipliée par 2,2 en cas de surpoids et par 2,7 en cas d'obésité par rapport aux sujets dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m<sup>2</sup>.

Il en est de même pour le diabète. Près de 3 fois plus de personnes déclarent un diabète traité ou sous régime seul en cas de surpoids, 7 fois plus en cas d'obésité versus des sujets de corpulence normale.

La proportion d'individus présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires associés augmente avec l'IMC. La probabilité d'avoir 3 facteurs de risque cardio-vasculaires traités chez les obèses est 14 fois plus importante que chez les sujets de corpulence normale, et 5 fois plus en cas de surpoids<sup>(3)</sup>.

L'apnée du sommeil et l'incontinence urinaire chez la femme touchent aussi plus les individus obèses.

Le risque relatif de développer une cholécystopathie, une goutte, de l'arthrose, ou une altération de la fécondité serait aussi augmenté en cas d'obésité<sup>(1)</sup>. Elle augmente également les risques liés à la chirurgie et à la grossesse.



**Figure 3: Rapport existant entre a) l'IMC, b) le cholestérol et c) la tension diastolique et le risque relatif de mortalité (OMS 2003)**

Un lien a été établi entre obésité et morbidité<sup>(6)</sup>.

La mortalité totale augmente avec l'IMC essentiellement à partir d'un IMC  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup> chez les personnes âgés de moins de 85 ans<sup>(2)</sup>.

Cependant, le problème de poids ou l'obésité est très rarement le motif de consultation principal, malgré sa forte proportion surtout en milieu précaire. La question du poids est rarement abordée directement en consultation.

## **2) Conséquences sociologiques**

Le surpoids et l'obésité sont liés à une diminution de l'espérance de vie<sup>(7)</sup> ainsi qu'à une baisse de la qualité de vie<sup>(8)</sup>.

L'obésité entraîne aussi dans la société une stigmatisation des personnes atteintes. Cette stigmatisation est perçue dans un large éventail de situations, de l'école jusqu'au milieu professionnel. Les obèses auraient une scolarité moins longue, seraient moins acceptés dans les écoles prestigieuses et auraient moins accès à des professions prisées<sup>(1)</sup>.

Les représentations sociales de l'obésité lient les personnes obèses à la paresse et à l'absence de volonté.

De nombreuses personnes obèses ont également une image négative d'elles-mêmes.

Les facteurs sociétaux et environnementaux ont un impact sur l'apport alimentaire et l'activité physique impliqués dans le mécanisme d'apparition de l'obésité. Les choix individuels ne peuvent se porter que difficilement vers des aliments de bonne qualité nutritionnelle ou la pratique d'une activité physique régulière si l'environnement n'y est pas favorable.

Dans les études Obépi de 1997 à 2012, la prévalence de l'obésité est inversement proportionnelle au niveau d'instruction.

La sédentarité ainsi que l'augmentation du temps passé devant les écrans jouent aussi un rôle dans la prévalence de l'obésité. Or, l'activité physique est plus fréquente chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur que dans la population générale.

### **3) Conséquences économiques**

Il a été prouvé que la relation entre obésité et revenus est inversement proportionnelle<sup>(9)</sup>. Selon l'étude OBEPI, en 2012, on retrouvait 24,1% de personnes obèses parmi les foyers avec moins de 1200 euros de revenus par mois, contre 8,3% dans les foyers avec des revenus supérieurs à 3800 euros.

Les fruits, les légumes et les céréales complètes coûtant plus cher, les familles ayant moins de revenus en consomment moins et ont une alimentation très énergétique et riche en graisses<sup>(1)</sup>.

Selon la Communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale de novembre 2019, les facteurs de risque à la fois socio-économiques et territoriaux viennent accroître les différences entre sous-populations sur les taux de surpoids et obésités en France. Parmi les personnes les moins diplômées, plus fréquemment obèses, le niveau d'obésité est plus sévère, ce dernier point étant encore plus marqué pour les femmes.

L'obésité est également un enjeu économique qui représente 0,7 et 2,8% des dépenses totales de santé d'un pays<sup>(10)</sup>.

Pour la France ce pourcentage est autour de 2% selon l'OMS<sup>(1)</sup>. En 2012, selon les calculs du Trésor public, ce problème de santé a eu un coût social de 20 milliards d'euros, un montant comparable à celui de l'alcool et du tabac<sup>(11)</sup>.

Mais l'estimation du coût d'une maladie sur la santé publique est toujours difficilement évaluable et possède ses limites. Il s'agit principalement des coûts directs engendrés par l'obésité qui ne prennent pas en compte la perte de production due à l'absentéisme ou le décès prématuré associée à l'obésité, notamment.

L'augmentation de l'IMC serait liée à une augmentation du nombre de visites ambulatoires, de recours aux urgences et d'hospitalisations<sup>(12)</sup>.

#### **4) Conséquences politiques**

Le surpoids et l'obésité sont donc des pathologies chroniques nécessitant une prise en charge au long cours et qui ont un impact socio-économique important.

Dès lors, divers plans émanant du ministère de la santé ont également été mis en place : le PNNS 1 (Programme National Nutrition Santé) (2001-2005), suivi du PNNS 2 (2006-2010) et enfin le PNNS 3 (2011-2015) .

Ces plans comportent notamment des actions ciblées sur les populations défavorisées :

-PNNS 2 : Plans spécifiques pour les populations défavorisées et précaires (sensibiliser, faire appel aux réseaux sociaux, chartes d'engagement collectivités et entreprises)

-PNNS 3 : Réduire les inégalités sociales en matière de nutrition (interventions spécifiques, actions d'information et d'éducation).

Le dernier plan mis en place est actuellement le PNNS 4 (2019-2023) dont l'un des objectifs est «mieux manger en situation de précarité alimentaire». Il vise à améliorer l'accès à une alimentation favorable pour la santé pour les personnes en situation de précarité alimentaire<sup>(13)</sup>.

Pour lutter contre l'obésité, le PNNS prévoit des campagnes d'information pour améliorer l'information du consommateur tel que le Nutri-Score.

Le PNNS décrit aussi des comportements de consommation avec des choix sous contraintes selon le prix, les connaissances, les habitudes et/ou la culture notamment, dans lesquels entrent en compte les inégalités sociales.

En outre, ce plan prévoit des objectifs quantifiés retenus tant sur le plan alimentaire (consommation alimentaire de fruits, légumineuses, etc.) que sur celui de l'activité physique et la sédentarité, et a pour but de mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition.

### **III/ Médecin généraliste et obésité**

Le surpoids et l'obésité de l'adulte ont donné lieu à des recommandations de bonnes pratiques avec une prise en charge médicale de premier recours<sup>(2)</sup>.

Le médecin généraliste est très souvent en première ligne de cette prise en charge.

Il a pour rôle de détecter ce surpoids en pesant régulièrement ses patients et dès lors de faire un suivi régulier ainsi qu'une éducation thérapeutique adaptée selon les recommandations de l'HAS.

Il lui faut aussi dépister les conséquences somatiques, psychologiques (troubles anxiodépressifs, troubles du comportement alimentaire, estime de soi), sociales (difficulté à l'embauche, discrimination, stigmatisation) ainsi qu'une altération de la qualité de vie liée à l'obésité.

Le médecin doit mesurer l'impact de l'obésité sur toutes les dimensions de la vie du patient.

Il doit rechercher des facteurs favorisant la prise de poids :

- apports énergétiques excessifs (alimentation trop riche, trop dense en calories, boissons sucrées, grande taille des portions)
- sédentarité, arrêt ou réduction de l'activité physique et sportive
- arrêt du tabac non accompagné de mesures adaptées
- consommation d'alcool, prise de certains médicaments
- facteurs génétiques et antécédents familiaux d'obésité, antécédents d'obésité dans l'enfance
- grossesse, ménopause
- diminution du temps de sommeil.

Selon l'HAS, il doit proposer des conseils aussi bien thérapeutiques que diététiques, une approche psychologique et cognitivo-comportementale, et des interventions visant à augmenter l'activité physique.

Un patient en excès de poids doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique par le médecin de premier recours dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé. La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient.

Le médecin généraliste, de par sa proximité et son accessibilité, est souvent le lien entre le collectif et l'individuel. Il relaie des messages de santé publique, participe au dépistage et à la prévention. Il connaît l'environnement du patient, le suit sur la durée et se trouve donc à même de participer et de prendre en charge globalement le patient.

Cependant, il doit pouvoir faire appel à un réseau d'acteurs pour renforcer son action. Un maillage territorial autour d'un Centre Hospitalier de référence est nécessaire pour assurer une continuité des soins, le lien entre médecine ambulatoire, proximité des soins et hôpital.

Un lien avec des acteurs de proximité tels que les diététiciens, les acteurs du médico-social et les associations est aussi nécessaire pour une prise en charge coordonnée.

L'ARS a mis en place des CSO (centres spécialisés de l'obésité) ayant pour but de mettre à disposition des équipements et des structures adaptées aux formes sévères d'obésité (environ 4% de la population) mais aussi d'animer un maillage territorial (médecine de ville, Soins de Suites et Réadaptation, associations).

79% des généralistes considèrent que la prise en charge du surpoids est le rôle du médecin généraliste<sup>(14)</sup>.

Dans une étude américaine, il est rapporté qu'environ 8% du temps écoulé dans les visites aux soins primaires est attribuable au surpoids et à l'obésité<sup>(15)</sup>.

Pourtant les médecins généralistes dénoncent un manque de temps, de matériel et de consultations dédiées qui les handicapent dans la prise en charge de la personne obèse.

De plus, la prise en charge du surpoids par le médecin généraliste est rendue difficile, d'une part par les conditions d'exercice, mais également dans la mesure où le poids renvoie à des comportements individuels et culturels du patient sur lesquels le médecin n'estime pas avoir de légitimité à intervenir. En effet, le corps appartient à la sphère de l'intime. La question du poids est rarement abordé de front et n'est pas considérée comme un objet légitime de la relation médecin-patient<sup>(16)</sup>.

Il est certain que la relation médecin/patient est très importante en médecine générale. Les caractéristiques de l'interaction entre patient et médecin sont corrélées avec certaines de leurs caractéristiques sociales. Ainsi le discours du médecin peut varier selon l'âge et le niveau social du patient.

## **IV/ Inégalités de santé**

### **1) Généralités**

En Occitanie, pour mesurer les inégalités sociales de santé, l'ARS utilise l'indicateur EDI (European Deprivation Index) qui regroupe notamment :

- surpopulation dans le logement
- absence de chauffage central ou électrique
- non propriétaire
- chômage
- nationalité étrangère
- pas de voiture
- ouvrier non qualifié ou agricole
- niveau d'études faible et famille monoparentale.

Il en ressort que la précarité est surtout présente dans les agglomérations du littoral méditerranéen.

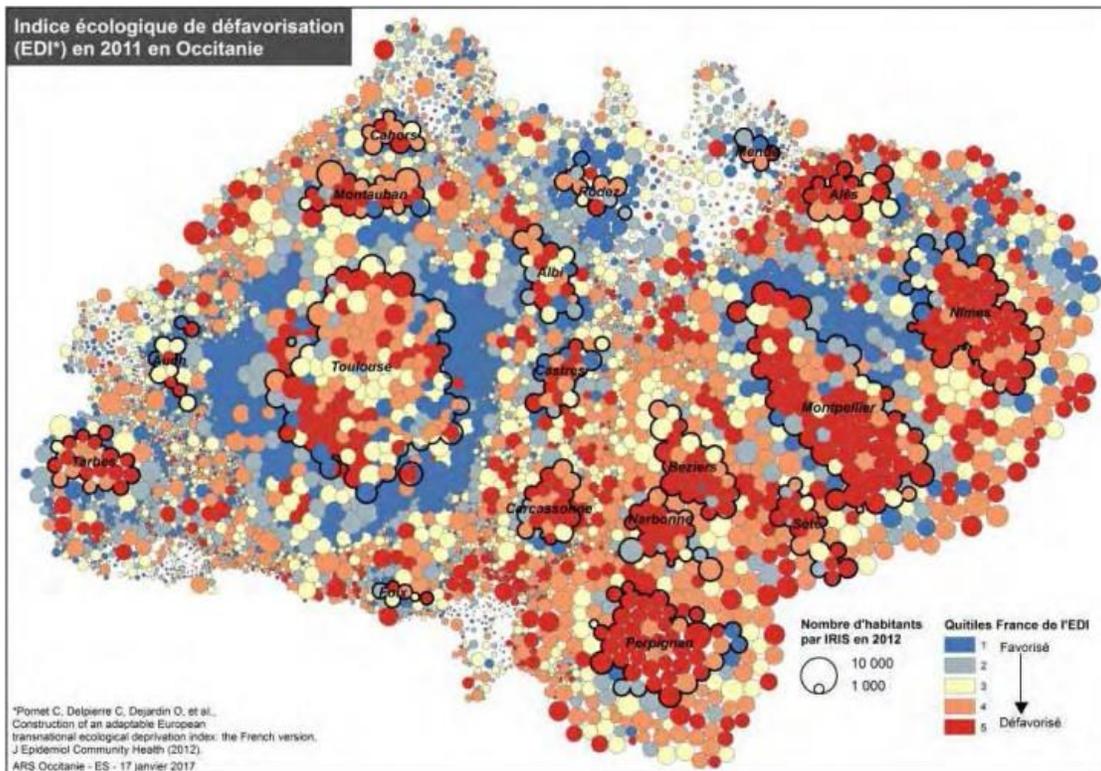


Figure 4: EDI en 2011 en Occitanie (ARS avril 2017)

Sur l'ensemble des départements de France métropolitaine, les taux de pauvreté globaux des départements de l'Aude, des Pyrénées-Orientales, du Gard et de l'Hérault sont parmi les plus importants (respectivement 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup>).

En 2015, 11,4% des habitants de la région âgés de moins de 65 ans sont bénéficiaires de la CMU-C, plaçant l'Occitanie au 2<sup>ème</sup> rang après les Hauts de France<sup>(4)</sup>.

En France, on note une séparation spatiale des groupes sociaux qui pourrait avoir un effet sur la santé, « l'effet quartier »<sup>(17)</sup>.

Les inégalités de santé sont le résultat d'inégalités économiques, sociales et culturelles.

Le taux de mortalité prématurée est corrélé aux indicateurs de défavorisation.

Entre les cadres et les ouvriers, les différences de recours aux médecins généralistes ou aux soins infirmiers sont réduites, alors que le recours aux soins de médecins spécialistes ou aux soins dentaires est nettement plus fréquent chez les cadres.

De nombreux projets dont le projet européen «AIR» (Addressing Inequalities Interventions in Régions) proposent d'étudier la possibilité de réduire les inégalités de santé au travers de politiques et d'actions mises en œuvre au sein du système de soins, et plus particulièrement dans le secteur des soins primaires. Le renforcement du rôle du médecin traitant au sein de l'équipe de soin, et des actions et interventions ciblées sur ces publics sont proposés.

