



HAL
open science

Impact à 6 mois de l'accompagnement proposé par le médecin de sapeurs-pompiers sur la courbe pondérale du sapeur pompier en excès de poids

Mickaëlla Ferrigno-Alegre

► To cite this version:

Mickaëlla Ferrigno-Alegre. Impact à 6 mois de l'accompagnement proposé par le médecin de sapeurs-pompiers sur la courbe pondérale du sapeur pompier en excès de poids. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04756027

HAL Id: dumas-04756027

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04756027v1>

Submitted on 28 Oct 2024

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Impact à 6 mois de l'accompagnement proposé par le médecin de sapeurs-pompiers sur la courbe pondérale du sapeur pompier en excès de poids

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 25 Octobre 2024

Par Madame Mickaëlla FERRIGNO-ALEGRE

Née le 14 août 1996 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

| | |
|--|------------------|
| Monsieur le Professeur CELLARIER Gilles | Président |
| Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier | Assesseur |
| Madame le Docteur SCOTTO DI CARLO Laura | Assesseur |
| Monsieur le Docteur DROUET Loïc | Directeur |



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Impact à 6 mois de l'accompagnement proposé par le médecin de sapeurs-pompiers sur la courbe pondérale du sapeur pompier en excès de poids

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 25 Octobre 2024

Par Madame Mickaëlla FERRIGNO-ALEGRE

Née le 14 août 1996 à Aix-En-Provence (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

| | |
|--|------------------|
| Monsieur le Professeur CELLARIER Gilles | Président |
| Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier | Assesseur |
| Madame le Docteur SCOTTO DI CARLO Laura | Assesseur |
| Monsieur le Docteur DROUET Loïc | Directeur |

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Doyen

Vice-Doyen aux affaires générales
Vice-Doyen aux professions paramédicales
Conseiller

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI
Pr. Philippe BERBIS
Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- Aux études
- À la recherche
- À l'unité mixte de formation continue en santé
- Pour le secteur NORD
- Groupements Hospitaliers de territoire
- Aux masters

Pr. Kathia CHAUMOITRE
Pr. Jean-Louis MEGE
Pr. Justin MICHEL
Pr. Stéphane BERDAH
Pr. Jean-Noël ARGENSON
Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- Sciences humaines et sociales
- Relations internationales
- DU/DIU
- DPC
- Développement DPC

Pr. Pierre LE COZ
Pr. Stéphane RANQUE
Pr. Véronique VITTON
Pr. Gabrielle SARLON
Pr. Frédéric CASTINETTI
Pr. Thomas GRAILLON

Ecole de médecine

Directeur

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- PASS - LAS
- DFGSM
- DFASM
- DFASM
- Préparation aux ECN
- DES spécialités
- DES stages hospitaliers
- DES MG
- Démographie médicale
- Etudiant

Pr. Régis GUIEU
Pr. Anne-Laure PELISSIER
Pr. Marie-Aleth RICHARD
Pr. Marc BARTHET
Pr. Aurélie DAUMAS
Pr. Patrick DESSI
Pr. Benjamin BLONDEL
Pr. Christophe BARTOLI
Dr. Noémie RESSEGUIER
Lily BLANC-PACCHIONI

Ecole de médecine dentaire

Directeur

Directeurs adjoints

Chargés de mission

- Formation initiale
- Recherche
- Formation continue
- Relations internationales
- Internat et diplômes d'études spécialisées
- Affaires générales

Pr. Bruno FOTI

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Frédéric BUKIET

Pr. Hervé TASSERY

Pr. Virginie MONNET-CORTI

Dr. Alain TOSELLO

Ecole de maïeutique

Directrice

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission :

- 1er cycle
- 2e cycle

Madame Estelle BOISSIER

Madame Cécile NINA

Ecole des sciences de la réadaptation

Directeur

Directrice adjointe

Pr. Laurent BENSOUSSAN

Pr. Valérie AGHABABIAN

Ecole des sciences infirmières

Directeur

Pr. Sebastien COLSON

Professeurs honoraires

| | | |
|------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| AGOSTINI Serge | CHARPIN Denis | GEROLAMI-SANTANDREA André |
| ALBANESE Jacques | CHARREL Michel | GIUDICELLI Sébastien |
| ALDIGHERI René | CHAUVÉL Patrick | GOUDARD Alain |
| ALESSANDRINI Pierre | CHOUX Maurice | GOUIN François |
| ALLIEZ Bernard | CIANFARANI François | GRILLO Jean-Marie |
| AMBROSI Pierre | CLAVERIE Jean-Michel | GRIMAUD Jean-Charles |
| AQUARON Robert | CLEMENT Robert | GRISOLI François |
| ARGEME Maxime | COMBALBERT André | GROB Jean-Jacques |
| ASSADOURIAN Robert | CONTE-DEVOLX Bernard | GROULIER Pierre |
| AUFFRAY Jean-Pierre | CORRIOL Jacques | GUYS Jean-Michel |
| AUTILLO-TOUATI Amapola | COULANGE Christian | HADIDA/SAYAG Jacqueline |
| AZORIN Jean-Michel | CURVALE Georges | HARLE Jean-Robert |
| BAILLE Daniel | DALMAS Henri | HASSOUN Jacques |
| BAILLE Yves | DE MICO Philippe | HEIM Marc |
| BARDOT Jacques | DEJOU Jacques | HOUEL Jean |
| BARDOT André | DELPÉRO Jean-Robert | HUGUET Jean-François |
| BERARD Pierre | DESSEIN Alain | JAQUET Philippe |
| BERGOIN Maurice | DELARQUE Alain | JAMMES Yves |
| BERLAND Yvon | DENIS Danièle | JOUVE Paulette |
| BERNARD Dominique | DEVIN Robert | JUHAN Claude |
| BERNARD Jean-Louis | DEVRED Philippe | JUIN Pierre |
| BERNARD Pierre-Marie | DJIANE Pierre | KAPHAN Gérard |
| BERTRAND Edmond | DONNET Vincent | KASBARIAN Michel |
| BISSET Jean-Pierre | DUCASSOU Jacques | KLEISBAUER Jean-Pierre |
| BLANC Bernard | DUFOUR Michel | LACHARD Jean |
| BLANC Jean-Louis | DUMON Henri | LAFFARGUE Pierre |
| BOLLINI Gérard | DURAND Jean-Marc | LAUGIER René |
| BONGRAND Pierre | ENJALBERT Alain | LE TREUT Yves |
| BONNEAU Henri | ERARD Jacques | LEGRE Régis |
| BONNET Jean-Louis | FAUGÈRE Gérard | LEVY Samuel |
| BONNOIT Jean | FAVRE Roger | LOUCHET Edmond |
| BORY Michel | FIECHI Marius | LOUIS René |
| BOTTA Alain | FARNARIER Georges | LUCIANI Jean-Marie |
| BOTTA-FRIDLUND Danièle | FIGARELLA Jacques | MAGALON Guy |
| BOUBLI Léon | FIGARELLA-BRANGER Dominique | MAGNAN Jacques |
| BOURGADE Augustin | FONTES Michel | MALLAN- MANCINI Josette |
| BOUVENOT Gilles | FOUREL Jean | MALMEJAC Claude |
| BOUYALA Jean-Marie | FRANCES Yves | MARANINCHI Dominique |
| BREMOND Georges | FRANCOIS Georges | MARIANI Paul |
| BRICOT René | FUENTES Pierre | MARTIN Claude |
| BRUNET Christian | GABRIEL Bernard | MARTINI Louis |
| BUREAU Henri | GALINIER Louis | MATTEI Jean François |
| CAMBOULIVES Jean | GALLAIS Hervé | MERCIER Claude |
| CARTOUZOU Guy | GAMERRE Marc | MICHEL Jean |
| CAU Pierre | GARCIN Michel | MICHOTÉY Georges |
| CHABOT Jean-Michel | GARNIER Jean-Marc | MIRANDA François |
| CHAMLIAN Albert | GAUTHIER André | MONFORT Gérard |
| | GERARD Raymond | MONGES André |

Professeurs honoraires

MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

Emeritat

2023

| | |
|--------------------------------|------------|
| Pr AMBROSI Pierre | 31/08/2026 |
| Pr OLIVE Daniel | 31/08/2026 |
| Pr ROUDIER Jean | 31/08/2026 |
| Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique | 31/08/2025 |
| Pr HARLE Jean-Robert | 31/08/2025 |
| Pr PANUEL Michel | 31/08/2025 |
| Pr BOUBLI Léon | 31/08/2024 |
| Pr LEGRE Régis | 31/08/2024 |
| Pr RAOULT Didier | 31/08/2024 |
| Pr BERLAND Yvon | 31/08/2024 |
| Pr CHARPIN Denis | 31/08/2024 |
| Pr CLAVERIE Jean-Michel | 31/08/2024 |
| Pr BONGRAND Pierre | 31/08/2024 |
| Pr COZZONE Patrick | 31/08/2024 |
| Pr MARANINCHI Dominique | 31/08/2024 |
| Pr NAZARIAN Serge | 31/08/2024 |

2022

| | |
|--------------------------------|------------|
| Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique | 31/08/2025 |
| Pr HARLE Jean-Robert | 31/08/2025 |
| Pr PANUEL Michel | 31/08/2025 |
| Pr BOUBLI Léon | 31/08/2024 |
| Pr LEGRE Régis | 31/08/2024 |
| Pr RAOULT Didier | 31/08/2024 |
| Pr DELPERO Jean-Robert | 31/08/2023 |
| Pr GRIMAUD Jean-Charles | 31/08/2023 |
| Pr SAMBUC Roland | 31/08/2023 |
| Pr SEITZ Jean-François | 31/08/2023 |
| Pr BERLAND Yvon | 31/08/2023 |
| Pr CHARPIN Denis | 31/08/2023 |
| Pr CLAVERIE Jean-Michel | 31/08/2023 |
| Pr BONGRAND Pierre | 31/08/2023 |
| Pr COZZONE Patrick | 31/08/2023 |
| Pr FONTES Michel | 31/08/2023 |
| Pr MARANINCHI Dominique | 31/08/2023 |
| Pr NAZARIAN Serge | 31/08/2023 |
| Pr DEJOU Jacques | 31/08/2023 |
| Pr HUE Olivier | 31/08/2023 |

2021

| | |
|-------------------------|------------|
| Pr BOUBLI Léon | 31/08/2024 |
| Pr LEGRE Régis | 31/08/2024 |
| Pr RAOULT Didier | 31/08/2024 |
| Pr DELPERO Jean-Robert | 31/08/2023 |
| Pr GRIMAUD Jean-Charles | 31/08/2023 |
| Pr SAMBUC Roland | 31/08/2023 |
| Pr SEITZ Jean-François | 31/08/2023 |
| Pr BERLAND Yvon | 31/08/2022 |
| Pr CHARPIN Denis | 31/08/2022 |
| Pr CLAVERIE Jean-Michel | 31/08/2022 |
| Pr FRANCES Yves | 31/08/2022 |
| Pr BONGRAND Pierre | 31/08/2022 |
| Pr BRUNET Christian | 31/08/2022 |
| Pr COZZONE Patrick | 31/08/2022 |
| Pr FAVRE Roger | 31/08/2022 |
| Pr FONTES Michel | 31/08/2022 |
| Pr NAZARIAN Serge | 31/08/2022 |
| Pr OLIVER Charles | 31/08/2022 |

2020

| | |
|-------------------------|------------|
| Pr DELPERO Jean-Robert | 31/08/2023 |
| Pr GRIMAUD Jean-Charles | 31/08/2023 |
| Pr SAMBUC Roland | 31/08/2023 |
| Pr SEITZ Jean-François | 31/08/2023 |
| Pr BERLAND Yvon | 31/08/2022 |
| Pr CHARPIN Denis | 31/08/2022 |
| Pr CLAVERIE Jean-Michel | 31/08/2022 |
| Pr FRANCES Yves | 31/08/2022 |
| Pr BONGRAND Pierre | 31/08/2021 |
| Pr COZZONE Patrick | 31/08/2021 |
| Pr FAVRE Roger | 31/08/2021 |
| Pr FONTES Michel | 31/08/2021 |
| Pr NAZARIAN Serge | 31/08/2021 |
| Pr WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2021 |

2019

| | | |
|----|----------------------|------------|
| Pr | BERLAND Yvon | 31/08/2022 |
| Pr | CHARPIN Denis | 31/08/2022 |
| Pr | CLAVERIE Jean-Michel | 31/08/2022 |
| Pr | FRANCES Yves | 31/08/2022 |
| Pr | CAU Pierre | 31/08/2020 |
| Pr | COZZONE Patrick | 31/08/2020 |
| Pr | DELMONT Jean | 31/08/2020 |
| Pr | FAVRE Roger | 31/08/2020 |
| Pr | FONTES Michel | 31/08/2020 |
| Pr | MAGALON Guy | 31/08/2020 |
| Pr | NAZARIAN Serge | 31/08/2020 |
| Pr | OLIVER Charles | 31/08/2020 |
| Pr | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2020 |

2018

| | | |
|----|----------------------|------------|
| Pr | MARANINCHI Dominique | 31/08/2021 |
| Pr | BOUVENOT Gilles | 31/08/2019 |
| Pr | COZZONE Pierre | 31/08/2019 |
| Pr | DELMONT Jean | 31/08/2019 |
| Pr | FAVRE Roger | 31/08/2019 |
| Pr | OLIVER Charles | 31/08/2019 |
| Pr | RIDINGS Bernard | 31/08/2021 |

2017

| | | |
|----|---------------------|------------|
| Pr | ALESSANDRINI Pierre | 31/08/2020 |
| Pr | BOUVENOT Gilles | 31/08/2018 |
| Pr | CHAUVEL Patrick | 31/08/2020 |
| Pr | COZZONE Pierre | 31/08/2018 |
| Pr | DELMONT Jean | 31/08/2018 |
| Pr | FAVRE Roger | 31/08/2018 |
| Pr | OLIVER Charles | 31/08/2018 |
| Pr | SEBBAHOUN Gérard | 31/08/2018 |

2016

| | | |
|----|-------------------|------------|
| Pr | BONGRAND Pierre | 31/08/2019 |
| Pr | BOUVENOT Gilles | 31/08/2017 |
| Pr | BRUNET Christian | 31/08/2019 |
| Pr | CAU Pierre | 31/08/2019 |
| Pr | COZZONE Patrick | 31/08/2017 |
| Pr | FAVRE Roger | 31/08/2017 |
| Pr | FONTES Michel | 31/08/2019 |
| Pr | JAMMES Yves | 31/08/2019 |
| Pr | NAZARIAN Serge | 31/08/2019 |
| Pr | OLIVER Charles | 31/08/2017 |
| Pr | POITOUT Dominique | 31/08/2019 |
| Pr | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2017 |
| Pr | VIALETES Bernard | 31/08/2019 |

2015

| | | |
|----|----------------------|------------|
| Pr | COULANGE Christian | 31/08/2018 |
| Pr | COURAND François | 31/08/2018 |
| Pr | FAVRE Roger | 31/08/2016 |
| Pr | MATTEI Jean-François | 31/08/2016 |
| Pr | OLIVER Charles | 31/08/2016 |
| Pr | VERVLOET Daniel | 31/08/2016 |

2014

| | | |
|----|---------------------|------------|
| Pr | FUENTES Pierre | 31/08/2017 |
| Pr | GAMERRE Marc | 31/08/2017 |
| Pr | MAGALON Guy | 31/08/2017 |
| Pr | PERAGUT Jean-Claude | 31/08/2017 |
| Pr | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2017 |

2013

| | | |
|----|----------------------------|------------|
| Pr | BRANCHEREAU Alain | 31/08/2016 |
| Pr | CARAYON Pierre | 31/08/2016 |
| Pr | COZZONE Patrick | 31/08/2016 |
| Pr | DELMONT Jean | 31/08/2016 |
| Pr | HENRY Jean-François | 31/08/2016 |
| Pr | LE GUICHAOUA Marie-Roberte | 31/08/2016 |
| Pr | RUFO Marcel | 31/08/2016 |
| Pr | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2016 |

2012

| | |
|-------------------------|------------|
| Pr AUBANIAC Jean-Manuel | 31/08/2015 |
| Pr BOUVENOT Gilles | 31/08/2015 |
| Pr CAMBOULIVES Jean | 31/08/2015 |
| Pr FAVRE Roger | 31/08/2015 |
| Pr MATTEI Jean-François | 31/08/2015 |
| Pr OLIVER Charles | 31/08/2015 |
| Pr VERVLOET Daniel | 31/08/2015 |

2011

| | |
|----------------------|------------|
| Pr DI MARINO Vincent | 31/08/2015 |
| Pr MARTIN Pierre | 31/08/2015 |
| Pr METRAS Dominique | 31/08/2015 |

2010

| | |
|-------------------|------------|
| Pr MAGNAN Jacques | 31/12/2014 |
|-------------------|------------|

2009

| | |
|--------------------|------------|
| Pr DJIANE Pierre | 31/08/2011 |
| Pr VERVLOET Daniel | 31/08/2012 |

2008

| | |
|----------------------|------------|
| Pr LEVY Samuel | 31/08/2011 |
| Pr JUHAN-VAGUE Irène | 31/08/2011 |
| Pr PONCET Michel | 31/08/2011 |
| Pr KASBARIAN Michel | 31/08/2011 |
| Pr ROBERTOUX Pierre | 31/08/2011 |

Docteurs Honoris Causa

1967

Pr DADI (Italie)
Pr CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

Pr MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
Pr T.A. LAMBO (Suisse)

1975

Pr O. SWENSON (U.S.A.)
Pr Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

Pr P. FRANCHIMONT (Belgique)
Pr Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

Pr C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
Pr C. GIBBS (U.S.A.)
J.DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

Pr A. MARGULIS (U.S.A.)
Pr R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

Pr H. RAPPAPORT (U.S.A.)
Pr M. SCHOU (Danemark)
Pr M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
Pr S. REFSUM (Norvège)

1982

Pr W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

Pr S. MASSRY (U.S.A.)
Pr KLINSMANN (R.D.A.)

1986

Pr E. MIHICH (U.S.A.)
Pr T. MUNSAT (U.S.A.)
Pr LIANA BOLIS (Suisse)
Pr L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

Pr P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

Pr R. BERGUER (U.S.A.)
Pr W.K. ENGEL (U.S.A.)
Pr V. ASKANAS (U.S.A.)
Pr J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
Pr A. DAVIGNON (Canada)
Pr A. BETTARELLO (Brésil)

1989

Pr P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

Pr J.G. MC LEOD (Australie)
Pr J. PORTER (U.S.A.)

1991

Pr J. Edward MC DADE (U.S.A.)
Pr W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

Pr H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
Pr D. CARSON (U.S.A.)
Pr T. YAMAMURO (Japon)

1994

Pr G. KARPATI (Canada)
Pr W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

Pr D. WALKER (U.S.A.)
Pr M. MULLER (Suisse)
Pr V. BONOMINI (Italie)

1997

Pr C. DINARELLO (U.S.A.)
Pr D. STULBERG (U.S.A.)
Pr A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
Pr P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

Pr O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

Pr J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
Pr D. COLLEN (Belgique)
Pr S. DIMAURO (U. S. A.)

Docteurs Honoris Causa

2000

D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

T. MARRIE (Canada)

G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. DAKE (U.S.A.)