## **2) Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV)**

Notre étude va se focaliser sur les Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV) définis par l'INSEE comme étant des territoires d'intervention du ministère de la Ville, définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains sont des quartiers situés en territoire urbain et caractérisés par un nombre minimal d'habitants et un écart de développement économique et social apprécié par un critère de revenu des habitants<sup>(18)</sup>.

Dans ces quartiers prioritaires, la situation sociale est analysée à travers 5 indicateurs qui sont des déterminants sociaux de santé :

- le nombre de personnes de 15 ans et plus non scolarisées et sans diplôme
- le nombre de bénéficiaires de la CMUc
- la pauvreté et les emplois précaires
- les familles monoparentales.

La ville de Montpellier compte plus de 272 000 habitants. Sur son territoire, 12 quartiers ont été retenus comme prioritaires dans le cadre de la politique de la Ville. Ils regroupent au total 52 400 habitants, soit 19,3 % de la population municipale<sup>(19)</sup>.

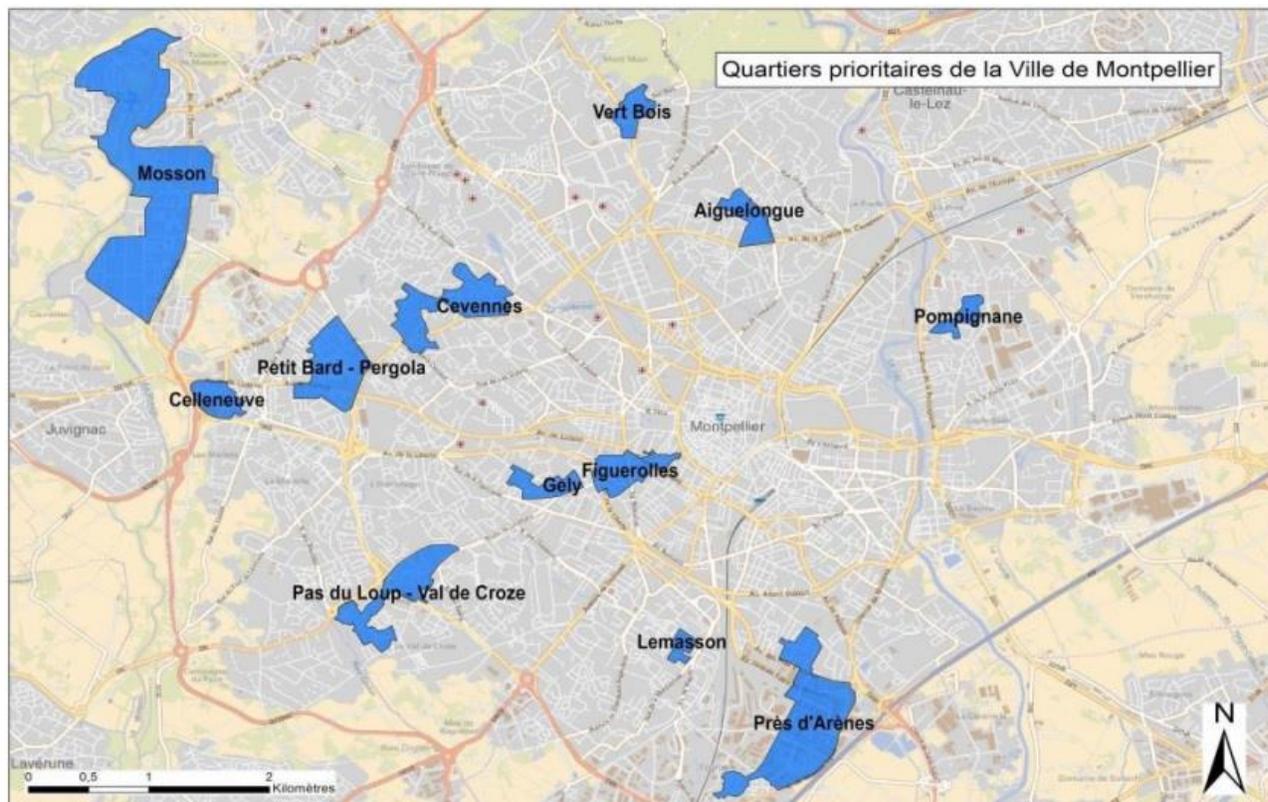


Figure 5: Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville de Montpellier (Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014)

## VI/ Etude ECOGEN

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a mis en œuvre une étude d'envergure nationale, l'étude ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale).

Cette étude est née de la nécessité de mieux connaître le contenu de la consultation du médecin généraliste pour penser le soin et l'enseigner.

Cette étude a montré qu'en moyenne les consultations de médecine générale comportent 2,2 résultats de consultation (problèmes diagnostiqués par le médecin), chacun répondant à 1,2 motifs de consultation (symptôme ou plainte du patient) et associé à 2,1 procédures de soins (réalisées ou programmées). L'activité des médecins généralistes est dominée par les situations de prévention (11 %), recouvrant la promotion de la santé et le dépistage.

L'étude ECOGEN a mis en place un formulaire standardisé que nous avons repris pour notre étude.

## **VI/ Projet FETOMP**

En 2016, le Département de médecine générale et le Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé ont répondu à un appel d'offre de l'ARS et de la ville de Strasbourg.

Le projet FETOMP (Formation à l'Education Thérapeutique sur l'Obésité en Milieux Précaire) a pour but d'étudier les déterminants sociaux et territoriaux de l'obésité en suivant des patients adultes vivant en milieu précaire dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, à travers des observations de consultation de médecine générale.

Ainsi en 2018, 11 internes en médecine générale ont observé 525 consultations chez 13 médecins généralistes exerçant dans différents QPV de Strasbourg.

La collaboration entre les départements de médecine générale et de SHS, de Strasbourg et de Montpellier, a permis d'étendre l'étude à la ville de Montpellier.

En parallèle de cette analyse de consultations en médecine générale, d'autres aspects ont été abordés dans ce projet par une thèse de recherche bibliographique sur la vision du poids chez les médecins et chez les patients, mais également d'immersion dans la vie de quartier pour étudier l'aspect du poids dans la vie quotidienne et dans l'environnement de ces habitants (phase 2 du projet FETOMP).

## **VII/ Place de ce travail dans le projet FETOMP**

Ma participation à cette étude s'étend du recueil de données du projet FETOMP au suivi des consultations chez les médecins généralistes dans les QPV.

Au vu de ces observations et des questions abordées précédemment, je me suis intéressée spécifiquement aux motifs de consultations.

La question spécifique de mon travail porte sur l'existence ou non d'une spécificité liée à l'obésité et à la précarité dans les motifs de consultation en médecine générale dans ces populations.

Pour répondre à cette problématique, nous décrirons dans un premier temps les motifs de consultations des patients selon leur IMC dans les QPV de Montpellier.

Enfin, nous réaliserons une comparaison avec les données recueillies selon le même protocole sur la ville de Strasbourg.

# **MATERIELS ET METHODES**

## **I/ Objectifs de cette étude**

L'objectif est de comparer les motifs de consultation selon l'IMC du patient, avec une distinction entre les personnes en surpoids, obèses et les patients avec un IMC inférieur à 25. Le recueil de données du projet FETOMP de Montpellier est la base de données permettant de répondre à cette problématique.

Nous allons également comparer les motifs de consultations entre les personnes en surpoids ou obèses ( $IMC \geq 25$ ) dans une situation de précarité et effectuer cette même comparaison chez les personnes en surpoids ou obèses qui ne sont pas précaires.

Enfin, nous comparerons les données obtenues dans les QPV de Montpellier avec celles issues de l'étude strasbourgeoise, réalisée selon la même méthodologie.

## **II/ Type d'étude**

Notre étude est une étude épidémiologique prospective, observationnelle, descriptive et quantitative. Elle a un caractère multicentrique, basée sur les recueils réalisés chez 12 médecins généralistes dans 5 cabinets libéraux sur 3 des 12 QPV de Montpellier : Mosson, Cévennes et Aiguelongue.

Le principe du double aveugle a été appliqué, dans la mesure où ni les médecins, ni les patients ne se savaient observés sur la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Elle est l'application du même protocole de recherche que l'étude FETOMP réalisée à Strasbourg.

Cette étude est coordonnée par un professeur du département de SHS, Pr Laurent VISIER, de la faculté de médecine de Montpellier, ainsi que par le Dr Léa CHARTON, chef de clinique de médecine générale à Strasbourg, et par le Pr Christian BONAHA.

Douze internes de médecine générale ont été impliqués, suite à l'appel à projet fait par le Dr BARNIER. Ils ont reçu une formation préalable par les participants du projet de Strasbourg, de la part du Dr Léa CHARTON et du Professeur Christian BONAÏ, au cours d'une journée en septembre 2018.

Les médecins généralistes recrutés pour participer au projet ont d'abord été contactés par téléphone par les Dr BARNIER et CLOTET, médecins encadrant l'étude. Puis, ils ont été rencontrés dans un second temps afin d'exposer le projet d'analyse des consultations en médecine générale en QPV.

Une grille d'information correspondant à chaque médecin a été recueillie, comportant : l'âge, genre, statut familial, milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), secteur conventionnel, mode d'exercice (isolé, en groupe médical, en groupe pluridisciplinaire, en centre de santé), durée d'exercice, durée de travail hebdomadaire, nombre annuel de consultations, nombre annuel de semaines de congés, formation médicale continue et réception de visiteurs médicaux.

### **III/ Population et critères d'inclusion**

C'est une étude effectuée en soins courants. Tous les patients consécutifs, hommes ou femmes qui venaient en consultation de médecine générale étaient inclus dans l'étude, après obtention de leur consentement.

Le surpoids ou l'obésité étaient définis par un IMC  $>$  ou égal à 25, ou en l'absence de cette donnée selon le jugement de l'interne investigateur.

Les personnes âgées de moins de 18 ans ou ayant refusé de participer à l'étude étaient exclues.

Pour les médecins observés, les critères de participation exigeaient d'être médecin généraliste thésé, installé avec une activité libérale dans un QPV de Montpellier et d'accepter de participer à l'étude.

525 consultations ont été recueillies pendant 6 mois, sur une période s'étendant de février à août 2019.

## **IV/ Recueil**

Les étudiants étaient répartis par binôme de travail.

Le recueil s'effectuait sur des plages de consultations avec et sans rendez-vous, principalement sur des demi-journées.

Un étudiant, lors d'un entretien avant la consultation, recueillait le score permettant d'évaluer la précarité et le consentement du patient, après explication du projet, sans mentionner le thème du poids (cf. annexe 1).

L'autre étudiant était dans la salle de consultation avec le médecin en tant qu'observateur. Il remplissait la grille ECOGEN et la feuille comportant les données qualitatives. Il enregistrait également la consultation avec un dictaphone, après accord du patient, pour permettre sa retranscription.

L'étudiant qui assistait à la consultation rappelait certains patients à distance (dans un délai d'une semaine environ) : ceux considérés comme en surpoids ou obèses ( $IMC \geq 25$ ) et dans une situation de précarité selon le score EPICES.

### **1) Score EPICES**

Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé) est un score individuel de précarité (cf. annexe 2).

C'est un outil multidimensionnel, qui prend en compte différents facteurs : loisirs, situation financière, entourage, logement, situation sociale.

11 questions sont posées et permettent de calculer une moyenne selon différents coefficients variant selon les items.

Un score total supérieur ou égal à 30 définit un patient précaire selon le Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examens de santé (CETAF) et l'Assurance maladie.

## **2) Grille Ecogen**

L'étudiant remplissait la grille quantitative ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale), en s'appuyant sur la classification CISP-2, qui permet de coter les différents moments de la consultation (cf. annexe 3).

La CIPS-2 (Classification Internationale des Soins Primaires) a été développée par l'organisation internationale de la médecine générale (WONCA) pour permettre aux professionnels de santé le recueil et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine générale (cf. annexe 4).

Les motifs de consultation, tels qu'exprimés par le patient, les procédures réalisées par le médecin, les résultats de consultation ainsi que les médicaments prescrits étaient recueillis.

Le poids et la taille étaient notés. Ils étaient soit mesurés pendant la consultation, soit relevés dans le dossier médical du patient.

La catégorie socioprofessionnelle et le type de couverture sociale étaient aussi notés, ainsi que la langue parlée par le patient et la durée de consultation.

## **3) Feuille de recueil qualitative**

L'étudiant remplissait également au cours de la consultation une feuille de prise de note qualitative, permettant de décrire les informations non codées, comme la communication non verbale, la façon dont le thème du poids était abordé et par qui, les attitudes corporelles ainsi que les expressions (cf. annexe 5).

#### **4) Rappel téléphonique**

Seuls les patients avec un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> et un score EPICES  $\geq 30$  étaient rappelés. Une trame de questionnaire téléphonique était donnée aux étudiants mais l'objectif était d'établir une discussion libre autour du poids. Des questions générales sur la consultation étaient posées, puis plus spécifiquement sur le poids. Le but du rappel était d'avoir les impressions et le vécu du patient au sujet de la consultation, mais également à propos de leur poids.

L'ensemble des rappels téléphoniques étaient enregistrés après accord du patient.

#### **VI/ Saisie**

Chaque étudiant rentrait ensuite les données recueillies sur un tableur Excel sur une plateforme en ligne dédiée et commune.

Toutes les consultations et données étaient anonymisées par codes numériques suivant l'interne, le médecin et la date de consultation.

#### **VII/ Analyse statistique**

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Excel, Shiny Stat GMRC et des outils à disposition sur le site internet biostatTGV.

Nous avons eu recours au test du Chi-2 et/ou au Student test pour l'analyse des variables quantitatives.

Pour chaque variable, le seuil de significativité statistique retenu est défini par une valeur de  $p < 0,05$ .

## **VII/ Aspects éthiques**

Toutes les données ont été intégralement anonymisées par codes numériques.