2005

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

S. KAUFMANN (Allemagne)

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

| | | |
|---------------------------|----------------------------------|--|
| AGOSTINI FERRANDES Aubert | CASTINETTI Frédéric | FLECHER Xavier |
| ALIMI Yves | CECCALDI Mathieu | FOUILLOUX Virginie |
| AMABILE Philippe | CERMOLACCE Michel | FOTI Bruno |
| ANDRE Nicolas | CHAGNAUD Christophe | FOURNIER Pierre-Edouard |
| ARGENSON Jean-Noël | CHAMBOST Hervé | FRANCESCHI Frédéric |
| ASTOUL Philippe | CHAMPSAUR Pierre | FUENTES Stéphane |
| ATTARIAN Shahram | CHANEZ Pascal | GABERT Jean |
| AUDOIN Bertrand | CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle | GABORIT Bénédicte |
| AUQUIER Pascal | CHARREL Rémi | GAINNIER Marc |
| AVIERINOS Jean-François | CHAUMOITRE Kathia | <i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i> |
| AZULAY Jean-Philippe | CHIARONI Jacques | GARIBOLDI Vlad |
| BARLIER-SETTI Anne | CHINOT Olivier | GAUDART Jean |
| BARLOGIS Vincent | CHOSSEGROS Cyrille | GAUDY-MARQUESTE Caroline |
| BARTHET Marc | COLLART Frédéric | GENTILE Stéphanie |
| BARTOLI Christophe | COSTELLO Régis | GERBEAUX Patrick |
| BARTOLI Jean-Michel | COUDERC Anne-Laure | GEROLAMI/SANTANDREA René |
| BARTOLI Michel | COURBIERE Blandine | GILBERT/ALESSI Marie-Christine |
| BARTOLOMEI Fabrice | CRAVELLO Ludovic | GIORGI Roch |
| BASTIDE Cyrille | CUISSET Thomas | GIOVANNI Antoine |
| BAT Flora | CUNY Thomas | GIRARD Nadine |
| BELIARD-LASSERRE Sophie | DA FONSECA David | GIRAUD/CHABROL Brigitte |
| BENSOUSSAN Laurent | DAHAN-ALCARAZ Laetitia | GONCALVES Anthony |
| BERBIS Philippe | DANIEL Laurent | GONZALEZ Jean- Michel |
| BERBIS Julie | DARMON Patrice | GRAILLON Thomas |
| BERDAH Stéphane | DAUMAS Aurélie | GRANEL/REY Brigitte |
| BEROUD Christophe | DAVID Thierry | GRANDVAL Philippe |
| BERTRAND Baptiste | D'ERCOLE Claude | GREILLIER Laurent |
| BERTUCCI François | D'JOURNO Xavier | GUEDJ Eric |
| BEYER-BERJOT Laura | DEHARO Jean-Claude | GUIEU Régis |
| BLAISE Didier | DELAPORTE Emmanuel | GUIS Sandrine |
| BLANC Julie | <i>DESSI Patrick (Surnombre)</i> | GUYOT-CECCALDI Laurent |
| BLIN Olivier | DEVILLIER Raynier | GUYE Maxime |
| BLONDEL Benjamin | DISDIER Patrick | HABIB Gilbert |
| BOISSIER Romain | DODDOLI Christophe | HARDWIGSEN Jean |
| BONIN/GUILLAUME Sylvie | DRANCOURT Michel | HOUVENAEGHEL Gilles |
| BONELLO Laurent | DUBOURG Grégory | HRAIECH Sami |
| BOULATE David | DUBUS Jean-Christophe | JACQUIER Alexis |
| BOYER Laurent | DUFFAUD Florence | JOURDE-CHICHE Noémie |
| BREGEON Fabienne | DUFOUR Henry | JOUBE Jean-Luc |
| BRETELLE Florence | DUSSOL Bertrand | KAPLANSKI Gilles |
| BROUQUI Philippe | EBBO Mikaël | KARSENTY Gilles |
| BRUDER Nicolas | ESCLASSAN Rémi | KERBAUL François (détachement) |
| BRUE Thierry | EUSEBIO Alexandre | KRAHN Martin |
| BRUNET Philippe | FABRE Alexandre | LAFFORGUE Pierre |
| BUKIET Frédéric | FAKHRY Nicolas | LAGIER Jean-Christophe |
| BURTEY Stéphane | FAURE Alice | LAMBAUDIE Eric |
| CARCOPINO-TUSOLI Xavier | FELICIAN Olivier | LANCON Christophe |
| CASANOVA Dominique | FENOLLAR Florence | LA SCOLA Bernard |

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas (disponibilité)
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel (détachement)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (détachement)
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

◆ **Professeurs des Universités**

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

◆ **Professeur certifié**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps**

REVIS Joana

◆ **Professeur des Universités médecine générale**

GENTILE Gaëtan

◆ **Professeur associé des Universités à mi-temps médecine générale**

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

◆ **Professeur des Universités associé à temps plein des disciplines médicales**

BOUSSUGES Alain

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps des disciplines médicales**

BOURVIS Nadège

Maître de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers

| | | |
|--|---|---|
| ABOUDHARAM Gérard | GIRAUD Thomas | RESSEGUIER Noémie |
| AHERFI Sarah | GIRAUDEAU Anne | ROBERT Philippe |
| ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>) | GIUSIANO COURCAMBECK Sophie | ROBERT Thomas |
| ANTEZACK Angéline | GOURIET Frédérique | ROCHE-POGGI Philippe |
| APPAY Romain | GRIMALDI Stéphane | ROCHIGNEUX Philippe |
| ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>) | GUERIN Carole | ROMANET Pauline |
| BALLESTER Benoit | GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné | SABATIER Renaud |
| BARON Sophie | GUIDON Catherine | SARI-MINODIER Irène |
| BEGE Thierry | GUIBVARC'H Maud | SAULTIER Paul |
| BELLONI Didier | GUIVARCH Jokthan | SAVEANU Alexandru |
| BENYAMINE Audrey | HABERT Paul | SILVESTRI Frédéric |
| BIRNBAUM David | HAK Jean-François | STELLMANN Jan-Patrick |
| BLANCHET Isabelle | HAUTIER Aurélie | STEPHAN Grégory |
| BOBOT Mickael | HEIM Xavier | SUCHON Pierre |
| BOHAR Jacques | IBRAHIM KOSTA Manal | <i>TOGA Isabelle Retraite au 20/09/2023</i> |
| BONINI Francesca | JACQUOT Bruno | TOSELLO Alain |
| BOUCRAUT Joseph | JALOUX Charlotte | TROUDE Lucas |
| BOULAMERY Audrey | JARROT Pierre-André | TROUSSE Delphine |
| BOULLU/CIOCCA Sandrine | KASPI-PEZZOLI Elise | TUCHTAN-TORRENTS Lucile |
| BOUSSEN Salah Michel | L'OLLIVIER Coralie | VELY Frédéric |
| BUFFAT Christophe | LABORDE Gilles | VENTON Geoffroy |
| CAMILLERI Serge | LABIT-BOUVIER Corinne | ZATTARA/CANNONI Hélène |
| CAMOIN Ariane | LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina | |
| CAMPANA Fabrice | LAGARDE Stanislas | |
| CARRON Romain | <i>LAGIER Aude (disponibilité)</i> | |
| CASAZZA Estelle | LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude | |
| CASSAGNE Carole | LAMBERT Isabelle | |
| CATHERINE Jean-Hugues | LAURENT Michel | |
| CHAUDET Hervé | LENOIR Marien | |
| CHOPINET Sophie | LEVY/MOZZICONACCI Annie | |
| CHRETIEN Anne-Sophie | MAAROUF Adil | |
| COZE Carole | MACAGNO Nicolas | |
| <i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i> | MALISSEN Nausicaa | |
| DALES Jean-Philippe | <i>MAUES DE PAULA André (disponibilité)</i> | |
| DARIEL Anne | MEGE Diane | |
| DEHARO Pierre | MENSE Chloé | |
| DELLIAUX Stéphane | MENU Estelle | |
| DELTEIL Clémence | MORAND-HUGUET Aurélie | |
| DESPLAT/JEGO Sophie | MOTTOLA GHIGO Giovanna | |
| DUCONSEIL Pauline | NETTER Antoine | |
| DUFOUR Jean-Charles | NINOVE Laetitia | |
| ELDIN Carole | NOIRRIE-ESCLASSAN Emmanuelle | |
| FOLETTI Jean- Marc | NOUGAIREDE Antoine | |
| FRANKEL Diane | PAULMYER/LACROIX Odile | |
| FROMNOT Julien | PIZZO Francesca | |
| GARCIAZ Sylvain | POMMEL Ludovic | |
| GASTALDI Marguerite | PRECKEL Bernard-Eric | |
| GAUDRY Marine | PROST Solène | |
| GELSI/BOYER Véronique | RE Jean-Philippe | |

◆ Maître de conférences des Universités (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

◆ Maître de conférence des Universités de médecine générale

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

◆ Maître de conférences associés de médecine générale à mi-temps

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

◆ Maître de conférences associés à mi-temps

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

◆ **CDI LRU temps plein Ecole des Sciences de la réadaptation**

Formation Ergothérapie

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

Formation Pédicurie-Podologie

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

Formation Orthoptie

MONTICOLO Chloé

Formation Masso-Kinésithérapie

| | |
|-------------------|--------------------|
| AUTHIER Guillaume | HOUDANT Benjamin |
| CAORS Béatrice | MIRAPEIX Sébastien |
| CHAULLET Karine | MULLER Philippe |
| ERCOLANO Bruno | ROSTAGNO Stéphan |
| HENRY Joannie | |

◆ **CDD LRU temps plein Ecole des Sciences infirmières**

CHAYS-AMANIA Audrey

◆ **CDD LRU temps plein Anglais**

GILSINN Amanda

◆ **Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

SACHAU-CARCEL Géraldine

◆ **CDI LRU Ecole de Maïeutique**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers Maîtres de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers Enseignants mono-appartenants Enseignants médecine générale Enseignants associés

◆ ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) (disponibilité)
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

◆ ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH) (disponibilité)
XERRI Luc (PU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) (disponibilité)

◆ ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

◆ ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

◆ ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

◆ BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) (disponibilité)
BARON Sophie (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

◆ BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE ET MEDECINE DU
DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

◆ **BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)
BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF)
(69ème section)

◆ **BIostatISTIQUES,
INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES
DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)
CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

◆ **CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)
PROST Solène (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

◆ **CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)
DEHARO Pierre (MCU PH)

◆ **CHIRURGIE VISCERALE
ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)
BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) (détachement)
DARIEL Anne (MCU-PH)

◆ **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)
GAUDRY Marine (MCU-PH)

◆ **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

◆ **DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU-PH)

◆ **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

◆ **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

◆ ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (PU-PH)

◆ EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

◆ IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)
FERON François (PR) (69ème section)
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

◆ MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

◆ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)
NETTER Antoine (MCU-PH)

◆ HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)
GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

◆ MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)
BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

◆ MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

◆ **MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

◆ **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

◆ **NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)
BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

◆ **NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)
ATLAN Catherine (MCU-PH) (disponibilité)
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

◆ **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)
MEZOUAR Soraya (65ème section)

◆ **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

◆ **MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

◆ **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)
CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

◆ **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)
GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

◆ OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

◆ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) (surnombre)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

◆ PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH) Retraite le 20/09/2023

◆ PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

◆ PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

◆ PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

◆ PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

◆ PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

◆ PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGÉON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

◆ **PSYCHOLOGIE -
PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

◆ **RADIOLOGIE ET
IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

◆ **REANIMATION MEDICALE ;
MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

◆ **SCIENCES DE LA REEDUCATION
ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)
AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

◆ **PNEUMOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

◆ **RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)

◆ **THERAPEUTIQUE ;
MEDECINE D'URGENCE ;
ADDICTOLOGIE 4804**

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

◆ **UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

◆ **MAÏËTIQUE 90**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

◆ **SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)
BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

◆ **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

◆ **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)
ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

◆ **PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)
LAN Romain (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

À NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur CELLARIER Gilles

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse.

Votre disponibilité, votre bienveillance et vos conseils nous ont été précieux.

Veillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

AU DIRECTEUR DE CE TRAVAIL

Monsieur le Docteur DROUET Loïc

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie pour m'avoir accordé votre confiance, votre soutien et votre bienveillance tout au long de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

À NOS MEMBRES DU JURY

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

Madame le Docteur SCOTTO DI CARLO Laura

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Nous vous remercions pour votre implication dans ce travail. Soyez assuré de l'expression de notre respectueuse considération.

Au SDIS 13, à la Sous-direction santé,

Au Médecin Chef le Dr POIREL Christian, Médecin Chef Adjoint le Dr BARRA Jean-Louis et aux **cadres de santé,**

À l'ensemble des **MSP, MLT, MASP, ISP,**

Je vous remercie pour l'aide que vous m'avez apporté dans la réalisation de ce travail, pour votre enseignement et pour votre confiance. Je suis fière d'évoluer à vos côtés.

Jean-Louis, grâce à toi j'ai appris que certains de nos rêves étaient réalisables. J'espère donc qu'un jour je réaliserais mon rêve et que je pourrais marcher dans tes pas à leurs côtés.

Hanh, Nicolas, Émilie, je vous remercie pour votre présence et votre soutien. Je suis fière de vous compter parmi mes camarades.

Au **Dr DROUET Loïc,** je te remercie pour ton enseignement, ton écoute et ta bienveillance en toutes circonstances, du premier jour jusqu'à aujourd'hui. Je te remercie d'avoir fait de moi l'une de tes élèves ou l'une de tes padawans comme il te plait de le dire. Grâce à toi, mon début de carrière est marqué de moments que je n'oublierai jamais. Je me réjouis de continuer à travailler à tes côtés.

Au **Docteur BEAUME Sébastien,** je te remercie pour ton enseignement, ton soutien et ton amitié. L'idée de ne plus être ton interne me rend nostalgique, mais je sais que quelque chose de plus grand t'attend. Dans quelques années, j'espère que je saurais partager les valeurs et les enseignements, que tu m'as transmis. En attendant, je me réjouis de poursuivre mon apprentissage à tes côtés.

À mes frères d'armes des CIS ROGNAC et MARIGNANE,

Je vous remercie pour votre accueil depuis bientôt quatre ans. Je suis fière de porter mon engagement à vos côtés.

Au **Docteur MARMIN Julien,** je te remercie pour ton enseignement et surtout pour la vocation de médecin de sapeurs-pompiers que tu m'as transmise, il y a presque dix ans, sans même t'en apercevoir.

Au Centre Anti-Poison de Marseille,

Et notamment aux **Docteur (MCU) BOULAMERY Audrey, PETIT Matthieu, TORRENTS Romain, DOMANGE Bastien, REYNOARD Julien, OZUN Julien, MOENIKES Katharina, TAOUK Jean-Bernard**, je vous remercie pour votre enseignement, pour la confiance que vous m'avez accordée pendant toutes ces années et pour certains d'entre vous, pour votre amitié, qui soyez en assurés, est réciproque. Travailler à vos côtés me manquera.

À mes MSU de SN1 et de SASPAS,

Docteurs ZANELLA Géraldine, BEUJARD Jérôme, PATIN Pierre et MARCHANDY Yves, je vous remercie pour votre enseignement et pour votre confiance.

Aux **Docteurs COMBES Emmanuel et CAPRON Thibault**. Je vous remercie votre disponibilité et votre bienveillance, ainsi que pour vos enseignements, qui soyez en assurés me serviront tout au long de ma carrière.

Au service des urgences de l'HIASA,

Au **Docteur BENNER Patrick**,

Aux **Docteurs POYET Céline, BELLEC Guillaume, GASPERINI Guillaume, LEBON Lore, PRIEUX Laurent, CURET Clarie, ASTRIE Pierre-Mathieu, BETOULE Anna, CAISSON Grégoire**, et à tous les autres que je n'ai pas cité,

Aux **IDE, AS**,

Je vous remercie pour votre accompagnement, votre enseignement, votre patience et votre confiance tout au long de mes années d'internat, et celles encore à venir. J'ai hâte de continuer à travailler à vos côtés.

Au service de Cardiologie de l'HIASA,

Au **Professeur CELLARIER Gilles**, je vous remercie pour votre enseignement, votre soutien et votre bienveillance, que ce soit pendant mon stage dans votre service, dans d'autres services ou encore dans la réalisation de ce travail.

Au **Professeur POYET Raphaël** et aux **Docteurs PONS Frédéric, ROHEL Gwenolé et CAPILLA Éléonore**,

Au Professeur DEFUENTES Gilles,

Aux Docteurs DUTASTA Fabien, KARKOWSKI Ludovic, POISNEL Élodie, CAMBON Audrey, ANTOINE Carole, PANGNARIND Vanida, HUBSCH Théophile, DELARBRE David,

Je vous remercie pour votre enseignement. Apprendre à vos côtés restera pour moi l'une des expériences les plus exceptionnelles de mon internat.

« C'est lunaire mais on se marre bien. », Mimi

Je vous remercie pour tous ces moments de partages, et surtout ceux où nous avons ri (*nerveusement ou pas*). Je vous remercie de m'avoir fait confiance en toutes circonstances, et surtout de m'avoir permis de faire du Dinosaurus, la référence-biscuit du service le temps d'un semestre.

Aux services de gynécologie-obstétrique et des urgences pédiatriques du CHITS,

Je vous remercie pour votre enseignement.

À mes patients, d'hier et de demain, merci.

À **Cyrille**, Mon Amour. Je te remercie pour l'aide que tu m'as apporté pendant ce travail. Je te remercie de m'aimer en toutes circonstances, sincèrement et simplement ; et de me laisser t'aimer en retour. En arrivant à Toulon, je pensais me trouver moi, mais c'est toi que j'ai trouvé. Et bien plus encore, j'ai trouvé mon chez-moi.

« Tu auras, toi, des étoiles qui savent rire ! », Antoine de Saint-Exupéry.

Je te remercie pour la patience et le soutien que tu m'apportes chaque jour, et plus encore pendant cette longue et pénible période. Tu es, pour moi, mon « étoile qui sait rire ». Je te remercie, pour tout. Je t'aime.

PS : Je te remercie de me préparer mon café tous les matins.

À mes parents,

Maman, ma Mamounette. Je te remercie pour ton amour et ton soutien, tous deux inébranlables.

« Pour les uns, qui voyagent, les étoiles sont des guides. », Antoine de Saint-Exupéry.

La vie est un voyage, et toi, tu es mon guide. Je te remercie pour toutes ces années passées et celles à venir, et pour tous ces moments qui m'ont mené de l'enfant à qui il manquait les deux dents de devant à la femme que je suis aujourd'hui.

Je te remercie de m'avoir accompagné pendant toutes ces années, des textes que tu me faisais réciter en première année, en passant par tes (étranges) messages d'encouragement et tes pauses détentes imposées, jusqu'à l'accomplissement de ce travail. Ma réussite est le reflet de ton engagement. Je la partage avec toi.

Je t'aime Maman.

Papa, je te remercie pour ton amour et ton soutien. Nous ne nous sommes pas souri tous les jours, et nous nous sommes parfois fait pleurer. Pour autant, comme je le dis souvent, toi tu as le mérite d'être resté. Et, je t'en remercie. Je sais que tu es fier de moi, même si parfois les bons mots nous manquent.

Je t'aime Papa.

Fabien, mon petit Fabfab. Je te remercie pour ton amour et ton soutien. Je te remercie pour ta présence dans nos vies et surtout dans celle de Maman. Cet instant écrit les

dernières lignes d'un chapitre. Et même si, tu n'étais pas là au moment où j'en écrivais les premières lignes, je suis heureuse que tu sois présent pour en tourner la dernière page.