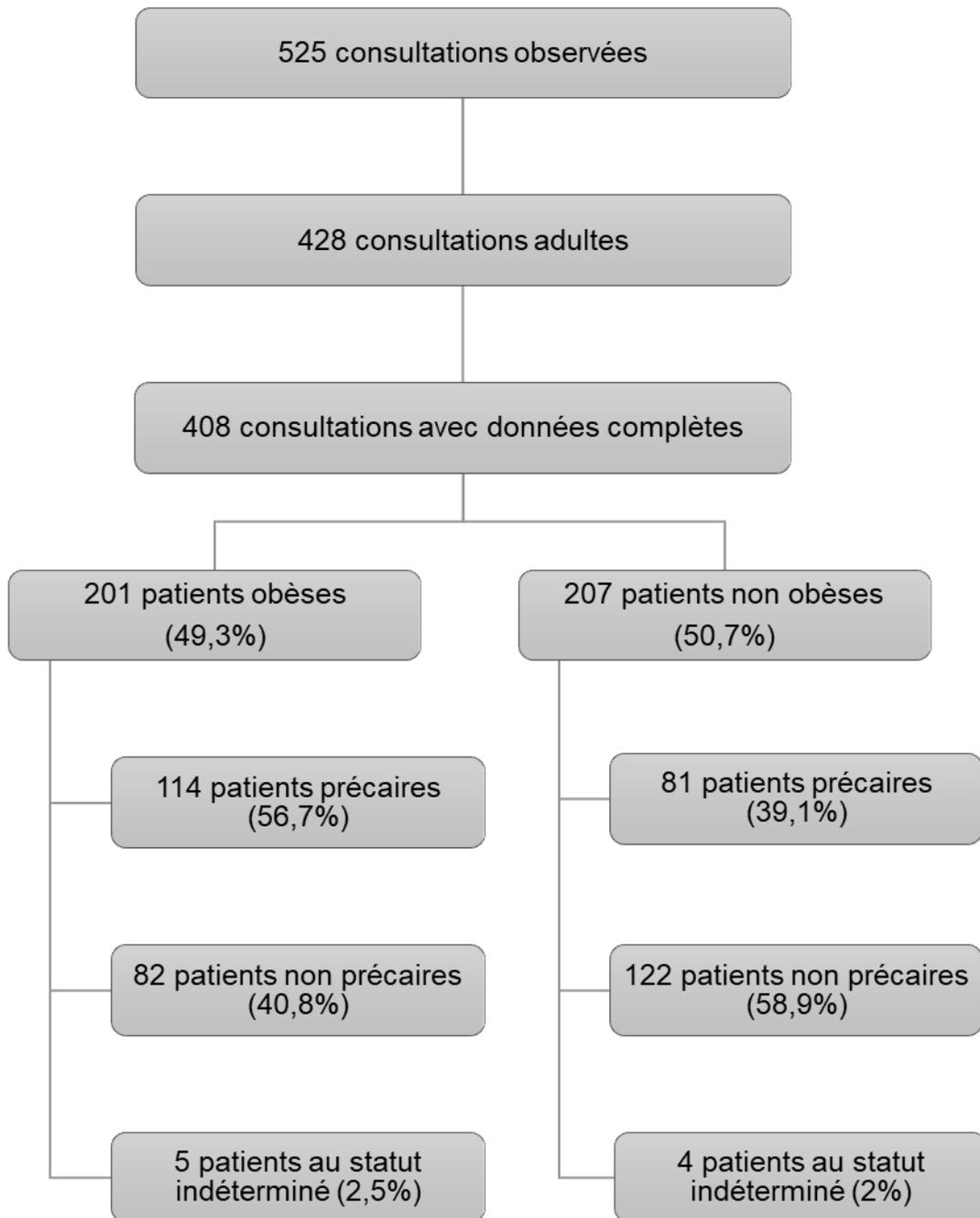
Le recueil du consentement des patients a été réalisé avant la consultation puis confirmé une nouvelle fois au cours du rappel téléphonique pour les personnes concernées.

L'accord des médecins a été recueilli en amont de l'étude.

La méthodologie de l'étude utilisant le recueil de données réalisé grâce à la grille ECOGEN avait été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de Strasbourg pour l'étude originelle ECOGEN. Le Comité d'éthique a émis un avis favorable en 2016 pour toute étude basée sur le recueil de données utilisant la grille normée « ECOGEN ». De plus, toutes recherches portant sur les pratiques professionnelles sont exemptées de la loi Jardé (loi relative aux recherches impliquant la personne humaine) de 2016.

# RESULTATS

## I/ Diagramme de flux



(Patient obèse :  $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$ )

Patient non obèse :  $IMC < 25\text{kg/m}^2$ )

**Figure 6: Flow chart**

## II/ Caractéristiques de la population

### 1) Caractéristiques de la population étudiée

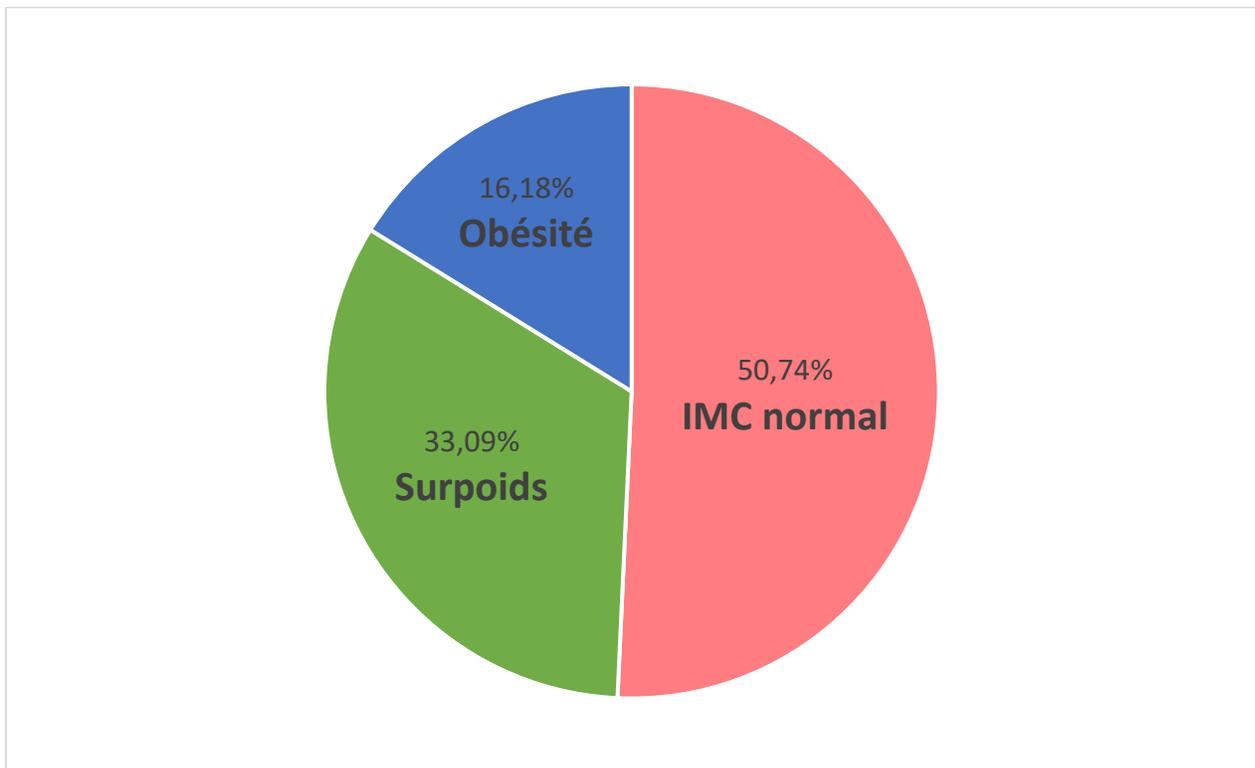
L'âge de notre population allait de 18 ans à 91 ans. L'âge moyen était de 51,8 ans.

Il y avait 147 (36%) hommes et 261 (64%) femmes. Il y avait donc majoritairement plus de femmes dans notre population étudiée qui consultaient en QPV.

Le poids moyen était de 72 kg.

L'IMC allait de 16,4 à 44,7 kg/m<sup>2</sup>. L'IMC moyen était de 25,7 kg/m<sup>2</sup> alors que l'IMC médian était de 25,05 kg/m<sup>2</sup>.

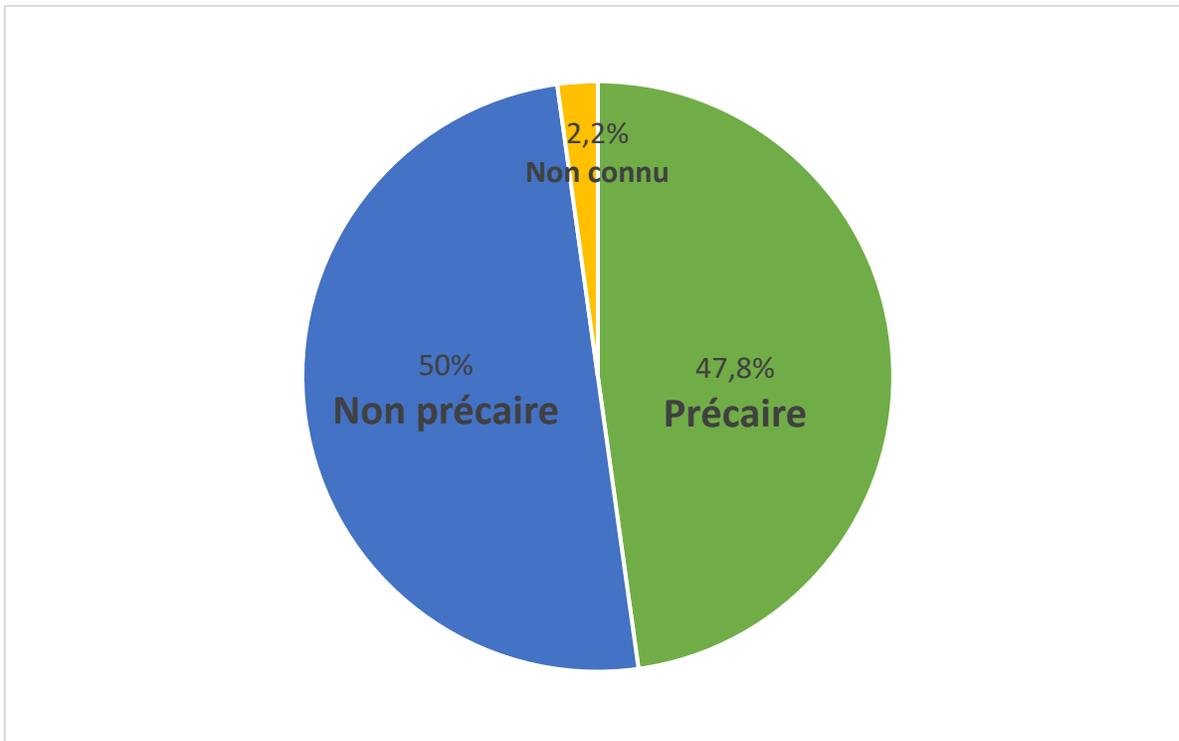
Il y avait 207 (50,7%) patients avec un IMC normal, 135 (33,1%) en surpoids et 66 (16,2%) en situation d'obésité.



**Figure 7: répartition de l'IMC dans la population d'étude**

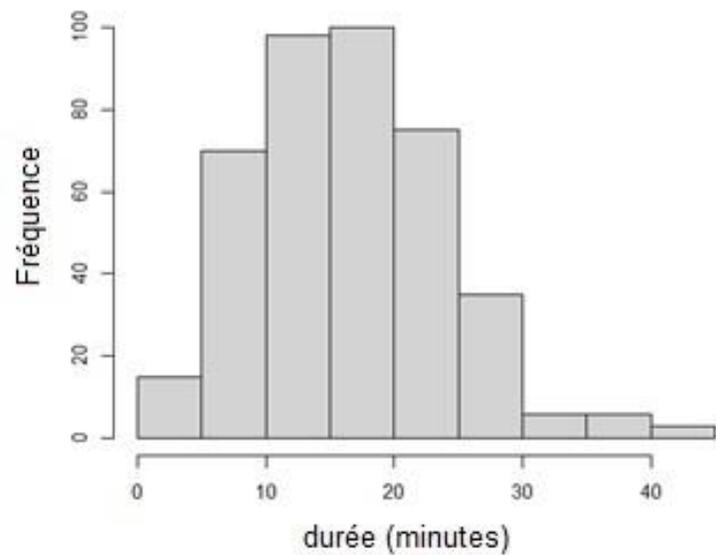
Il y avait 195 (47,8%) patients considérés comme précaires (EPICES  $\geq$  30), 204 non précaires (50%) et 9 de statuts inconnus (2,2%).

Le score EPICE moyen était à 31,1.



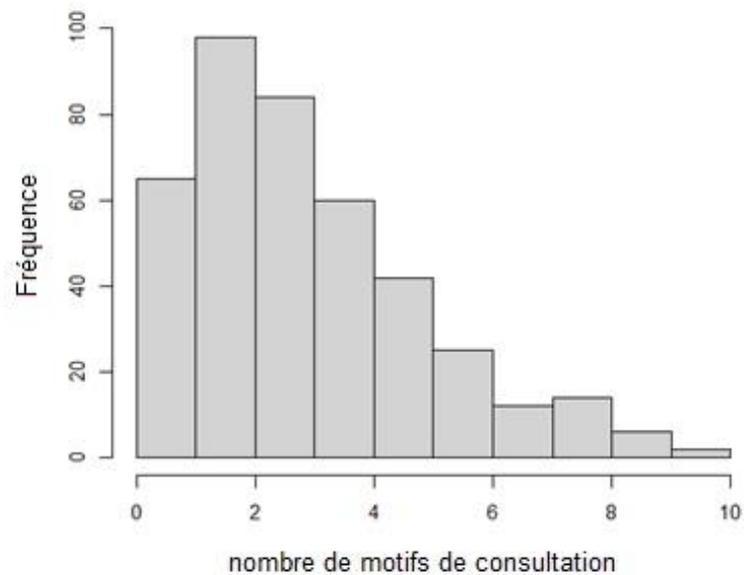
**Figure 8: répartition de la précarité dans la population d'étude**

La durée des consultations allait de 3 minutes à 44 minutes avec une moyenne de 17 minutes par consultation.



**Figure 9: Répartition de la durée des consultations**

Le nombre de motifs de consultation moyen était de 3,39.



**Figure 10: Répartition du nombre de motifs de consultation dans la population**

## **2) Caractéristiques de la population selon le poids**

Pour la suite des résultats nous allons considérer les O+ comme les patients avec un IMC  $\geq$  à 25 et les O- comme les patients avec un IMC  $<$  à 25.

La durée moyenne de consultation était de 16 minutes pour les O- et de 17 minutes pour les O+.

Nous avons également comparé notre population sur certains points entre les patients O+ et O-.

	O+ (%)	O- (%)
<b>Âge moyen</b>	54	50
<b>Hommes</b>	81 (40,3)	66 (31,9)
<b>Femmes</b>	120 (59,7)	141 (68,1)
<b>Précaires</b>	114 (56,7)	81 (39,1)
<b>Non précaires</b>	82 (40,8)	122 (58,9)

**Figure 11: caractéristiques de la population selon l'IMC**

Les patients O+ étaient légèrement plus âgés que les O- dans notre échantillon.

On note dans notre population que la proportion de patients précaires était beaucoup plus importante chez les O+ (56,7%) que chez les O- (39,1%).