À mes frères et mes sœurs,

« Ohana signifie « famille ». Famille signifie que personne ne doit être abandonné, ni oublié. », Lilo & Stitch

Florian, mon plus grand des frères. Je te remercie pour ta présence et à ta manière, ton amour et ton soutien. Je te remercie d'avoir rejoint le continent pour partager ce moment avec moi. Je t'aime.

PS : L'enfant que j'étais te remercie pour avoir veillé sur nous quand d'autres ne le faisait pas, pour toutes ces sorties d'écoles où mes déceptions se transformaient en fête parce que tu m'achetais un soda pour le goûter, et que tu me laissais choisir le film qu'on allait emprunter.

Anthony, mon moins grand des frères mais mon grand frère quand même. Je te remercie pour ton amour et ton soutien, tous deux indéfectibles.

Je te remercie pour toutes nos histoires, de la moins belle à la plus belle. En grandissant, nous avons renforcé notre complicité. Je suis très fière de toi.

Et même si je ne te le dis pas souvent, je t'aime très fort.

Amandine, je te remercie pour ta présence. Prends bien soin de mon grand-frère.

Kalista & Charlotte, je vous remercie pour votre amour et votre soutien, tous deux inébranlables. Comme il me plaît de le dire, le plus difficile lorsque l'on a deux petites sœurs, ça reste de les voir grandir trop vite. Il est vrai que le temps passe, nous manque et nous marque ; mais l'amour que j'ai pour vous, lui ne change pas.

Kalista, ma plus grande des petites sœurs, K-chnuks. Je te remercie tout particulièrement pour avoir relu ce manuscrit, à plusieurs reprises.

Je te remercie pour tous nos moments, nos rires, mais aussi nos pleurs et nos disputes, nos délires étranges, tes massages à 3 euros et surtout je te remercie pour toutes ces longues heures de Justin Bieber. Je suis fière de toi. Je t'aime.

Enzo, little brother, je te remercie pour ta présence. Je suis heureuse que tu fasses partie de notre famille. Continue de prendre soin de ma petite-sœur comme tu le fais déjà. Je suis fière de vous.

Charlotte, ma plus petite des petites sœurs, C-chnuks. Je te remercie tout particulièrement pour ta présence pendant la rédaction de ce travail. Je te remercie pour tous nos moments, nos rires, nos pleurs, nos délires étranges, tes papouilles et surtout je te remercie pour les nuggets et le nutella qui coulent à flot grâce à toi.

Je suis fière de toi. Je t'aime.

Ophélie, je te remercie pour ta présence et ton amour. Malgré notre début d'histoire rocambolesque, je suis heureuse que tu fasses partie de ma famille, un peu comme une troisième petite sœur. Dans 20 ans, je serais très fière de pouvoir raconter à nos enfants que je n'étais pas la seule à avoir expérimenté le suicide capillaire, mais moi j'aurais des preuves du tien.

Steven, je te remercie pour ta présence. Prends-bien soin d'Ophélie.

À mes grand-mères,

Didi, je te remercie pour ton soutien et ton amour, tous deux inébranlables.

Je sais que tu es fière de moi, et c'est là l'une de mes plus grandes fiertés. Des dictées préparées à la rédaction de ce travail, je te remercie de m'avoir appris à ne jamais me contenter de ce que j'avais déjà. Ma réussite je la partage avec toi aussi. Je t'aime.

Mamy, je te remercie pour ta présence et ton amour. J'espère te rendre fière. Je t'aime.

À mes oncles et tantes, et mes cousines,

Eymeric, je te remercie pour ton soutien et ton amour. Il y a plus de vingt ans, je t'ai aussi trouvé toi. Prendre ton nom reste l'une de mes plus grande fierté. Je te remercie d'être un modèle, de m'aider et de me soutenir à chaque fois que j'en ai besoin.

Je t'aime.

Agnès, je te remercie de ton amour et ton soutien. Je suis fière de t'appeler Taty.

Je t'aime.

Sophie, Tess, Eryn, je vous remercie pour votre présence et votre amour. Je suis heureuse que vous fassiez partie de notre famille.

Manuela, Charles-Henri (aka Taty Manu & Tonton K), je vous remercie pour votre présence et votre amour. Je n'oublie pas tous ces moments partagés autour de bataille d'eau, de car-washing ou de jeux de société. Bienvenue à **Cassandra** qu'il me tarde de voir grandir.

À ma belle-famille,

Guy, Fabienne et Basile, je vous remercie pour votre présence et votre soutien. Je vous remercie pour l'amour et les valeurs que vous avez transmis à votre fils, frère ; sans quoi mon internat n'aurait pas été le même.

À mes amis d'enfance devenus ma famille,

Léa, Sophya, je vous remercie pour votre soutien, votre amour, toutes ces années partagées et celles à venir. Comme il me plaît de le dire, ma mère m'a donné deux petites sœurs, et la vôtre m'en a donné deux de plus. Nos rires d'adolescentes insouciantes me manquent souvent, alors je regarde derrière nous, et je contemple le chemin parcouru. J'en suis fière. Je vous aime fort.

Hatem, Pierre, je vous remercie de votre présence et de votre soutien. Continuez de prendre soin de vos petites familles, comme vous le faites déjà.

Nous avons grandi tous ensemble. Et aujourd'hui, je suis impatiente de voir grandir vos enfants, **Youri**, ma filleule **Lyla** et **Eden**.

Laurence, Michou, je vous remercie pour votre présence et pour votre soutien depuis toutes ces années. Je suis heureuse de partager ce moment avec vous.

Valentin, boule. Je te remercie pour ton soutien, ton amour, ton optimisme et ta bonne-humeur en tout temps et en tous lieux. Je te souhaite de continuer à rêver encore et encore. Car, ce n'est qu'en rêvant qu'on peut réaliser ses rêves, comme tu le fais déjà. Alors même si tu ne sais toujours pas dire plus de trois mots en italien, saches que je suis très fière de l'homme que tu deviens. Je t'aime.

À mes amis, mes copains et mes copines,

Florent, Éric, je vous remercie pour votre soutien et votre amitié. Je vous remercie pour tous nos rires, nos sourires, nos débats, nos confidences, nos moments de partage, etc. Et même si encore aujourd'hui je ne comprends toujours pas tous ce que vous dites, je suis fière de pouvoir vous appeler mes amis. Je suis heureuse de partager ce moment avec vous. Je vous aime.

Nattanicha, ขอบคุณค่ะ. Je te remercie de ta présence. Prends-bien soin d'Éric.

Julie, je te remercie pour ton soutien et ton amitié. Je me souviens du premier jour où je t'ai rencontré. Dix ans plus tard, je me félicite encore d'avoir ri à tes râleries. Ma vie n'aurait pas été la même si je ne t'avais pas rencontré. Notre travail est difficile mais lorsque l'on a trouvé sa Julie, il devient plus facile. Merci pour tout. Je t'aime ma Julie.

Thomas, FLORIT. Merci pour tout, et surtout, merci d'avoir sauvé les murs plus d'une fois. J'ai beaucoup appris à tes côtés et je sais que je pourrais toujours compter sur toi. Prends bien soin de Julie.

Ambre, Brou. Je te remercie pour ton soutien et ton amitié. Ma vie n'aurait pas été la même si je ne t'avais pas rencontré toi aussi. Notre trio JUBROUMI. (Cœur). Merci pour tout mais surtout pour tous tes Broukie, tous les levers et les couchers de soleil, tous nos rires, tous ces Sex on the beach, vraiment tout ! Je t'aime Brou.

Doriane, je te remercie pour ton soutien et ton amitié ici ou à plusieurs centaines de km. Tu es une femme inspirante. Tu es l'une de mes plus fidèles amies, et j'en suis très fière. Tu es / seras un médecin, une épouse et une mère merveilleuse. Je t'aime.

JV, je te remercie pour ta présence. Je suis heureuse de partager ce moment avec toi, accompagné de ta femme et de votre enfant que j'attends impatiemment. Continue de prendre soin de ta petite famille, comme tu le fais déjà.

Perrine, Mathilde, Aurélie, je vous remercie pour votre soutien et votre amitié. Je suis heureuse de vous avoir rencontré il y a six ans, nous nous sommes vu grandir et évoluer. Vous me manquez. Je vous aime très fort.

PS : Hâte d'un nouveau séjour WTP. (Cœur).

Cyril, je te remercie pour ta présence. Je suis heureuse de partager ce moment avec toi, au bras de ta femme, l'une de mes plus fidèles amies. Continue de prendre soin de vous, comme tu le fais déjà.

Julia, je te remercie pour ton soutien et ton amour indéfectible. Je suis ravie de t'avoir ramené à Toulon, il y a trois ans. Tu es exceptionnelle, exceptionnellement frappée aussi mais exceptionnelle quand même.

En tout cas, je tenais à te dire que tu peux compter sur moi pour rester proche de tes ennemies et t'aider à trouver de quoi les mettre à terre !

« On n'est pas obligé d'être un dur chaque seconde, de chaque jour, on a le droit de baisser sa garde. Parfois, c'est même la meilleure chose à faire. A condition de bien choisir son moment. » - Julia Deshayes-Romano

Je te remercie pour ces mots inspirants. Saches que je suis vraiment heureuse d'avoir bien choisi mon moment, et saches qu'avec moi, tu peux baisser ta garde. (Cœur).

Je t'aime.

Henri, aka Pr. BELLET. Je te remercie pour ton soutien et ton amitié, indéfectibles.

Tu es aussi exceptionnel que chaotique, c'est vrai. Pourtant, je sais que je peux compter sur toi en toutes circonstances. Je te remercie d'avoir ramené le soleil dans ma vie, et je te souhaite toi aussi, d'avoir des jours ensoleillés parce que tu le mérites.

« La mer est dangereuse et ses tempêtes terribles, mais ces obstacles n'ont jamais été une raison suffisante pour rester à terre. (Alors que la bière, oui.) » - Magellan (& Mimi)

Je t'aime Bro.

À mon groupe de **SAUVEZ les vigneronS, Euriell, Laurène, Valentin, Cyrille, Julia et Henri**, aka *Eury, Michou, Valou, Boubou, Ju et Riton*. Je vous remercie pour votre soutien et votre amitié depuis trois ans.

Notre semestre aux urgences a été rocambolesque, mais grâce à lui, nous nous sommes trouvés. Je n'oublierai jamais toutes ces choses lunaires qui se sont passées : de notre premier soir au Barrio (**Julia**) en passant par notre premier jour aux urgences (**Henri**), notre premier after de Bande organisée aux Rois mages (**Eury**), nos soirs au Brun Noir ou au Barrio et notamment celui de mon premier TC (**Valou**), ma première (seule et unique) soirée de motard (**Michou**), nos premiers cas limites en FC et notamment la première réduction sauvage (**Boubou**) jusqu'à nos moulages de fesses.

Grégoire, mon petit Gregouz, CAISSON, je te remercie pour ton soutien et ton amitié, de tes premiers jours en tant que chef aux miens. Tu fais partie du friend'sband.

À nos années à venir. Je vous aime.

PS : Que la paix et l'amour de St Blaireau nous accompagne aujourd'hui, et à jamais.

Tristan, je te remercie pour ton soutien et ton amitié, qui perdurent après toutes ces années. Tu m'as vu grandir, j'ai été ton externe avant d'être ton amie. J'espère que tu es fier de moi, malgré tout. Merci pour tout bro.

Nicolas, je te remercie pour tout, tout. Lorsque l'on s'est rencontré il y a dix ans, je ne me serai jamais douté de la place que tu occuperais dans ma vie. Tu as toujours été là. Et mon seul regret sera de ne pas avoir assez pris soin de notre amitié ces derniers mois. Merci pour tout, je t'aime fort. J'ai hâte des moments à venir.

Rayane, je te remercie pour ta présence et ton amitié depuis tant d'années. Tu es mon plus vieil ami. La vie nous sépare et nous rapproche depuis qu'on est tout petit. C'est avec une immense fierté que je partage ce moment avec toi. On revient de loin toi et moi, et s'il y a presque vingt ans on m'avait dit qu'on en serait là tous les deux, je ne l'aurais sûrement pas cru. Merci pour tout.

PS : le sol était dur, je crois que j'en ai encore mal au crâne.

Clara, je te remercie pour ton soutien et ton amitié. Je suis heureuse de t'avoir dans ma vie, même à plus de 400km. J'ai hâte de te retrouver.

Noémie, je te remercie pour ton soutien et ton amitié, indéfectibles. Je suis heureuse de t'avoir rencontré à une période de ma vie où j'avais franchement besoin de rencontrer quelqu'un comme toi. Du déménagement, aux speed run chez IKEA, en passant par la pâtisserie, les sushis et ces gardes chaotiques aux urgences. Je suis heureuse d'avoir une amie avec qui je peux danser la vie en tous lieux et en tout temps. Je t'aime.

Alisson, Carole et Anna, je vous remercie pour votre enseignement, votre bienveillance et en fin de compte votre amitié. Je suis heureuse d'avoir découvert les femmes exceptionnelles que vous êtes. Je vous souhaite le meilleur. Je me réjouis de nos moments à venir. En espérant que notre amitié ne cesse de s'épanouir.

A mes co-internes devenus des copains, et pour certains des amis, je vous remercie pour votre présence, et tous ces souvenirs,

Thibault aka Titi, merci pour tes râleries qui me feront toujours autant rire, saches que tu pourras compter sur mon soutien ; **Julie**, merci d'être aussi inspirante au quotidien ; **Guillaume aka Guikro** merci pour ta gentillesse mais surtout merci pour tes pincés de voiture ; **Pierre-Louis aka Pilou**, merci pour ta gentillesse, tu seras un AR brillant et punaise prends soin de toi ; **Pauline**, merci de ton soutien pendant ce travail et ailleurs, je suis fière de te compter parmi nous chez les rouges ; **Baptiste**, merci pour tout, ton soutien, ton amitié et merci d'être une aussi belle personne. Prends bien soin de **Lina** ; **Laure**, petit cœur de mousse, mais quelle bonheur de te compter dans mon entourage, tu es un véritable rayon de soleil, merci. **Marion. G**, merci pour ta présence et j'ai franchement hâte de travailler avec toi dans la souffrance mais aussi dans les rires ; **Bito**, merci pour tous ces muffins. **Paul**, merci de ta bienveillance et de ton enseignement ; **Hugo** merci d'avoir été un co-interne chill, détente & fun en toutes circonstances ; **Clara**, merci pour ton enthousiasme et ton énergie débordante, **Paco** petite paquette, merci d'avoir sauvé mon boule en mangeant mes dinosaurus plus d'une fois ; **Trecy**, merci pour ta présence et ta bonne-humeur, prends soin de Valentin, **Julia**,

Noëllie & Gauthier, je suis fière de vous voir grandir, merci pour votre amitié ; **Marion. L** merci de ta présence, prends soin de Guillaume, **Cédric** merci pour ta présence mais surtout merci de te déhancher comme jamais à chaque fois qu'il est question de danser. Merci à tous, j'ai hâte des moments à venir.

À **Olivier**. Je te remercie d'avoir traversé ma vie. Saches que ton absence fait beaucoup de bruit depuis plus d'un an, et encore aujourd'hui.

PM, Buch, Charlotte, Florence, Xavier, Manon, je suis heureuse de vous avoir rencontré. Boubou a beaucoup de chance de vous compter parmi ses amis. À nos années à venir !

Blandine, je te remercie pour ta présence et ton soutien pendant ce dernier semestre d'internat. Je n'avais encore jamais expérimenté la collocation avec une inconnue. Alors même si ce n'était qu'une collocation à temps partiel, voilà chose faite. Je me souviendrais longtemps de tes potions magiques à base de tilleul fraîchement cueilli, de nos sissy-sessions et de ces grands moments rythmés par l'environnement hostile dans lequel nous avons évolué.

Aux copines IDE,

Flora, Mégane, Vanessa, les Léa (C. G. R.), Loren, Claire, Thermione, Mélanie, Solène, Marianne, Carole, Alexandra. Je vous remercie pour votre présence, votre soutien et votre amitié. Je suis heureuse de pouvoir compter sur vous, aux urgences ou ailleurs. J'ai hâte de vous retrouver.

À **Lisa**, ma petite diététicienne. Je te remercie pour ta présence, et plus que tout, je te remercie pour avoir ensoleillé mes journées avec tes petites visites quotidiennes et tes petits post-it remplis d'amour. (Cœur).

À tous les collègues qui ont croisé mon chemin, que je n'ai pas cité mais qui m'ont accompagné jusqu'ici,

Au **Barrio Chicago**, je vous remercie de nous avoir accueilli pendant ces longues années d'internat. L'aventure n'est pas terminée.

Mention particulière à **Johnny**, je te remercie pour ta présence et ta bienveillance. Après des débuts rocambolesques, nous ne venons plus seulement « au Barrio », nous venons « voir Johnny ». Réciproquement, nous nous sommes vu évoluer. Mais s'il te plait, arrête tes fractures et tes entorses biannuelles, on a plus besoin de ça pour se fréquenter.

Au **Teille-Bou**, je vous remercie d'exister, tout simplement. Merci de m'avoir accueilli pendant que je rédigeais ce travail. Santé.

À **ceux et celles qui ont traversés ma vie, et que j'affectionne encore, ceux et celles que je ne nommerais pas mais que je n'oublie pas**, merci. D'une façon ou d'une autre, et certains plus que les autres, vous avez contribué à celle que je suis aujourd'hui.

« [...] Je suis un médecin, je suis un sapeur-pompier. [...] Je ne me sens ni oubliée, ni dévalorisée lorsque l'on ne m'inclut pas en tant que femme dans un groupe auquel j'appartiens déjà. Dire « Bonjour Messieurs » et non « Bonjour Messieurs, Dame » lorsque je suis Dame au milieu de Messieurs, qui sont mes frères d'armes, n'est pas un affront. Ils sont les miens et je suis fière de faire partie des leurs. [...]»