Les femmes étaient majoritaires dans les deux groupes.

	IMC normal	Surpoids	Obésité	p
<b>Nombre de motifs de consultation</b>	3,34	3,38	3,54	0,85

**Figure 12: nombres de motifs de consultations selon l'IMC**

Le nombre moyen de motifs de consultation tendait à augmenter avec l'augmentation de l'IMC de façon non significative.

### **3) Caractéristiques de la population selon le poids et la précarité**

	O+P+	O+P-
<b>Âge moyen</b>	56	51
<b>Hommes</b>	35 (30,7)	44 (53,7)
<b>Femmes</b>	79 (69,3)	38 (46,3)

**Figure 13: caractéristiques de la population selon l'IMC et la précarité**

Nous avons pu mettre en évidence qu'il y a un plus fort pourcentage de femmes (69,3%) chez les patients précaires et en surpoids. A contrario, il y avait plus d'hommes dans le groupe en surpoids mais non précaires.

L'âge moyen était là encore légèrement supérieur dans le groupe O+P+.

	O+P+	O+P-	p
<b>Nombre de motifs de consultation</b>	3,17	3,64	0,07

**Figure 14: Nombre de motifs de consultation selon le poids et la précarité**

Les patients précaires et en surpoids avaient en moyenne moins de motifs de consultation que les patients en surpoids mais non précaires.

Nous allons maintenant analyser quels sont ces motifs de consultations.

### III/ Analyse des motifs de consultations

#### 1) Comparaison des motifs de consultations selon 3 groupes

		Population totale	Patients IMC normal	Patients en surpoids	Patients obèses	p
		408	207	135	66	
code	Motif (n)					
34	Examen biologique	24(5,8)	13(6,2)	8(5,9)	3(4,5)	0,87
41	Radiologie/Imagerie	10(2,4)	5(2,4)	4(2,9)	1(1,5)	0,91
44	Vaccination	10(2,4)	6(2,9)	1(0,7)	3(4,5)	0,16
49	Autre procédure préventive	6(1,4)	2(0,9)	3(2,2)	1(1,5)	0,55
50	Médicaments	117(28,6)	61(29,4)	37(27,4)	19(28,7)	0,92
58	Conseils thérapeutiques/écoute	6(1,4)	4(1,9)	2(1,4)	0	0,52
60	Résultats d'examen	72(17,6)	37(17,8)	26(19,2)	9(13,6)	0,61
62	Contact administratif	58(14,2)	34(16,4)	14(10,3)	10(15,1)	0,28
63	Suivi	23(5,6)	10(4,8)	12(8,9)	1(1,5)	0,08
66	Dispensateur non-médecin	14(3,4)	7(3,3)	7(5,1)	0	0,17
67	Référence médecin	25(6,1)	11(5,3)	13(9,6)	1(1,5)	0,06

**Tableau 15: Motifs de consultation selon l'IMC en trois groupes**

Dans la classification CISP-2, les motifs de consultation sont classés dans un premier temps en différentes catégories selon le type d'acte médical : une prescription (motif 50 « Médicaments », motif 34 « Examen biologique » par exemple), un suivi (motif 63) ou encore le recours à un avis spécialisé (motif 67 « référence médecin ») ou à un professionnel de santé paramédical (motif 66 « dispensateur non-médecin »).

Concernant cette première classification des motifs de consultation, nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative mais nous observons certaines tendances numériques pour certains motifs.

En effet, les patients en surpoids venaient plus consulter pour une orientation vers un médecin spécialiste autre que le médecin généraliste que les patients avec un IMC normal (motif 67, 9,6% contre 5,3%).

Les patients obèses venaient moins pour un suivi que les patients avec un IMC normal (motif 63, 1,5% contre 4,8%).

La vaccination était un motif plus fréquent chez les patients obèses que chez les autres patients (motif 44, 4,5% contre 2,9% et 0,7%).

Enfin, la demande de faire appel à un dispensateur non-médecin était plus fréquente chez les patients en surpoids que chez les patients avec un IMC normal (motif 66, 5,1 contre 3,3). Dans nos résultats les motifs 66 correspondaient très souvent à l'orientation vers un kinésithérapeute ou à un psychologue. Il y avait aussi moins fréquemment évoqué le podologue, la nutritionniste et l'orthophoniste.

		Population totale	Patients en IMC normal	Patients en surpoids	Patients obèses	p
		408	207	135	66	
code	Motif (n)					
A	Général	214(52,4)	111(53,6)	71(52,6)	32(48,4)	0,77
B	Hématologie	14(3,43)	9(4,3)	4(2,9)	1(1,5)	0,51
D	Digestif	82(20,1)	40(19,3)	28(20,7)	14(21,2)	0,92
F	Œil	19(4,7)	9(4,3)	4(2,9)	6(9)	0,15
H	Oreille	22(5,4)	12(5,8)	8(5,9)	2(3)	0,65
K	Cardiologie	57(13,9)	28(13,5)	19(14,1)	10(15,1)	0,95
L	Ostéoarticulaire	157(38,4)	77(37,2)	54(40)	26(39,4)	0,86
N	Neurologie	57(13,9)	31(14,9)	18(13,3)	8(12,1)	0,82
P	Psychologique	52(12,7)	27(13)	15(11,1)	10(15,1)	0,71
R	Respiratoire	82(20,1)	39(18,8)	24(17,7)	19(28,8)	0,15
S	Dermatologie	68(16,7)	36(17,4)	21(15,5)	11(16,6)	0,91
T	Métabolique/endocrinien	42(10,3)	15(7,2)	17(12,5)	10(15,1)	0,09
U	Urologie	32(7,8)	22(10,6)	7(5,1)	3(4,5)	0,1
W	Grossesse	17(4,1)	11(5,3)	4(2,9)	2(3)	0,63
X	Système génital féminin	37(9,1)	21(10,1)	13(9,6)	3(4,5)	0,37
Y	Système génital masculin	0	0	0	0	
Z	Social	16(3,92)	9(4,3)	3(2,2)	4(6)	0,32

**Tableau 16: Motifs de consultation selon l'IMC en trois groupes**

Dans une seconde classification de la CISP-2 distinguant les organes et/ou systèmes concernés en fonction du motif de consultation, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les trois groupes.

Les patients obèses (15,1%) et en surpoids (12,5%) consultaient plus fréquemment pour un motif métabolique/endocrinien en comparaison avec les sujets ayant un IMC normal (7,2%) sans que cette augmentation atteigne la significativité statistique.

Les motifs de consultation en rapport avec l'appareil respiratoire étaient plus fréquents chez les patients obèses (28,8%) que chez les patients avec un IMC normal (18,8%).

Dans la population des patients obèses, 48,4 % des motifs étaient d'ordre « général », 39,4% concernaient l'ostéoarticulaire, 28,8% un motif respiratoire, et 21,2% le système digestif. Venaient ensuite les motifs dermatologiques (16,6%), cardiologiques et psychologiques et métaboliques/endocriniens (15,1%).

Chez les patients en surpoids par ordre de fréquence, il y avait les motifs « généraux » (52,6%), puis ostéoarticulaires (40%), digestifs (20,7%), respiratoires (17,7%), dermatologiques (15,5%), cardiologiques (14,1%). Les motifs neurologiques (13,3%) et endocrinologies/métaboliques (12,5%) ne venaient qu'après.

En comparaison, dans la population avec un IMC normal le motif endocrinologie/métabolique concerne une bien plus faible proportion d'individus (7,2%).

## **2) Comparaison des motifs de consultations selon 2 groupes O+/O-**

Pour rappel, pour la suite des résultats le groupe O+ rassemble les patients en surpoids et en situation d'obésité, le groupe O+ équivaut donc aux patients ayant un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>.

Par simplification, le groupe O+ sera nommé comme étant le groupe de patients obèses.

		Population totale	O+	O-	p
		408	201	207	
code	Motif (n)				
30	Examen médical détaillé	1(0,2)	1(0,5)	0	0,49
31	Examen médical partiel	2(0,5)	0	2(0,9)	0,5
34	Examen biologique	24(5,8)	11(5,4)	13(6,2)	0,73
35	Analyse d'urines	4(0,9)	1(0,5)	3(1,4)	0,62
36	Analyse de selles	0	0	0	
40	Endoscopie	3(0,7)	2(1)	1(0,4)	0,62
41	Radiologie/Imagerie	10(2,4)	5(2,4)	5(2,4)	1
43	Autre procédure diagnostique	1(0,2)	0	1(0,4)	1
44	Vaccination	10(2,4)	4(2)	6(2,9)	0,75
45	Éducation/Recommandations	2(0,5)	0	2(0,9)	0,5
49	Autre procédure préventive	6(1,4)	4(2)	2(0,9)	0,44
50	Médicaments	117(28,6)	56(27,8)	61(29,4)	0,72
53	Appareillage	2(0,5)	1(0,5)	1(0,4)	1
54	Suture	0	0	0	
56	Pansement	1(0,2)	1(0,5)	0	0,49
58	Conseils thérapeutiques/écoute	6(1,4)	2(1)	4(1,9)	0,69
60	Résultats d'examen	72(17,6)	35(17,4)	37(17,8)	1
61	Résultats autre dispensateur	16(3,9)	9(4,4)	7(3,3)	0,62
62	Contact administratif	58(14,2)	24(11,9)	34(16,4)	0,2
63	Suivi	23(5,6)	13(6,4)	10(4,8)	0,52
66	Dispensateur non-médecin	14(3,4)	7(3,4)	7(3,3)	1
67	Référence médecin	25(6,1)	14(6,9)	11(5,3)	0,54
68	Autre référence	2(0,5)	2(1)	0	0,24

**Tableau 17: Motifs de consultation selon l'IMC en deux groupes**

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour cette classification de motif de consultation.

		Population totale	O+	O-	p
		408	201	207	
code	Motif (n)				
<b>A</b>	Général	214(52,4)	103(51,2)	111(53,6)	0,63
<b>B</b>	Hématologie	14(3,43)	5(2,5)	9(4,3)	0,3
<b>D</b>	Digestif	82(20,1)	42(20,9)	40(19,3)	0,69
<b>F</b>	Œil	19(4,7)	10(4,9)	9(4,3)	0,76
<b>H</b>	Oreille	22(5,4)	10(4,9)	12(5,8)	0,71
<b>K</b>	Cardiologie	57(13,9)	29(14,4)	28(13,5)	0,79
<b>L</b>	Ostéoarticulaire	157(38,4)	80(39,8)	77(37,2)	0,59
<b>N</b>	Neurologie	57(13,9)	26(12,9)	31(14,9)	0,55
<b>P</b>	Psychologique	52(12,7)	25(12,4)	27(13)	0,85
<b>R</b>	Respiratoire	82(20,1)	43(21,4)	39(18,8)	0,52
<b>S</b>	Dermatologie	68(16,7)	32(15,9)	36(17,4)	0,69
<b>T</b>	Métabolique/endocrinien	42(10,3)	27(13,4)	15(7,2)	0,04
<b>U</b>	Urologie	32(7,8)	10(4,9)	22(10,6)	0,03
<b>W</b>	Grossesse	17(4,1)	6(2,9)	11(5,3)	0,24
<b>X</b>	Système génital féminin	37(9,1)	16(7,9)	21(10,1)	0,44
<b>Y</b>	Système génital masculin	0	0	0	
<b>Z</b>	Social	16(3,92)	7(3,4)	9(4,3)	0,65

**Tableau 18: Motifs de consultation selon l'IMC en deux groupes**

Les motifs de consultation en rapport avec l'endocrinologie/métabolique étaient statistiquement plus fréquents chez les patients en surpoids (13,4% contre 7,2 %, OR=1,98 [1,02-4,15], p=0,04). Dans notre recueil, les motifs les plus fréquemment évoqués dans cette catégorie étaient les problèmes thyroïdiens (équilibre de traitement, échographie), les motifs en lien avec le diabète (équilibre d'insuline, traitements, hypoglycémies). Dans notre échantillon, un problème de prise de poids était évoqué chez 10 patients dont 9 en surpoids ou obèses.

A l'inverse les motifs de consultation en rapport avec l'urologie étaient statistiquement plus fréquents chez les patients avec un IMC normal (10,6% contre 4,9 %, OR=0,44 [0,18-0,97], p=0,03).

On notait toutefois que 39,8 % des patients obèses consultaient pour motif ostéoarticulaire contre 37,2% dans la population à IMC normal, et 21,4% pour motif respiratoire contre 18,8%, sans augmentation statistiquement significative.

A l'échelle de notre population, nous n'observons pas de différence notable concernant les consultations pour motif cardiovasculaire entre les patients obèses et ceux ayant un IMC normal.

### **3) Comparaison des motifs de consultations selon 2 groupes O+P+/O-P-**

Nous nous sommes également intéressés à l'impact de la précarité sur la fréquence des motifs de consultation chez les sujets en excès pondéral.

		Population totale	O+P+	O+P-	p
		196	114	82	
code	Motif (n)				
30	Examen médical détaillé	1(0,5)	0	1(1,2)	0,24
31	Examen médical partiel	0	0	0	
34	Examen biologique	9(4,6)	4(3,5)	5(6,1)	0,39
35	Analyse d'urines	1(0,5)	0	1(1,2)	0,24
36	Analyse de selles	0	0	0	
40	Endoscopie	2(1)	1(0,9)	1(1,2)	0,81
41	Radiologie/Imagerie	5(2,5)	3(2,6)	2(2,4)	0,93
43	Autre procédure diagnostique	0	0	0	
44	Vaccination	3(1,5)	1(0,9)	2(2,4)	0,38
45	Education/Recommandations	0	0	0	
49	Autre procédure préventive	4(2)	2(1,8)	2(2,4)	0,74
50	Médicaments	52(26,5)	27(23,7)	25(30,5)	0,29
53	Appareillage	1(0,5)	0	1(1,2)	0,24
54	Suture	0	0	0	
56	Pansement	1(0,5)	1(0,9)	0	0,4
58	Conseils thérapeutiques/écoute	2(1)	1(0,9)	1(1,2)	0,81
60	Résultats d'examen	35(17,9)	18(15,8)	17(20,7)	0,37
61	Résultats autre dispensateur	9(4,6)	4(3,5)	5(6,1)	0,39
62	Contact administratif	24(12,2)	12(10,5)	12(14,6)	0,39
63	Suivi	13(6,6)	7(6,1)	6(7,3)	0,74
66	Dispensateur non-médecin	7(3,6))	5(4,4)	2(2,4)	0,47
67	Référence médecin	14(7,1)	11(9,6)	3(3,6)	0,11
68	Autre référence	2(1)	0	2(2,4)	0,09

**Tableau 19: motifs de consultation des patients O+ selon la précarité**

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Néanmoins, le niveau social pourrait impacter le recours aux soins. En effet on remarque que les patients obèses et non précaires consultaient plus pour des examens de biologie (6,1% contre 3,5%), la prescription de médicaments (30,5% contre 23,7%) et des résultats d'examens (20,7% contre 15,8%).