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| TABLE DES MATIÈRES | 1 |
| TABLES DES TABLEAUX ET FIGURES | 3 |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS | 5 |
| PRÉFACE | 7 |
| Médecin généraliste et médecin de sapeur-pompier : une thèse qui me ressemble | 7 |
| L'excès pondéral du sapeur-pompier écrasé par le poids de son image | 8 |
| INTRODUCTION | 9 |
| L'excès pondéral, un problème majeur de santé publique | 9 |
| Définitions | 9 |
| Épidémiologie de l'excès pondéral à l'échelle mondiale et nationale..... | 9 |
| L'origine multifactorielle de l'excès pondéral..... | 16 |
| Les conséquences de l'excès pondéral | 17 |
| L'essentiel de la prise en charge et des recommandations en médecine générale | 18 |
| Brève de sociologie sur les sapeurs-pompiers | 21 |
| Le sapeur-pompier exposé aux facteurs de risque cardiovasculaires n'échappe pas à l'excès pondéral | 22 |
| Médecine d'aptitude et de prévention des sapeurs-pompiers au SDIS 13 | 24 |
| Aptitude et prévention : généralités | 24 |
| Histoire de la médicalisation des SDIS : du premier officier de santé des services d'incendies à la Sous-Direction Santé. | 25 |
| Les missions du Médecin de sapeur-pompier | 27 |
| Place du médecin de sapeur-pompier dans l'approche de l'excès pondéral chez le sapeur-pompier | 28 |
| MATÉRIELS ET MÉTHODE | 30 |
| Type d'étude et population | 30 |
| Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion | 31 |
| Questionnaire | 31 |
| VMA M0 – 1 ^{ère} partie du questionnaire..... | 31 |
| VM M6 – 2 ^{ème} partie du questionnaire..... | 32 |
| Fiches d'information et consentement | 32 |
| Consultation à M0 et M6 | 32 |
| Mesures staturo-pondérales standardisées | 32 |
| Utilisation des données et anonymisation | 33 |
| Résultats et devenir des données | 33 |

| | |
|--|-----------|
| RÉSULTATS | 34 |
| Population de l'étude | 35 |
| Critère de jugement principal : variation de la courbe pondérale du SP à 6 mois | 38 |
| Critère de jugement secondaire : variation des profils tensionnels systolique et diastolique du SP à 6 mois | 41 |
| DISCUSSION | 44 |
| Limites | 57 |
| Forces | 57 |
| CONCLUSION | 60 |
| BIBLIOGRAPHIE | 61 |
| ANNEXES | 65 |
| Annexe 1 - Classification du surpoids et de l'obésité par IMC d'après l'OMS, HAS, tableau 9..... | 66 |
| Annexe 2 - Médicaments favorisant une prise de poids. HAS, Argumentaire des recommandations de bonne pratique - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, tableau 8. | 66 |
| Annexe 3 - Fiche mémo de prise en charge du surpoids, HAS..... | 67 |
| Annexe 4 - Fiche mémo de prise en charge de l'obésité, HAS..... | 68 |
| Annexe 5 - Fiche mémo du bilan initial de l'excès de poids, HAS..... | 69 |
| Annexe 6 - Fiche de conseils pour l'alimentation, HAS..... | 70 |
| Annexe 7 - Fiche de conseils pour l'activité physique, HAS..... | 71 |
| Annexe 8 - Lettre d'information à destination des médecins | 72 |
| Annexe 9 - Lettre d'information à destination des participants..... | 77 |
| Annexe 10 - Questionnaire de thèse | 80 |
| Annexe 11 - Charte nationale du sapeur-pompier volontaire | 85 |

TABLES DES TABLEAUX ET FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 - D'après OMS, Prévalence mondiale du surpoids chez les adultes, IMC \geq 25, en 2022 (%)..... | 11 |
| Figure 2 – D'après OMS, Prévalence mondiale de l'obésité chez les adultes, IMC \geq 30, en 2022 (%)..... | 12 |
| Figure 3 - D'après OMS, Prévalence du surpoids en France, chez les adultes, BMI \geq 25, en 2022 (%)..... | 14 |
| Figure 4 - D'après OMS, Prévalence de l'obésité en France, chez les adultes, BMI \geq 30, en 2022 (%)..... | 15 |
| Figure 5 - D'après la Belgian Association for the Study, Mesure du tour de taille (à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque, avec un mètre ruban placé à l'horizontale, à la fin d'une expiration normale)..... | 33 |
| Figure 6 - Diagramme des flux | 34 |
| Figure 7 - Répartition des participants selon leurs grades (%)..... | 35 |
| Figure 8 - Profils morphologiques des participants (%) | 36 |
| Figure 9 - Poids à VMA M0 et à VM M6 pour chaque participant | 40 |
| Figure 10 - Variation de la courbe pondérale à 6 mois (kg) pour chaque participant | 40 |
| Figure 11 - Pression artérielle systolique à VMA M0 et à VM M6 pour chaque participant... | 43 |
| Figure 12 - Pression artérielle diastolique à VMA M0 et à VM M6 pour chaque participant . | 43 |
| Figure 13 - État des lieux des actions proposées ou non par le MSP à la VMA M0, réévaluées par le SP à la VM M6 (1/2) | 52 |
| Figure 14 - État des lieux des actions proposées ou non par le MSP à la VMA M0, réévaluées par le SP à la VM M6 (2/2) | 52 |
| Figure 15 - Comparaison du retentissement sur la qualité de vie à VM M0 et VM M6..... | 54 |
| Figure 16 - Comparaison du retentissement social à VM M0 et VM M6..... | 54 |
| Figure 17 - Comparaison du retentissement psychologique à VM M0 et VM M6..... | 55 |
| Figure 18 - Comparaison du retentissement sur la sexualité à VM M0 et VM M6 | 55 |
| Figure 19 - Comparaison du retentissement respiratoire à VM M0 et VM M6 | 56 |
| Figure 20 - Comparaison du retentissement locomoteur à VM M0 et VM M6 | 56 |

| | |
|--|----|
| Tableau 1 - D'après OMS, Prévalence mondiale du surpoids chez les adultes, IMC \geq 25, en 2022 (%) | 11 |
| Tableau 2 – D'après OMS, Prévalence mondiale de l'obésité chez les adultes, IMC \geq 30, en 2022 (%) | 12 |
| Tableau 3 - D'après l'OMS, Prévalences mondiales du surpoids chez les adultes, réparties par continent, en 2022 (% | 13 |
| Tableau 4 - D'après l'OMS, Prévalences mondiales de l'obésité chez les adultes, réparties par continent, en 2022 (%) | 13 |
| Tableau 5 - D'après OMS, Prévalence du surpoids en France, chez les adultes, BMI \geq 25, en 2022 (%) | 14 |
| Tableau 6 - D'après OMS, Prévalence de l'obésité en France, chez les adultes, BMI \geq 30, en 2022 (%) | 15 |
| Tableau 7 - Caractéristiques démographiques et cliniques des participants et des visites médicales, nb (%) | 38 |
| Tableau 8 – Critère de jugement principal, évolution de la courbe pondérale à 6 mois (kg) . | 39 |
| Tableau 9- Critère de jugement secondaire, évolution du profil tensionnel à 6 mois (mmHg) | 42 |
| Tableau 10 – Variations à 6 mois du TT, de l'IMC, de la MG et de la MM | 50 |
| Tableau 11 - Sensibilisation réalisée vs ressentie à 6 mois sur les différents axes de prise en charge de l'excès pondéral | 51 |
| Tableau 12 - État des lieux des actions proposées ou non par le MSP à la VMA M0, réévaluées par le SP à la VMA M6 | 51 |
| Tableau 13 - Variation à 6 mois des ICP par rapport à la variation de la courbe pondérale... | 53 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
BMPM : Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille
BSPP : Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris
CCP : Comité de Protection des Personnes
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COS : Commandant des Opérations de secours
DOS : Directeur des Opérations de secours
DPS : Dispositif Prévisionnel de Sécurité
EAP : Éducateur en Activité Physique
HAS : Haute Autorité de santé
HTA : Hypertension artérielle
ICP : Indicateurs de la Condition Physique
IMC : Indice de Masse Corporelle
ISPV / P : Infirmier de Sapeur-Pompier Volontaire / Professionnel
JSP : Jeune Sapeur-Pompier
MG : Masse Grasse
MM : Masse Musculaire
MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'État
MSPV / P : Médecin de Sapeur-Pompier Volontaire / Professionnel
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
NRBC : Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique
PAS : Pression Artérielle Systolique
PAD : Pression Artérielle Diastolique
PSPV / P : Pharmacien de Sapeur-Pompier Volontaire / Professionnel
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SDS : Sous-Direction Santé
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPV / P : Sapeur-Pompier Volontaire / Professionnel
SSO : Soutien Sanitaire Opérationnel
SSSM : Service de Santé et de Secours Médical

TT : Tour de taille

UIISC : Unité d'Instruction et d'Intervention de la Sécurité Civile

VMA : Visite Médicale d'Aptitude

VM : Visite Médicale

PRÉFACE

[Médecin généraliste et médecin de sapeur-pompier : une thèse qui me ressemble.](#)

« L'histoire du feu a écrit l'histoire des pompiers, mais elle a commencé bien avant leur apparition, avec celle des hommes. » (1). Mon histoire avec les pompiers commence bien avant celle de ma thèse.

Je suis née en Provence. En grandissant, on m'a appris à craindre le feu et à être reconnaissante envers ceux qui l'affrontent.

J'ai pris l'habitude de tourner la tête dans tous les sens dès que j'entendais un deux-tons¹ à la recherche d'un camion et de lever la tête vers le ciel dès que j'entendais un moteur à la recherche de Dragon ou de Pélican².

Toujours en grandissant, je fantasmais de pouvoir les rejoindre.

C'est en devenant médecin que je franchis le pas. Je n'ai pas à choisir, je peux être médecin et sapeur-pompier.

A l'aube de ma 6^{ème} année d'externat, je m'engage. Je deviens médecin de sapeur-pompier volontaire à la sous-direction santé du Service Départemental d'Incendie et de Secours des Bouches-du-Rhône (SDIS 13), au grade de Médecin-Aspirant.

Assimilée Piou-Piou^{3,4} ; tout en apprenant à être médecin, j'apprends à être sapeur-pompier. Je découvre et j'apprécie chaque aspect que jusqu'ici, j'avais fantasmé : la lumière du gyrophare, le son du deux-tons, l'engouement général à l'annonce du départ, l'odeur du foyer au moment du repas, la décharge adrénergique à l'arrivée sur le lieu de l'intervention, la chaleur des moments partagés autour d'un café, les rires échangés en caserne, les séances de sport collectives et les manœuvres entre deux inventaires.

Interne en Médecine Générale, Médecin-Lieutenant de sapeur-pompier volontaire, c'est une évidence ; ma thèse doit me ressembler, elle doit traiter de la médecine générale et des sapeurs-pompiers.

¹ Sirène produisant deux sons en alternance (aigu et grave) utilisée comme avertisseur sonore

² Indicateurs radio. Respectivement des hélicoptères de la sécurité civile et des Canadairs de la sécurité civile

³ Jeune pompier inexpérimenté, ailleurs appelé le « bleu ». (2)

⁴ « Padawan » comme nous appelle le lieutenant-colonel DROUET

L'excès pondéral du sapeur-pompier écrasé par le poids de son image

Héros de tout temps, le sapeur-pompier sauve les habitations et leurs habitants.