		Population totale	O+P+	O+P-	p
		196	114	82	
code	Motif (n)				
<b>A</b>	Général	98(50)	52(45,6)	46(56,1)	0,15
<b>B</b>	Hématologie	5(2,5)	2(1,7)	3(3,7)	0,4
<b>D</b>	Digestif	42(21,4)	28(24,6)	14(17,1)	0,21
<b>F</b>	Œil	10(5,1)	6(5,2)	4(4,9)	0,9
<b>H</b>	Oreille	10(5,1)	6(5,2)	4(4,9)	0,9
<b>K</b>	Cardiologie	28(14,2)	16(14)	12(14,6)	0,91
<b>L</b>	Ostéoarticulaire	79(40,3)	46(40,3)	33(40,2)	0,99
<b>N</b>	Neurologie	26(13,2)	19(16,7)	7(8,5)	0,1
<b>P</b>	Psychologique	24(12,2)	18(15,8)	6(7,3)	0,07
<b>R</b>	Respiratoire	41(21)	24(21)	17(20,7)	0,96
<b>S</b>	Dermatologie	31(15,8)	20(17,5)	11(13,4)	0,43
<b>T</b>	Métabolique/endocrinien	27(13,7)	20(17,5)	7(8,5)	0,07
<b>U</b>	Urologie	10(5,1)	6(5,2)	4(4,9)	0,9
<b>W</b>	Grossesse	6(3)	3(2,6)	3(3,7)	0,68
<b>X</b>	Système génital féminin	16(8,1)	10(8,8)	6(7,3)	0,71
<b>Y</b>	Système génital masculin	0	0	0	
<b>Z</b>	Social	7(3,6)	7(6,1)	0	0,02

**Tableau 20: motifs de consultation des patients O+ selon la précarité**

Les motifs de consultation qui concernaient le domaine social étaient statistiquement plus fréquents chez les patients en surpoids et précaires que chez les patients en surpoids et non précaires (OR=2,13 [1,05-4,58], p=0,02). Ils correspondaient à des arrêts ou accidents de travail, des demandes d'Affection Longue Durée ou d'invalidité le plus souvent.

Les patients obèses et précaires avaient tendance à plus consulter pour motif métabolique/endocrinien que les patients obèses et non précaires (17,5% contre 8,5%).

Un motif psychologique était plus fréquent chez les patients obèses et précaires que chez les patients obèses et non précaires (15,8% contre 7,3%). Les motifs psychologiques les plus souvent évoqués étaient l'insomnie, l'anxiété et dépression.

## **IV/ Comparaison des motifs de consultations entre Montpellier et Strasbourg**

### **1) Comparaison des motifs de consultations entre les O+ et les O-**

Code	Motif (n)	O+	O+	p	O-	O-	p
		Montpellier	Strasbourg		Montpellier	Strasbourg	
30	Examen médical détaillé	1(0,5)	0	1	0	1 (0.7)	1
31	Examen médical partiel	0	2 (1)	1	2(0,9)	0	1
34	Examen biologique	11(5,4)	10 (5)	1	13(6,2)	11 (7.3)	0,97
35	Analyse d'urines	1(0,5)	1 (0,5)	1	3(1,4)	1(0,7)	1
36	Analyse de selles	0	2(1)	1	0	0	
40	Endoscopie	2(1)	1(0,5)	1	1(0,4)	0	1
41	Radiologie/Imagerie	5(2,4)	11 (5,5)	0,44	5(2,4)	5 (3.3)	1
43	Autre procédure diagnostique	0	2(1)	1	1(0,4)	0	1
44	Vaccination	4(2)	4 (2)	1	6(2,9)	2 (1.3)	0,76
45	Education/Recommandations	0	0		2(0,9)	2(1,3)	1
49	Autre procédure préventive	4(2)	1(0,5)	0,75	2(0,9)	0	1
50	Médicaments	56(27,8)	48(23,8)	0,62	61(29,4)	41(27.3)	0,86
53	Appareillage	1(0,5)	0	1	1(0,4)	0	1
54	Suture	0	1(0,5)	1	0	0	
56	Pansement	1(0,5)	1(0,5)	1	0	0	
58	Conseils thérapeutiques/écoute	2(1)	1(0,5)	1	4(1,9)	0	0,51
60	Résultats d'examen	35(17,4)	18 (8,9)	0,11	37(17,8)	14 (9.3)	0,12
61	Résultats autre dispensateur	9(4,4)	3 (1,5)	0,42	7(3,3)	3 (2)	0,89
62	Contact administratif	24(11,9)	24(11,9)	1	34(16,4)	28(18.7)	0,8
63	Suivi	13(6,4)	26(12,9)	0,18	10(4,8)	12 (8)	0,52
66	Dispensateur non-médecin	7(3,4)	4(2)	0,86	7(3,3)	0	0,2
67	Référence médecin	14(6,9)	10(5)	0,78	11(5,3)	3(2)	0,38
68	Autre référence	2(1)	1(0,5)	1	0	0	

**Tableau 21: classification des motifs de consultation Montpellier-Strasbourg selon le poids**

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour cette classification de motifs de consultation.

Les motifs pour un suivi ont été plus fréquents à Strasbourg qu'à Montpellier chez les patients obèses (12,9% contre 6,4%). En revanche il y a 17,4% de motifs de consultations des patients obèses de Montpellier pour résultats d'examen contre 8,9% à Strasbourg.

Code	Motif (n)	O+ Montpellier	O+ Strasbourg	P	O- Montpellier	O- Strasbourg	P
<b>A</b>	Général	103(51,2)	44(21,8)	1,93x10 <sup>-5</sup>	111(53,6)	36 (24)	3,32x10 <sup>-5</sup>
<b>B</b>	Hématologie	5(2,5)	5 (2,5)	1	9(4,3)	4 (2.7)	0,81
<b>D</b>	Digestif	42(20,9)	41(20,3)	1	40(19,3)	26(17.3)	0,85
<b>F</b>	Œil	10(4,9)	9 (4,5)	1	9(4,3)	3 (2)	0,59
<b>H</b>	Oreille	10(4,9)	11 (5,5)	1	12(5,8)	5 (3.3)	0,61
<b>K</b>	Cardiologie	29(14,4)	28(13,9)	1	28(13,5)	10 (6.7)	0,17
<b>L</b>	Ostéoarticulaire	80(39,8)	72(35,6)	0,64	77(37,2)	40(27.7)	0,19
<b>N</b>	Neurologie	26(12,9)	34(16,8)	0,56	31(14,9)	13 (8.7)	0,25
<b>P</b>	Psychologique	25(12,4)	37(18,3)	0,33	27(13)	30 (20)	0,25
<b>R</b>	Respiratoire	43(21,4)	43(21,2)	1	39(18,8)	32(21.3)	0,79
<b>S</b>	Dermatologie	32(15,9)	21(10,4)	0,34	36(17,4)	21 (14)	0,64
<b>T</b>	Métabolique/endocrinien	27(13,4)	27(13,4)	1	15(7,2)	8 (5.3)	0,79
<b>U</b>	Urologie	10(4,9)	6 (3)	0,74	22(10,6)	7 (4.7)	0,19
<b>W</b>	Grossesse	6(2,9)	3 (1,5)	0,84	11(5,3)	7 (4.7)	1
<b>X</b>	Système génital féminin	16(7,9)	5 (2,5)	0,16	21(10,1)	10 (6.7)	0,54
<b>Y</b>	Système génital masculin	0	0		0	2 (1.3)	0,47
<b>Z</b>	Social	7(3,4)	11 (5,5)	0,7	9(4,3)	8 (5.3)	1

**Tableau 22: classification des motifs de consultation Montpellier-Strasbourg selon le poids**

Les motifs de consultations « généraux » ont été plus souvent retrouvés pour le groupe des patient obèses et non obèses à Montpellier qu'à Strasbourg ( $p < 0,001$ ).

Dans notre recueil, ce motif regroupait le plus souvent un renouvellement de traitements et des demandes de prise de sang ou leur interprétation.

## **2) Comparaison des motifs de consultations entre les O+P+ et O+P-**

Code	Motif (n)	O+P+ Montpellier	O+P+ Strasbourg	p	O+P- Montpellier	O+P- Strasbourg	p
30	Examen médical détaillé	0	0		1(1,2)	0	0,85
31	Examen médical partiel	0	1(0,7)	0,4	0	1(2,2)	0,41
34	Examen biologique	4(3,5)	7 (4,8)	0,64	5(6,1)	3 (6,5)	1
35	Analyse d'urines	0	1 (0,7)	0,4	1(1,2)	0	0,85
36	Analyse de selles	0	1 (0,7)	0,4	0	1(2,2)	0,41
40	Endoscopie	1(0,9)	1 (0,7)	0,87	1(1,2)	0	0,85
41	Radiologie/Imagerie	3(2,6)	8 (5,4)	0,51	2(2,4)	3 (6,5)	0,28
43	Autre procédure diagnostique	0	2 (1,4)	0,73	0	0	
44	Vaccination	1(0,9)	3(2)	0,95	2(2,4)	1(2,2)	1
45	Education/Recommandations	0	0		0	0	
49	Autre procédure préventive	2(1,8)	1 (0,7)	0,94	2(2,4)	0	0,36
50	Médicaments	27(23,7)	33 (22,5)	0,97	25(30,5)	13 (28,3)	0,85
53	Appareillage	0	0		1(1,2)	0	0,85
54	Suture	0	1 (0,7)	0,4	0	0	
56	Pansement	1(0,9)	1 (0,7)	0,87	0	0	
58	Conseils thérapeutiques/écoute	1(0,9)	0	1	1(1,2)	1(2,2)	1
60	Résultats d'examen	18(15,8)	11 (7,5)	0,1	17(20,7)	6 (13)	0,2
61	Résultats autre dispensateur	4(3,5)	2(1,4)	0,61	5(6,1)	1(2,2)	0,3
62	Contact administratif	12(10,5)	20(13,6)	0,64	12(14,6)	4 (8,7)	0,28
63	Suivi	7(6,1)	19(12,9)	0,16	6(7,3)	4 (8,7)	0,91
66	Dispensateur non-médecin	5(4,4)	3 (2)	0,57	2(2,4)	0	0,36
67	Référence médecin	11(9,6)	7 (4,8)	0,29	3(3,6)	2 (4,4)	1
68	Autre référence	0	0		2(2,4)	1(2,2)	1

**Tableau 23: classification des motifs de consultation des patients O+ selon la précarité Montpellier-Strasbourg**

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux villes pour cette classification.

Code	Motif (n)	O+P+ Montpellier	O+P+ Strasbourg	p	O+P- Montpellier	O+P- Strasbourg	p
<b>A</b>	Général	52(45,6)	28(19,1)	<0,01	46(56,1)	14(30,4)	<0,01
<b>B</b>	Hématologie	2(1,7)	4 (2,7)	1	3(3,7)	1 (2,2)	0,53
<b>D</b>	Digestif	28(24,6)	34(23,1)	0,93	14(17,1)	7 (15,2)	0,71
<b>F</b>	Œil	6(5,2)	7 (4,8)	1	4(4,9)	2 (4,4)	0,86
<b>H</b>	Oreille	6(5,2)	5 (3,4)	0,78	4(4,9)	5 (10,9)	0,18
<b>K</b>	Cardiologie	16(14)	19(12,9)	0,98	12(14,6)	9 (19,6)	0,45
<b>L</b>	Ostéoarticulaire	46(40,3)	52(35,4)	0,56	33(40,2)	17 (37)	0,74
<b>N</b>	Neurologie	19(16,7)	21(14,3)	0,78	7(8,5)	11(23,9)	0,01
<b>P</b>	Psychologique	18(15,8)	22 (15)	1	6(7,3)	11(23,9)	<0,01
<b>R</b>	Respiratoire	24(21)	30(20,4)	1	17(20,7)	12(26,1)	0,4
<b>S</b>	Dermatologie	20(17,5)	16(10,9)	0,25	11(13,4)	5 (10,9)	0,74
<b>T</b>	Métabolique/endocrinien	20(17,5)	22 (15)	0,77	7(8,5)	3 (6,5)	0,78
<b>U</b>	Urologie	6(5,2)	5 (3,4)	0,78	4(4,9)	1 (2,2)	0,51
<b>W</b>	Grossesse	3(2,6)	2 (1,4)	0,91	3(3,7)	1 (2,2)	0,83
<b>X</b>	Système génital féminin	10(8,8)	4 (2,7)	0,12	6(7,3)	1 (2,2)	0,17
<b>Y</b>	Système génital masculin	0	0		0	0	
<b>Z</b>	Social	7(6,1)	9 (6,1)	1	0	2 (4,4)	0,1

**Tableau 24: classification des motifs de consultation des patients O+ selon la précarité Montpellier-Strasbourg**

Les motifs de consultation concernant la psychologie ont été statistiquement plus fréquents dans le groupe obèse et non précaire à Strasbourg, que le groupe obèse et non précaire à Montpellier (23,9% contre 7,3%,  $p < 0,01$ ).

Les patients obèses et non précaires à Strasbourg consultaient statistiquement plus pour des motifs neurologiques que dans le groupe obèses et non précaires de Montpellier (23,9% contre 8,5%,  $p=0,01$ ).

Les motifs de consultations « généraux » ont été plus souvent retrouvés pour le groupe des sujets obèses précaires et non précaires à Montpellier qu'à Strasbourg ( $p<0,01$ ).

# **DISCUSSION**

## **I/ Forces et limites de l'étude**

### **1) Limites**

Malgré un travail collaboratif et s'étendant sur plusieurs mois, une des principales limites de notre étude était le nombre de consultations incluses ne permettant pas d'atteindre une significativité dans la plupart des analyses lors de la comparaison des groupes. En effet, nous avons mis en évidence certaines tendances numériques mais sans pouvoir retenir de franches associations connues par ailleurs dans la littérature médicale.

De ce fait, de façon surprenante, nous n'avons pas pu établir de lien statistiquement significatif entre l'obésité et les problématiques ostéoarticulaires d'une part et avec les affections respiratoires d'autre part.

Une des hypothèses expliquant aussi cette absence de différence pourrait être due à un « effet quartier », c'est-à-dire que le fait d'habiter dans un quartier donné, favorisé ou défavorisé, détermine les comportements individuels au-delà des groupes formés sur des critères médico-sociaux. En effet, dans notre travail, on retrouve une médecine générale assez homogène qui pourrait refléter l'importance de l'impact de l'environnement plus que des différences inter-individuelles telles que le poids ou les revenus.

De plus, dans notre étude sur les populations vivant dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville de Montpellier, seuls trois QPV étaient représentés sur les douze que comporte la municipalité. Cela s'explique par des contraintes organisationnelles liées au fait qu'il n'existe aucun médecin généraliste exerçant dans certains QPV de Montpellier ou seulement un seul praticien pour tout le quartier dans certains autres. Cette situation renforce les difficultés d'accès aux soins auxquelles peuvent être confrontées les populations en situation de précarité. Toutefois, notre travail demeure exhaustif étant donné que nous avons effectué un recueil chez plusieurs médecins exerçant dans plusieurs QPV différents.

De plus, dans nos trois QPV, Mosson est le plus étendu et le plus peuplé de Montpellier, et les trois quartiers étudiés dans notre travail regroupent à eux seuls 54% de la population des QPV de la ville.

Il faut noter que la ville de Montpellier est située dans une région où il existe une forte concentration de quartiers prioritaires de la politique de la ville. Il pourrait être intéressant d'étendre le projet à d'autres régions encore pour analyser les similitudes et différences entre les données recueillies (notamment l'Ouest de la France où la concentration en QPV est plus faible).

Concernant l'inclusion des patients dans notre étude, il peut également exister un biais de sélection lié à un choix des médecins selon leur disponibilité et à une répartition inégale du nombre de consultation par praticien.

En outre, compte tenu des caractéristiques socio-économiques des populations dans les QPV, un des médecins chez qui a été effectué le recueil des données, consultait principalement en langue étrangère. Cette situation a pu rendre plus délicate le recueil et la retranscription des données de ces consultations par les internes, du fait de la barrière de la langue.

De plus, un des biais de notre travail est lié à la situation même de la population étudiée car il est établi que les personnes en situation de grande précarité ont de grandes difficultés d'accès aux soins et ne consultent pas forcément un médecin généraliste de façon régulière. De ce fait, certains patients en grande précarité ont pu ne pas être intégrés à notre étude, y compris chez des sujets en surcharge pondérale.

## **2) Forces**

Une des forces de notre étude est le travail collaboratif. Il a permis l'échange d'idées et de points de vue. Il nous a permis de disposer grâce à la mutualisation des données d'un large échantillon de patients avec 525 consultations observées, sur plus de 6 mois de recueil. Il rend possible un travail complet sur les données avec différentes thèses qui étudient plusieurs problématiques, réalisant ainsi une analyse globale sur le thème du surpoids et de la précarité.

Des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies au cours des consultations. Ni le médecin, ni le patient ne connaissaient l'objet de l'étude ce qui évitait certains biais. En outre, nous avons étudié toutes les consultations sur plusieurs demi-journées chez plusieurs médecins généralistes pour limiter un biais de sélection.

De plus, un des points forts de notre travail réside dans la comparaison avec l'étude similaire réalisée sur la ville de Strasbourg, ce qui permet de confronter des données dans deux régions différentes de France. En effet, il existe de grandes variabilités de la répartition de l'obésité et de la précarité sur le territoire national. Néanmoins, nous avons retrouvé des résultats comparables sur les populations des QPV entre les villes de Montpellier et de Strasbourg, pouvant renforcer la notion « d'effet quartier ».

Concernant les aspects méthodologiques, un atout de notre protocole concerne l'utilisation de formulaires de recueil précédemment validés. En effet, les grilles ECOGEN et CISP-2 servent de support à de nombreuses études de médecine générale.

De surcroît, il s'agit d'un sujet d'actualité et d'un véritable problème de santé publique, la proportion de personnes en excès pondéral étant de 50%. On note une tendance à l'augmentation de cette proportion de sujets en surcharge pondérale dans la population, ce qui conduit l'OMS à alerter sur une situation « d'épidémie » d'obésité qui se profile dans les années à venir.

Notre étude a permis de montrer l'impact de l'obésité sur la prise en charge du diabète en médecine générale. Les deux pathologies partagent de multiples facteurs favorisants, des mécanismes physiopathologiques intriqués et exercent une influence réciproque l'une sur l'autre. Il apparaît clairement que les prises en charge de l'obésité et du diabète sont étroitement liées.

Enfin, la problématique de l'obésité chez les sujets en situation de précarité offre la possibilité de faire le lien entre le domaine des sciences humaines et sociales et la médecine générale. Cette perspective permet de penser la prise en charge des sujets obèses et en situation de précarité de façon plus globale, en dépit de nombreuses avancées thérapeutiques et technologiques récentes qui tendent à nous pousser vers l'exercice d'une médecine « technique ».

## **II/ Résultats principaux**

### **1) Motifs de consultation chez les O+**

Dans notre étude, les patients ayant un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> consultaient plus fréquemment pour un motif métabolique et/ou endocrinien.

Ces motifs correspondaient principalement à des problématiques en lien avec le diabète (prise en charge, suivi et traitement).

De façon concordante, dans la thèse de E. Gounaud précédemment effectuée dans le cadre du projet FETOMP étudiant les procédures de consultation mises en place par le médecin généraliste, les procédures en rapport avec le système endocrinien se révélaient là aussi plus pratiquées dans le groupe obésité et le groupe surpoids que chez les sujets ayant un IMC normal (11,1% et 5,6% contre 1,6%,  $p=0,019$ )<sup>(20)</sup>.

En effet, l'obésité et le diabète sont des pathologies étroitement liées.

Le diabète de type 2 est dû à une insulino-résistance et à un déficit de sécrétion d'insuline. Il existe effectivement un déclin progressif de la production d'insuline jusqu'à l'insulino-requérance. En outre, les adipocytes sont très sensibles à la glucotoxicité, ils produisent des cytokines pro-inflammatoires qui jouent elle-même un rôle négatif sur le fonctionnement des cellules bêta du pancréas.

L'obésité joue donc un rôle dans l'insulino-résistance et le diabète. Le tissu graisseux chez le patient obèse entraîne une insulino-résistance. Certaines études tendent à montrer que l'obésité androïde est plus diabétogène que l'obésité gynoïde. Par conséquent, certains traitements du diabète comme les analogues du GLP1 et les inhibiteurs de la SGLT2, jouant un rôle sur la régulation glycémique, s'accompagnent d'une perte de poids.

L'obésité et le diabète partagent certains des mêmes facteurs liés au mode de vie, c'est-à-dire un apport énergétique excessif, une alimentation riche en graisses saturées et la sédentarité. Mais leur association ne se limite pas à partager les mêmes facteurs de risque. Il se pourrait que le surpoids et l'obésité soient une des principales causes évitables et traitables du diabète de type 2.

De ce fait, il apparaît que le diabète de type 2 peut être évité le plus efficacement par la perte de poids chez les sujets en surpoids et obèses avec une intolérance au glucose.

Le terme « diabésité » a été développé pour refléter à la fois l'étiologie et la présentation clinique, contribuant à reconnaître que l'excès de graisse corporelle est une des principales causes du diabète de type 2<sup>(21)</sup>.

Les bénéfices d'une prise en charge optimale de l'obésité sont nombreux car il existe de multiples conséquences potentielles de la perte de poids dans le diabète de type 2 : un meilleur contrôle glycémique, une réduction des doses d'insuline, une augmentation de la sensibilité à l'insuline, une réduction de l'adiposité, une amélioration du profil lipidique qui devient moins athérogène. Tous ces bénéfices pourraient aboutir à une réduction de la mortalité<sup>(22)</sup>.

Dans les motifs métaboliques et/ou endocriniens sont également retrouvées des problématiques thyroïdiennes.

Des études ont montré que les patients obèses présentaient plus de risque d'être en hypothyroïdie biologique ou clinique<sup>(23)</sup>. On constate que la Thyroid-Stimulating Hormone (TSH) est plus élevée chez les sujets obèses. En effet, les adipocytes augmentent le taux de leptine, qui influence elle-même les neurones de l'hypothalamus, de l'axe thyroïdien et la sécrétion de TSH. En conséquence, le taux de leptine élevé chez les patients obèses peut entraîner plus fréquemment une TSH dans la limite supérieure de la normale<sup>(24)</sup>.

Les pathologies ostéoarticulaires et respiratoires étaient très souvent évoquées chez les patients obèses.

L'atteinte respiratoire peut être fonctionnelle et symptomatique. Il existe une réduction de la capacité résiduelle fonctionnelle chez les personnes obèses. L'augmentation du poids corporel est à l'origine d'un syndrome restrictif, et s'associe à une diminution de la capacité vitale forcée et du volume expiratoire maximal par seconde. Ceci est dû en partie à une diminution de la compliance statique du système respiratoire. Le travail respiratoire et par conséquent le coût métabolique de la respiration sont augmentés.

Ainsi, pour un effort donné, les besoins ventilatoires sont plus élevés chez le sujet obèse, en raison de l'augmentation de l'activité métabolique liée à la fois au surpoids et au coût métabolique de la respiration<sup>(25)</sup>.

Cette fragilité respiratoire chez les sujets en excès pondéral a été récemment illustrée avec la démonstration que les personnes obèses courent un risque accru de développer une forme grave d'atteinte respiratoire au virus de la Covid-19. De façon plus générale, certaines études avaient montré que les patients obèses présentent un plus grand risque d'exacerbations d'infections respiratoires virales. L'obésité pourrait perturber les réponses immunitaires et constituer en soit une condition à risque de contracter une infection virale dont la Covid-19. Les patients obèses sont potentiellement plus vulnérables à la Covid-19. Les comorbidités associées à l'obésité se sont avérées corrélées à une évolution clinique sévère de la Covid-19 et une mortalité accrue. En outre, le fait de présenter un IMC élevé a été corrélé à l'hospitalisation, la nécessité de ventilation mécanique et le décès<sup>(26)</sup>.

Dans une autre étude, en comparaison avec les patients avec un IMC de 18,5 à 24 kg/m<sup>2</sup>, ceux avec un IMC de 40 à 44 kg/m<sup>2</sup> et supérieur à 45 kg/m<sup>2</sup> avaient respectivement des risques relatifs de décès de 2,68 et 4,18, y compris après ajustement avec les comorbidités associées à l'obésité<sup>(27)</sup>.

L'HAS a d'ailleurs défini l'obésité, lorsque l'IMC est supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup>, comme pathologie à haut risque de décès de la Covid-19. Ce risque pourrait être plus élevé chez les sujets les plus jeunes<sup>(28)</sup>.

Dans notre étude, les consultations pour un motif en lien avec la vaccination étaient plus fréquentes chez les patients obèses que chez les patients avec un IMC normal. Actuellement la liste des vaccins recommandés pour les personnes en obésité morbide comprend la Covid-19, la grippe et l'hépatite A. Cela met en évidence l'importance de la prévention chez ces patients ayant une prédisposition aux infections virales sévères ainsi que la nécessité d'un suivi régulier de cette population.

On retrouvait également une tendance à une surreprésentation des motifs de consultation liés à un dispensateur de soin non-médecin chez les sujets en surcharge pondérale. Les patients en surpoids venaient plus fréquemment pour ce motif que ceux avec un IMC normal.

Dans nos données, ces motifs étaient liés le plus souvent à une demande de prise en charge nutritionniste et kinésithérapie. On notait également que les psychologues et podologues étaient plus fréquemment sollicités. Cela souligne l'importance et le besoin d'une prise en charge globale et multidisciplinaire du surpoids.

## **2) Motifs de consultation chez les O+P+**

Dans notre travail, les patients obèses et précaires consultaient de manière statistiquement plus significative pour des motifs sociaux. Ces motifs incluaient des arrêts et/ou accidents de travail, des invalidités et des affections longue durée.

Cela illustre que l'obésité entraîne un coût pour la collectivité. Il y a d'une part le coût direct lié aux dépenses de santé mais également, celui lié à l'absentéisme pour raison médicale et à la baisse de la productivité. A ces dépenses se rajoutent les pensions d'invalidité et les pertes de production dues à l'exclusion des femmes obèses du marché du travail<sup>(11)</sup>.

Nous avons également constaté dans notre étude que les patients obèses et non précaires consultaient davantage pour des examens de biologie, la prescription de médicaments et l'interprétation de résultats d'examen que les patients obèses et précaires. Cela souligne bien que la précarité engendre une difficulté d'accès aux soins.

Plusieurs facteurs ont été mis en évidence pour expliquer cette difficulté. Les obstacles administratifs, un renoncement aux soins ou un report dans le temps pour des raisons financières en font partie. De plus, les groupes les moins favorisés ont plus recours à l'hospitalisation qu'à la médecine de ville. La barrière linguistique et le sentiment de honte et d'abandon sont aussi des facteurs liés aux patients.

Néanmoins, il existe également des facteurs liés aux médecins comme le manque d'information et de formation concernant la gestion des patients en situation de précarité. En effet, la plupart des médecins sont davantage habitués à pratiquer une médecine tournée vers les soins – au sens technique du terme - et ne sont en revanche pas habitués à réaliser une prise en charge orientée sur le versant social. Cependant, dans la thèse de A. Marchwicki précédemment effectuée dans le cadre du projet FETOMP, il a été mis en évidence que les médecins exerçant en QPV sont plus sensibilisés aux problématiques

sociales car ces motifs sont abordés plus fréquemment dans ces populations en comparaison à la population générale. Indépendamment du poids, les motifs sociaux chez les patients en situation de précarité dans les QPV de Montpellier représentaient 5,48 % des consultations contre 2,18% chez les sujets non précaires et seulement 1,8% des consultations dans la population générale nationale<sup>(29)</sup>. La prise en charge de ces patients nécessite donc une approche pluridisciplinaire associant infirmier, médecin, assistant social mais aussi le réseau associatif<sup>(25)</sup>.

Ces populations ont souvent un retard dans l'accès aux soins et des ruptures de suivi plus fréquentes. Dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion de décembre 1998, des PASS (permanences d'accès aux soins de santé) ont été mises en place dans les établissements de santé avec la mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité<sup>(30)</sup>.

Par ailleurs, les motifs psychologiques étaient plus souvent évoqués chez les patients obèses en situation de précarité. Il s'agissait souvent de l'insomnie, l'anxiété et la dépression. Plusieurs enquêtes ont mis en évidence une plus forte prévalence de troubles psychologiques dans les populations en situation de précarité<sup>(31)</sup>. Ces troubles psychologiques peuvent de plus entraver leurs efforts de réintégration dans la société. De même, ils sont liés à des comportements à risque (abus de substances, recours à la violence, maladies sexuellement transmissibles) et contribuent à marginaliser davantage le patient<sup>(32)</sup>.

L'association entre obésité et dépression peut être réciproque. En effet, l'obésité entraîne une baisse de l'estime de soi, et inversement, la dépression engendre des troubles du comportement alimentaire et une baisse de l'activité physique<sup>(33)</sup>.

### **3) Caractéristiques de la population en QPV**

Dans notre population issue de quartiers prioritaires de la politique de la ville, l'IMC médian était de 25,05 kg/m<sup>2</sup>. Cela traduit que plus de la moitié de la population est en surpoids ou obèse. Il a été démontré qu'il existe un gradient social de l'obésité. De plus, les patients

obèses font l'objet d'une discrimination au travail ce qui influe inversement sur la précarité sociale. En outre, la précarité sociale joue un rôle dans la prévalence de l'obésité. Dans notre étude, il y avait 56,7% de la population obèse qui était en situation de précarité (contre seulement 39,1 % chez les sujets ayant un IMC normal).

Plusieurs études montrent que chez les patients précaires, le poids ne revêt pas une importance primordiale et le problème de l'excès pondéral est devancé par les soucis financiers et les conditions de vie dans les préoccupations<sup>(34)</sup>.

Plusieurs facteurs peuvent jouer un rôle dans ce gradient de l'obésité : les aliments à haute densité énergétique étant moins chers que les fruits et légumes, les habitudes alimentaires des catégories socio-économiques inférieures sont caractérisées par des grignotages et la consommation de boissons et produits sucrés en dehors des repas mais également par un mode de vie sédentaire<sup>(35)</sup>.

La vision du poids est différente selon les classes sociales. Dans les milieux modestes, perdre du poids peut être vu comme « fragilisation du corps » et l'abondance au niveau alimentaire est rassurante. Il en est de même pour les enfants. Les classes socio-économiques plus favorisées s'inquiètent de la prise de poids de leur enfant, alors que dans une certaine mesure dans les milieux modestes, elle est signe de bonne santé de l'enfant<sup>(36)</sup>.

Au sein de cet échantillon de patients résidant dans un quartier prioritaire de la politique de la ville, on retrouve comme attendu une forte prévalence de la précarité, avec presque la moitié des patients considérés comme précaires. On identifie donc une ségrégation socio-spatiale. L'environnement joue un rôle sur la précarité avec des situations d'inégalités collectives qui renforcent l'inégalité individuelle. Cela souligne l'importance de mettre en œuvre des moyens qui agissent globalement sur une collectivité afin d'agir sur la précarité sociale et donc les inégalités de santé<sup>(17)</sup>.

En outre, il n'y avait pas de différence de temps de consultation entre les patients obèses ou de corpulence normale, et de la même façon entre les patients en situation de précarité ou non. Il était similaire au temps de consultation moyen de 17 minutes observé en médecine

générale en France<sup>(37)</sup>. Néanmoins, dans notre travail, on note que le nombre de motifs de consultation avait tendance à augmenter chez les sujets en surpoids et obèses.

De plus, dans notre population, il y avait une plus forte proportion de femmes qui consultait en médecine générale et cette tendance était d'autant plus marquée dans le groupe des patients obèses en situation de précarité.

Ceci peut être dû au fait que les femmes consultent davantage le médecin que les hommes<sup>(37)</sup>. On peut également expliquer ce constat par le fait que les femmes sont plus nombreuses en quartier prioritaire de politique de ville que les hommes<sup>(38)</sup>.

Les familles monoparentales y sont également plus nombreuses (24% contre 15,7% en zone urbaine), et dans 88,6% de ces familles, c'est la mère qui élève seule les enfants. De plus, dans ces quartiers, le taux de chômage des femmes est de 23%, alors qu'il est de 8,6% pour les femmes françaises fin 2018. En outre, les femmes actives en QPV travaillent plus souvent à temps partiel.

Enfin, sur l'ensemble des vingt dernières années, les femmes ont été plus exposées que les hommes au chômage bien que la différence tende à diminuer<sup>(39)</sup>.

## **CONCLUSION**

Dans notre étude portant sur l'analyse des motifs de consultation en médecine générale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville de Montpellier, il n'y avait pas de différence significative entre les sous-populations à l'exception du domaine métabolique chez les patients en surpoids et concernant le domaine social chez les sujets en surcharge pondérale et en situation de précarité.

Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses quant à l'explication de ces résultats. D'une part, notre travail est limité par un possible manque de puissance expliquant que la plupart des résultats ne soient pas statistiquement significatifs. D'autre part, la prédominance d'un « effet quartier » qui prime sur les différences entre les individus telles que le revenu ou le poids, et qui souligne l'importance de l'environnement du patient. Cette hypothèse est cohérente au regard de nos résultats portant sur la comparaison avec Strasbourg : l'absence de différence entre les populations des villes de Strasbourg et Montpellier montre qu'il existe une homogénéité au sein des QPV même s'il ne s'agit pas de patients résidant dans les mêmes régions.

Toutefois, nous avons pu mettre en évidence une proportion plus importante de patients requérant une prise en charge métabolique et/ou endocrinienne chez les sujets en surcharge pondérale. En effet, en comparaison avec les sujets ayant un IMC normal, les patients en surpoids et/ou obèses consultent plus fréquemment en raison de pathologies métaboliques, notamment concernant la prise en charge, le suivi et le traitement du diabète. Cette association permet de mettre en avant le lien fort qui existe entre les deux pathologies que sont l'obésité et le diabète.

De plus, la prise en charge de ces deux pathologies est fortement liée. Il existe donc une nécessité de réaliser un dépistage renforcé du diabète de type 2 chez les patients en surpoids. En outre, afin d'agir sur la surcharge pondérale, il est indispensable de mettre en place une prise en charge globale de l'obésité et des pathologies qui lui sont associées.

Notre travail a également retrouvé une importante association entre obésité et situation de précarité. Cette notion s'illustre particulièrement dans le fait qu'au sein de notre

population issue de quartiers prioritaires de la politique de la ville, il existe une forte proportion de patients obèses ou en surpoids, avec plus d'un individu adulte sur deux qui présentent un IMC au-dessus de 25 kg/m<sup>2</sup>. Ces données reflètent bien le gradient social de l'obésité au sein de notre territoire.

De façon cohérente, il existe dans notre échantillon une forte proportion de patients en situation de précarité, ce qui montre bien l'importance de déterminants territoriaux dans les inégalités de santé et d'accès aux soins.

Enfin, nos recherches ont également mis en exergue le lien qui existe entre obésité, précarité, et coûts pour la santé publique. Cette notion se retrouve chez les patients en surcharge pondérale et en situation de précarité qui consultent plus fréquemment pour des motifs sociaux. Cela démontre que l'obésité et sa prise en charge sont des enjeux économiques importants.

Il ressort de notre étude qu'une politique globale de prise en charge de l'obésité est nécessaire. L'obésité ne se cantonne donc pas à une simple problématique organique, il faut également prendre en compte l'environnement psychosocial des patients qui influe sur la pathologie et les possibilités de prise en charge.

A l'échelle de la pratique individuelle de la médecine générale, un praticien peut difficilement assurer seul la prise en charge de toute la complexité de l'obésité incluant la pathologie organique en elle-même, et au-delà les comorbidités associées notamment métaboliques ainsi que tous les problèmes psychosociaux qui sont en lien. Ce constat renforce la nécessité de la mise en place et de l'utilisation d'un réseau de soins pour la prise en charge globale de l'obésité avec des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, mais aussi d'une politique à plus grande échelle pour agir sur l'environnement et l'accès aux soins de ces patients.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Ebrary, I. Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS. 2003 Organisation mondiale de la Santé.
2. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. 2011.
3. ObÉpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Paris: Inserm/Kantar Health/Roche; 2012 p. 59.
4. DIAGNOSTIC REGIONAL ARS avril 2017
5. Simonnet A, Chetboun M, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, et al. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. *Obesity*. 2020;28(7):1195-9.
6. Fu L-Y, Wang X-X, Wu X, Li B, Huang L-L, Li B-B, et al. Association between obesity and sickness in the past two weeks among middle-aged and elderly women: A cross-sectional study in Southern China. *PloS One*. 2018;13(8):e0203034.
7. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of Life Lost Due to Obesity. *JAMA*. 8 janv 2003;289(2):187.
8. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. Impact of Obesity on Health-related Quality of Life in Patients with Chronic Illness. *J Gen Intern Med*. nov 2000;15(11):789-96.
9. Matta J. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. :7.
10. Withrow D, Alter DA. The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity: The direct healthcare costs of obesity. *Obes Rev*. févr 2011;12(2):131-41.
11. Caby D. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? 2016 sept. Report No.: 179.
12. Elrashidi MY, Jacobson DJ, St. Sauver J, Fan C, Lynch BA, Rutten LJF, et al. Body Mass Index Trajectories and Healthcare Utilization in Young and Middle-aged Adults. *Medicine* (Baltimore). 15 janv 2016
13. PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ 2019-2023. Ministère des Solidarités et de la Santé
14. Bocquier A. La prise en charge de l'obésité en région PACA. EM-Consulte. juin 2005
15. Tsai AG, Abbo ED, Ogden LG. The time burden of overweight and obesity in primary care. *BMC Health Serv Res*. 17 août 2011;11:191.
16. 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

17. Birouste G, Visier L, Zoïa G. Santé et territoire : métropolisation du territoire et relégation des quartiers. ADSP. juin 2017;(99).
18. Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains. 2014-1750 déc 30, 2014.
19. Profil Santé – Quartiers prioritaires de la politique de la ville de Montpellier – Octobre 2016
20. 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). 2020.
21. Astrup A, Finer N. Redefining type 2 diabetes: « diabesity » or « obesity dependent diabetes mellitus »? *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* oct 2000;1(2):57-9.
22. Maggio CA, Pi-Sunyer FX. Obesity and type 2 diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am.* déc 2003;32(4):805-22, viii.
23. Song R, Wang B, Yao Q, Li Q, Jia X, Zhang J. The Impact of Obesity on Thyroid Autoimmunity and Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Immunol [Internet].* 1 oct 2019;10.
24. Dietlein M, Kahaly G, Kobe C, Schmidt M, Derwahl K-M, Schicha H. [Obesity, energy regulation and thyroid function: is borderline elevated TSH-level the cause or secondary phenomenon of obesity]. *Nukl Nucl Med.* 2008;47(5):181-7.
25. Netgen. Obésité et pathologie respiratoire. *Revue Médicale Suisse.*
26. Albashir AAD. The potential impacts of obesity on COVID-19. *Clin Med Lond Engl.* juill 2020;20(4):e109-13.
27. Tartof SY, Qian L, Hong V, Wei R, Nadjafi RF, Fischer H, et al. Obesity and Mortality Among Patients Diagnosed With COVID-19: Results From an Integrated Health Care Organization. *Ann Intern Med.* 12 août 2020;173(10):773-81.
28. Laura Z. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2. 2021;113.
29. Marchwicki A. Caractéristiques de la population consultant en médecine générale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville de Montpellier, dans l'échantillon FETOMP, chez les patients jugés en situation de précarité et non. 2021.
30. DGOS. Précarité : accès aux soins. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021
31. Royer B, Gusto G, Vol S, Arondel D, Tichet J, Lantieri O. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'exams de santé. *Prat Organ Soins.* 2010;Vol. 41(4):313-21.
32. Sylvestre A. [The psychological consequences of precarity]. *Soins Rev Ref Infirm.* mai 2011;(755):50-2.

33. de Wit LM, van Straten A, van Hertem M, Penninx BW, Cuijpers P. Depression and body mass index, a u-shaped association. *BMC Public Health*. 13 janv 2009;9(1):14.
34. Poulain J-P, Tibère L. Alimentation et précarité. Considérer la pluralité des situations. *Anthropol Food*. 14 oct 2008
35. Perrin AE, Simon C, Hedelin G, Arveiler D, Schaffer P, Schlienger JL. Ten-year trends of dietary intake in a middle-aged French population: relationship with educational level. *Eur J Clin Nutr*. mai 2002;56(5):393-401.
36. Régnier F, Masullo A. Obésité, goûts et consommation. *Rev Francaise Sociol*. 1 déc 2009;Vol. 50(4):747-73.
37. Montaut. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2010 févr
38. conseil national des villes. La place des femmes et des jeunes filles dans les espaces publics dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. 2018 juin.
39. Duhamel E, Joyeux H. Femmes et précarité. Conseil économique social et environnemental.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Formulaire de consentement

### **Formulaire de consentement pour enregistrements sonores**

Je, soussigné(e) : \_\_\_\_\_ (Prénom et nom)  
accepte que la consultation soit enregistrée sur bande audio.

Je comprends que cette modalité est un outil de travail et de formation pour l'étudiante ou l'étudiant en médecine générale pour la réalisation de sa thèse/mémoire.

Seuls l'étudiante ou l'étudiant, sa superviseuse ou son superviseur, sa professeure ou son professeur et une personne du groupe présente, pourrons y avoir accès. La confidentialité sera maintenue par tous les praticiens concernés. Il est entendu qu'il m'est possible de demander toutes les explications que je désire sur l'usage qui sera fait de ces enregistrements. Je comprends aussi que je peux retirer mon consentement à tout moment en avisant l'étudiant et que, à ma demande, le contenu des bandes sera effacé.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

## Annexe 2 : 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.

# Annexe 3 : Grille de recueil quantitative 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"/>		Code CISP		N°RC		Procédures (diagnostics, préventives, thérapeutiques, administratives, autres)		Code N°RC	
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		CISP		N/A		N/A	
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
Résultats de consultation (RC) (symptômes ou diagnostics)		CISP		N/A		Médicaments (DCI)					
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
Poids : kg		Mesuré durant la consultation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Taille : m		IMC : kg/m <sup>2</sup>					
Heure de début de la consultation --h--						Heure de fin de la consultation --h--					

# Annexe 4 : Classification CISP-2

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 <sup>nd</sup> Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. <b>B</b>	Oeil <b>F</b>	Ostéo-articulaire <b>L</b>
<b>Procédures</b>	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux	F01 Oeil douloureux	L01 S/P du cou
-30 Ex médical/bilan santé détaillé	B04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos
-31 Ex médical/bilan santé partiel	B26 Peur du SIDA/du VIH	F03 Ecoulement de l'œil	L03 S/P des lombes
-32 Test de sensibilité	B27 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches visuelles/flottantes	L04 S/P du thorax
-33 Ex microbiologique/immunologique	B28 Peur autre maladie sang/lymph/rate	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du flanc et du creux axillaire
-34 Autre analyse de sang	B28 Limitation de la fonction/incap. (B)	F06 Sensation oculaire anormale	L07 S/P de la mâchoire
-35 Autre analyse d'urine	B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol.	F14 Mouvements oculaires anormaux	L08 S/P de l'épaule
-36 Autre analyse de selles	B70 Adénite aiguë	F15 Apparence anormale de l'œil	L09 S/P du bras
-37 Cytologie/histologie	B71 Adénite chronique/non-spécifique	F16 S/P de la paupière	L10 S/P du coude
-38 Autre analyse de laboratoire	B72 Maladie de Hodgkin/lymphome	F17 S/P lunettes	L11 S/P du poignet
-39 Epreuve fonctionnelle	B73 Leucémie	F18 S/P lunettes de contact	L12 S/P de la main et du doigt
-40 Endoscopie	B74 Autre cancer du sang	F21 Peur d'une maladie de l'œil	L13 S/P de la hanche
-41 Radiologie diagnostique/imagerie	B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph.	F28 Limitation de la fonction/incap. (F)	L14 S/P de la jambe et de la cuisse
-42 Tracé électrique	B76 Rupture traumat. de la rate	F29 Autre S/P de l'œil	L15 S/P du genou
-43 Autre procédure diagnostique	B77 Autre traumat. sang/lymph/rate	F70 Conjonctivite infectieuse	L16 S/P de la cheville
-44 Vaccination/médication préventive	B78 Anémie hémolytique héréditaire	F71 Conjonctivite allergique	L17 S/P du pied et de l'orteil
-45 Recom./éducation santé/avis/régime	B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate	F72 Biphéarite, orgelet, chalazion	L18 Douleur musculaire
-46 Discussion entre dispensateurs SSP	B80 Anémie par déficience en fer	F73 Autre infection/inflammation de l'œil	L19 S/P musculaire NCA
-47 Discussion dispensateur spécialiste	B81 Anémie carence vit B12/ac. folique	F74 Tumeur de l'œil et des annexes	L20 S/P d'une articulation NCA
-48 Clarification de la demande du patient	B82 Autre anémie/indét.	F78 Contusion/hémorragie de l'œil	L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-49 Autre procédure préventive	B83 Purpura/défaut de coagulation	F76 CE dans l'œil	L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic.
-50 Médication/prescription/injection	B84 Globules blancs anormaux	F79 Autre lésion traumat. de l'œil	L28 Limitation de la fonction/incap. (L)
-51 Incision/drainage/aspiration	B87 Splénomégalie	F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant	L29 Autre S/P ostéo-articulaire
-52 Excision/biopsie/cautère/débridement	B90 Infection par le virus HIV, SIDA	F81 Autre anom. congénitale de l'œil	L70 Infection du syst. ostéo-articulaire
-53 Perfusion/intubat./dilatat./ appareillage	B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F82 Décollement de la retina	L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire
-54 Répar/fixation/suture/plâtre/prothèse		F83 Rétinopathie	L72 Fracture du radius/du cubitus
-55 Traitement local/infiltration	<b>Syst. Digestif <b>D</b></b>	F84 Dégénérescence maculaire	L73 Fracture du tibia/du péroné
-56 Pansement/compression/bandage	D01 Douleur/crampes abdominales gén.	F85 Ulcère de la cornée	L74 Fracture de la main/du pied
-57 Thérapie manuelle/médecine physique	D02 Douleur abdominale/épigastrique	F88 Trachome	L75 Fracture du fémur
-58 Conseil thérap/écoute/examens	D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac	F91 Déficit de réfraction	L76 Autre fracture
-59 Autres procédures thérapeutiques	D04 Douleur rectale/anales	F92 Cataracte	L77 Entorse de la cheville
-60 Résultats analyses/examens	D05 Démangeaisons périanales	F93 Glaucome	L78 Entorse du genou
-61 Résultats ex/procédé autre dispensateur	D06 Autre douleur abdominale loc.	F94 Cécité	L79 Entorse articulaire NCA
-62 Contact administratif	D07 Dyspepsie/indigestion	F95 Strabisme	L80 Luxation et subluxation
-63 Rencontre de suivi	D08 Flatulence/gaz/renvoi	F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire
-64 Epis. nouveau/en cours init. par disp.	D09 Nausée	<b>Oreille <b>H</b></b>	L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire
-65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers	D10 Vomissement	H01 Douleur d'oreille/otalgie	L83 Syndrome cervical
-66 Référence à dispens. SSP non médecin	D11 Diarrhée	H02 P. d'audition	L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation
-67 Référence à médecin	D12 Constipation	H03 Acouphène/hourdonnement d'oreille	L85 Déformation acquise de la colonne
-68 Autre référence	D13 Jaunisse	H04 Ecoulement de l'oreille	L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation
-69 Autres procédures	D14 Hématémèse/vomissement de sang	H05 Saignement de l'oreille	L87 Bursite, tendinite, synovite NCA
<b>Général et non spécifié <b>A</b></b>	D15 Méléna	H13 Sensation d'oreille bouchée	L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
A01 Douleur générale/de sites multiples	D16 Saignement rectal	H15 Préc. par l'aspect des oreilles	L89 Coxarthrose
A02 Frissons	D17 Incontinence rectale	H27 Peur d'une maladie de l'oreille	L90 Gonarthrose
A03 Fièvre	D18 Modification selles/mouvem. intestin	H28 Limitation de la fonction/incap. (H)	L91 Autre arthrose
A04 Fatigue/faiblesse générale	D19 S/P dents/gencives	H29 Autre S/P de l'oreille	L92 Syndrome de l'épaule
A05 Sensation d'être malade	D20 S/P bouche/langue/lèvres	H70 Otite externe	L93 Coude du joueur de tennis
A06 Evanouissement/syncope	D21 P. de déglutition	H71 Otite moyenne aiguë/myringite	L94 Ostéochondrose
A07 Coma	D23 Hépatomégalie	H72 Otite moyenne séreuse	L95 Ostéoporose
A08 Gonflement	D24 Masse abdominale NCA	H73 Salpingite d'eustache	L96 Lésion aigüe interne du genou
A09 P. de transpiration	D25 Distension abdominale	H74 Otite moyenne chronique	L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.
A10 Saignement/hémorragie NCA	D26 Peur du cancer du syst. digestif	H75 Tumeur de l'oreille	L98 Déformation acquise membres inf.
A11 Douleur thoracique NCA	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H76 CE dans l'oreille	L99 Autre maladie ostéo-articulaire
A13 Préc. par/peur traitement médical	D28 Limitation de la fonction/incap. (D)	H77 Perforation du tympan	<b>Neurologique <b>N</b></b>
A18 Nourrisson irritable	D29 Autre S/P du syst. digestif	H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille	N01 Mal de tête
A18 Préc. par son aspect extérieur	D70 Infection gastro-intestinale	H79 Autre lésion traumat. de l'oreille	N03 Douleur de la face
A20 Demande/discussion sur l'euthanasie	D71 Oreillons	H80 Anom. congénitale de l'oreille	N04 Jambes sans repos
A21 Facteur de risque de cancer	D72 Hépatite virale	H81 Excès de cérumen	N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils
A23 Facteur de risque NCA	D73 Gastro-entérite présumée infectieuse	H82 Syndrome vertigineux	N06 Autre perturbation de la sensibilité
A25 Peur de la mort, de mourir	D74 Cancer de l'estomac	H83 Otosclérose	N07 Convulsion/crise comitiale
A26 Peur du cancer NCA	D75 Cancer du colon/du rectum	H84 Presbycusie	N08 Mouvements involontaires anormaux
A27 Peur d'une autre maladie NCA	D76 Cancer du pancréas	H85 Traumatisme sonore	N18 Perturbation du goût/de l'odorat
A28 Limitation de la fonction/incap. NCA	D77 Autre cancer digestif/NCA	H86 Surdité	N17 Vertige/étourdissement
A29 Autre S/P général	D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig.	H89 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	N18 Paralyse/faiblesse
A70 Tuberculose	D79 CE du syst. digestif	<b>Cardio-vasculaire <b>K</b></b>	N19 Trouble de la parole
A71 Rougeole	D80 Autre traumat. du syst. digestif	K01 Douleur cardiaque	N26 Peur d'un cancer neurologique
A72 Varicelle	D81 Anom. congénitale du syst. digestif	K02 Oppression/constriction cardiaque	N27 Peur d'une autre maladie neurologique
A73 Paludisme	D82 Maladie des dents/des gencives	K03 Douleur cardiovasculaire NCA	N28 Limitation de la fonction/incap. (N)
A74 Rubéole	D83 Maladie bouche/langue/lèvres	K04 Palpitat./perception battements card.	N29 Autre S/P neurologique
A75 Mononucléose infectieuse	D84 Maladie de l'œsophage	K05 Autre battement cardiaque irrégulier	N70 Poliomyélite
A76 Autre exanthème viral	D85 Ulcère duodénal	K06 Veines proéminentes	N71 Méningite/encéphalite NCA
A77 autre maladie virale NCA	D86 Autre ulcère peptique	K07 Oedème, gonflement des chevilles	N72 Tétanos
A78 Autre maladie infectieuse NCA	D87 Trouble de la fonction gastrique	K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire	N73 Autre infection neurologique
A79 Cancer NCA	D88 Appendicite	K24 Peur d'une maladie de cœur	N74 Cancer du syst. neurologique
A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA	D89 Hernie inguinale	K25 Peur d' hypertension	N75 Tumeur bénigne neurologique
A81 Polytraumatisme/lésions multiples	D90 Hernie hiatale	K26 Peur autre maladie cardio-vasculaire	N78 Autre tumeur indét. neurologique
A82 Effet tardif d'un traumatisme	D91 Autre hernie abdominale	K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire	N79 Commotion
A84 Intoxication par subst. médicamenteuse	D92 Maladie diverticulaire	K28 Limitation de la fonction/incap. (K)	N80 Autre lésion traumat. de la tête
A85 Effet sec. subst. médicamenteuse	D93 Syndrome du colon irritable	K29 Autre S/P cardiovasculaire	N81 Autre lésion traumat. neurologique
A86 Effet toxique subst. non médicamenteuse	D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse	K70 Infection du syst. cardio-vasculaire	N85 Anom. congénitale neurologique
A87 Complication de traitement médical	D95 Fissure anale/abcès périanal	K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale	N86 Sclérose en plaque
A88 Effet sec. de facteur physique	D96 Vers/autre parasite	K72 Tumeur cardio-vasculaire	N87 Syndrome parkinsonien
A89 Effet sec. de matériel prothétique	D97 Maladie du foie NCA	K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire	N88 Epilepsie
A90 Anom. congénitale NCA/multiple	D98 Cholécytite/cholestétiase	K74 Cardiopathie ischémique avec angor	N89 Migraine
A91 Résultat d'investigat. anormale NCA	D99 Autre maladie du syst. Digestif	K75 Infarctus myocardique aigu	N90 Algie vasculaire de la face
A92 Allergie/réaction allergique NCA		K76 Cardiopathie ischémique sans angor	N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell
A93 Nouveau-né prématuré	<b>CODES PROCÉDURE</b>	K77 Décompensation cardiaque	N93 Syndrome du canal carpien
A94 Autre morbidité périnatale	<b>SYMPTÔMES ET PLAINTES</b>	K78 Fibrillation auriculaire/flutter	N94 Névrite/neuropathie périphérique
A95 Mortalité périnatale	<b>INFECTIONS</b>	K79 Tachycardie paroxystique	N85 Céphalée de tension
A96 Mort	<b>NÉOPLASMES</b>	K80 Arythmie cardiaque NCA	N89 Autre maladie neurologique
A97 Pas de maladie	<b>TRAUMATISMES</b>	K81 Souffle cardiaque/artériel NCA	
A98 Gestion santé/médecine préventive	<b>ANOMALIES CONGÉNITALES</b>	K82 Cœur pulmonaire	
	<b>AUTRES DIAGNOSTICS</b>	K83 Valvulopathie NCA	
		K84 Autre maladie cardiaque	
		K85 Pression sanguine élevée	
		K86 Hypertension non compliquée	
		K87 Hypertension avec complication	
		K88 Hypotension orthostatique	
		K89 Ischémie cérébrale transitoire	
		K90 Accident vasculaire cérébral	
		K91 Maladie cérébrovasculaire	
		K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér.	
		K93 Embolie pulmonaire	
		K94 Phlébite et thrombophlébite	



## Annexe 5 : 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"><li>• Prise de contact (salutations, langue parlée, aspect du patient ...)</li><li>• Déroulé de la consultation (questions ouvertes /fermées, impression de malaise/connivence/, qui prend les initiatives et quand ...)</li><li>• Moments clés de la consultation</li><li>• Déroulé de l'examen clinique (examen commenté ou non ...)</li><li>• Langage non verbale (le médecin regarde le patient/l'ordi, évite/cherche le regard, posture du patient, posture du médecin...)</li><li>• Observation autre</li><li>• Poids :<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Perception de la corpulence</li><li>➤ La question est-elle abordée ?</li><li>➤ Par qui ?</li><li>➤ Pour qui est-ce un problème ?</li><li>➤ Heure à laquelle est abordé la question du poids</li><li>➤ Durée accordée à la question du poids</li><li>➤ Titre de la consultation</li></ul></li></ul>

## 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.*
  
- *Admise 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.*
  
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
  
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

# INFLUENCE DU SURPOIDS ET DE L'OBESITE SUR LES MOTIFS DE CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE DE MONTPELLIER

## RESUME

Introduction : L'obésité est associée à un risque de développer de nombreuses maladies et elle engendre des conséquences sociales avec des répercussions économiques individuelles et collectives. Notre étude a pour objectif d'analyser l'influence du surpoids et de l'obésité sur les motifs de consultation en médecine générale dans les Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV) de Montpellier.

Méthodes : Notre travail est une étude observationnelle réalisée dans le cadre du projet FETOMP dans laquelle nous avons analysé les motifs de consultation chez tous les adultes se présentant chez des généralistes exerçant en QPV de Montpellier, pendant 6 mois, en nous basant sur la grille validée ECOGEN et le score de précarité EPICES.

Résultats : Nous avons analysé les consultations de 408 patients, dont 207 avec un IMC normal (50,7%), 135 en surpoids (33,1%) et 66 en obésité (16,2%). L'IMC médian était de 25,05 kg/m<sup>2</sup> et 195 patients (47,8%) étaient considérés comme précaires (EPICES ≥ 30). Le nombre moyen de motifs par consultation était de 3,39.

Les motifs de consultation en rapport avec l'endocrinologie/métabolique étaient statistiquement plus fréquents chez les patients en surpoids (13,4% contre 7,2 %, OR=1,98 [1,02-4,15], p=0,04). Ils concernaient principalement le diabète et les pathologies thyroïdiennes. Les motifs concernant le domaine social étaient statistiquement plus fréquents chez les patients en surpoids et précaires que chez les patients en surpoids non précaires (OR=2,13 [1,05-4,58], p=0,02).

Conclusion : En consultation de médecine générale dans les QPV de Montpellier, il existe une forte proportion de patients obèses ou en surpoids (près d'un individu adulte sur deux). Les sujets en surcharge pondérale requièrent plus fréquemment une prise en charge métabolique et/ou endocrinienne, notamment liée au diabète. De plus, les patients obèses en situation de précarité consultent plus fréquemment pour des motifs sociaux, illustrant l'impact de l'obésité sur les coûts de santé publique.

Mots-clés : Obésité ; Surpoids ; Précarité ; Quartier Prioritaire de la politique de la Ville ; Médecine générale ; Consultation ; Diabète ; Science humaines et sociales