Son image se construit à travers le regard de la société. Le sapeur-pompier est donc un homme fort, musclé et courageux et lorsqu'il est une femme, cette dernière est forcément assimilée masculin.

Stéréotype, véritable modèle de virilité, il est difficile d'imaginer que le sapeur-pompier puisse être concerné par l'excès pondéral.

« Faire du gras », cette expression souvent entendue en caserne, ne signifierait donc pas seulement « être fainéant » : plus qu'une expression, une réalité.

Comme pour d'autres avant moi, mes premiers jours en caserne ont déconstruit cette image et m'ont permis d'en construire une nouvelle.

Le sapeur-pompier, c'est le collègue triathlète d'une vingtaine d'années, svelte et musclé mais c'est aussi le collègue bedonnant d'une trentaine d'années, père de deux enfants ou encore la très jeune collègue que j'ai connue JSP, devenue sapeur-pompier volontaire.

Les jours suivants m'ont permis de remarquer qu'il existe une forme de déni bien ancrée au sein des casernes et que le tabou de l'excès pondéral devient parfois la source d'un combat commun entre le sapeur-pompier et le médecin en charge de leur aptitude

Mon travail de thèse est le fruit de cette réflexion.

INTRODUCTION

L'excès pondéral, un problème majeur de santé publique

Définitions

L'OMS définit l'excès pondéral comme une maladie chronique multifactorielle en lien avec une accumulation excessive d'adiposité⁵ responsable d'une augmentation de la morbidité.

Le diagnostic est clinique. Il repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle à partir de la mesure de la taille (en mètre) et du poids (en kilogramme) selon la formule suivante :

$$\text{Poids (kg)} / \text{Taille (m)}^2 = \text{IMC (kg/m}^2\text{)}.$$

Ainsi, pour les adultes, le surpoids est défini par un IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ et l'obésité est définie par un IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$. (3)⁶

Une revue de la littérature de 2020 (4) décrit l'IMC comme un indicateur clinique rapide et simple permettant de classifier les patients selon les risques et de monitorer les changements à l'échelle individuelle et populationnelle.

Par ailleurs elle suggère qu'une augmentation du tour de taille, reflet de la graisse viscérale, est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire avec un surrisque de pathologies cardiovasculaires (coronaropathie, HTA), de diabète, d'insulinorésistance et de dyslipidémie, indépendamment de l'IMC.

Elle préconise donc une mesure du tour de taille (considéré comme normal si ≤ 80 cm chez la femme, ≤ 94 cm chez l'homme) quel que soit l'IMC afin de permettre une meilleure classification du risque.

Par ailleurs, la HAS ne recommande pas l'utilisation de l'impédancemétrie.

Épidémiologie de l'excès pondéral à l'échelle mondiale et nationale

A propos de l'épidémiologie, l'OMS attire l'attention sur les difficultés à collecter des données fiables. Elle émet l'hypothèse d'une sous-estimation de ces données et par conséquent des prévalences de l'excès pondéral. Ceci directement lié au fait que la plupart des études traitant de ce sujet sont des études déclaratives.

⁵ Accumulation de graisse dans les tissus

⁶ Annexe : Classification du surpoids et de l'obésité par IMC d'après l'OMS, HAS, tableau 9.

A l'échelle mondiale

En 2022, selon les études menées par l'OMS, 1 personne sur 8 dans le monde est obèse. Depuis 1990, la prévalence mondiale des adultes obèses a doublé.

L'OMS décrit 2,5 milliards d'adultes en surpoids dans le monde soit 44% de la population adulte mondiale (Figure 1)(Tableau 1) dont 890 millions d'adultes obèses soit 16% de la population adulte mondiale (Figure 2)(Tableau 2). (3,5,6)

Même s'il est important de noter que la prévalence de l'excès pondéral varie d'une région à l'autre du monde avec en tête de la liste les Amériques puis l'Europe, on observe une tendance à l'accroissement de cette prévalence dans le monde entier. On pourrait même parler d'une globalisation de l'excès pondéral.

Quelques chiffres :

- Surpoids : 68,5% en Amérique, 60,7% en Europe, 28,7% en Afrique et 31,3% en Asie du Sud Est. (Tableau 3)(7)
- Obésité : 34,3% en Amérique, 25,6% en Europe, 10,7% en Afrique et 8% en Asie du Sud Est. (Tableau 4)(8)

A l'échelle nationale

A l'instar de l'Europe, la France n'échappe pas à cette tendance puisque l'OMS a récemment publié les chiffres d'une étude de 2022 qui rapporte 38,7% d'adultes français en surpoids (Figure 3)(Tableau 5) et 10,9% d'adultes français souffrant d'obésité (Figure 4)(Tableau 6).

En 10 ans, on estime que cette prévalence a augmenté de 21% (2006-2016).

Les taux sont plus élevés chez les hommes (45,5%) que chez les femmes (32,5%).

La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les adultes ayant un niveau social plus faible.

Ces données sont renforcées par une étude de 2020 (9) qui estime que le taux de l'excès de poids dans la population française s'élève à plus de 50% et que celui de l'obésité s'élève à 17%.

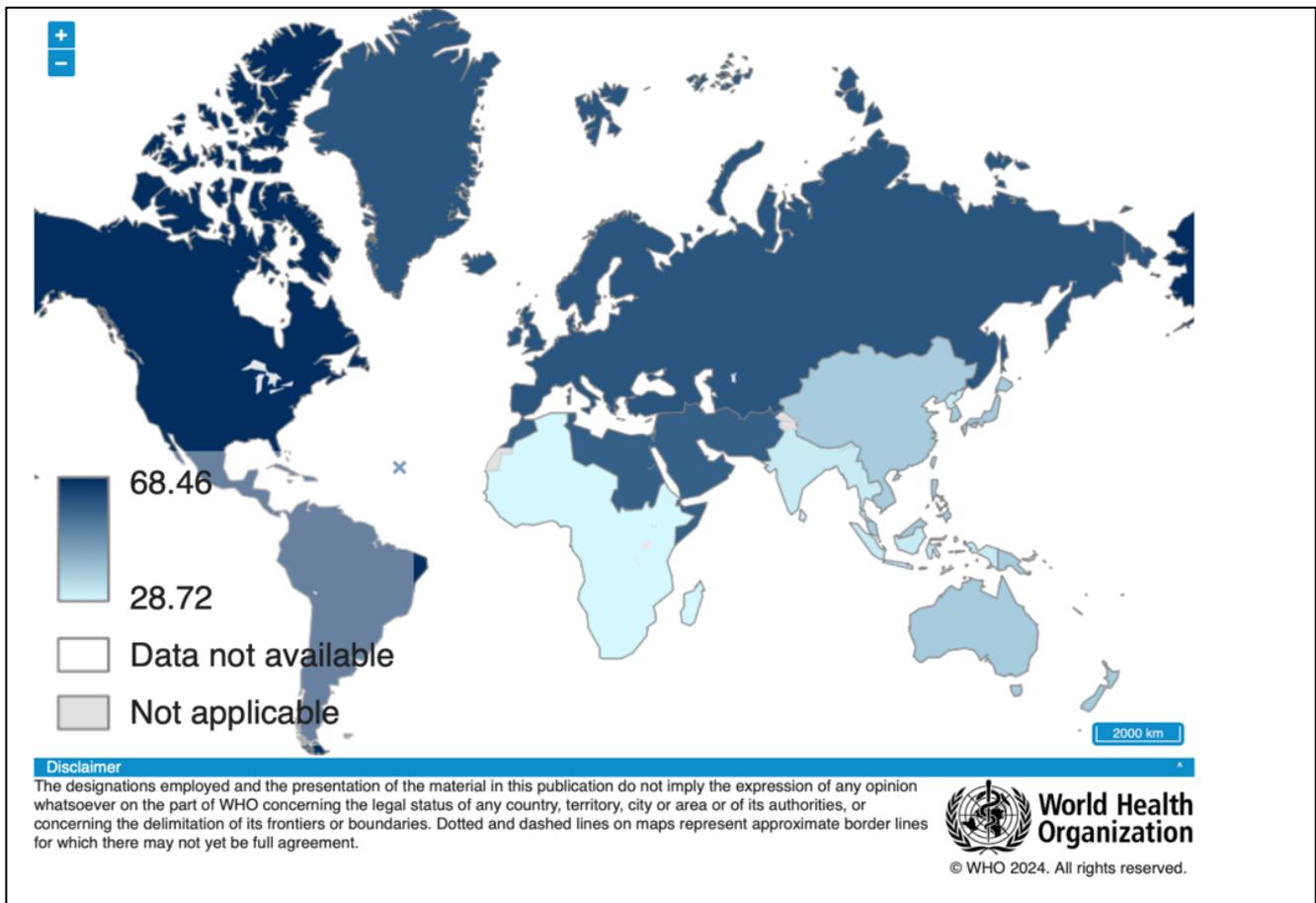


Figure 1 - D'après OMS, Prévalence mondiale du surpoids chez les adultes, IMC ≥ 25, en 2022 (%)

| Indicator | Prevalence of overweight among adults, BMI & GreaterEqual; 25 (crude estimate) (%) | | |
|-----------|--|------------------|------------------|
| | Both sexes | Male | Female |
| Period | 2022 | | |
| Dim1 | Both sexes | Male | Female |
| Location | 18+ years | 18+ years | 18+ years |
| Global | 44.0 [43.4-44.7] | 43.4 [42.4-44.4] | 44.7 [43.9-45.5] |

Tableau 1 - D'après OMS, Prévalence mondiale du surpoids chez les adultes, IMC ≥ 25, en 2022 (%)

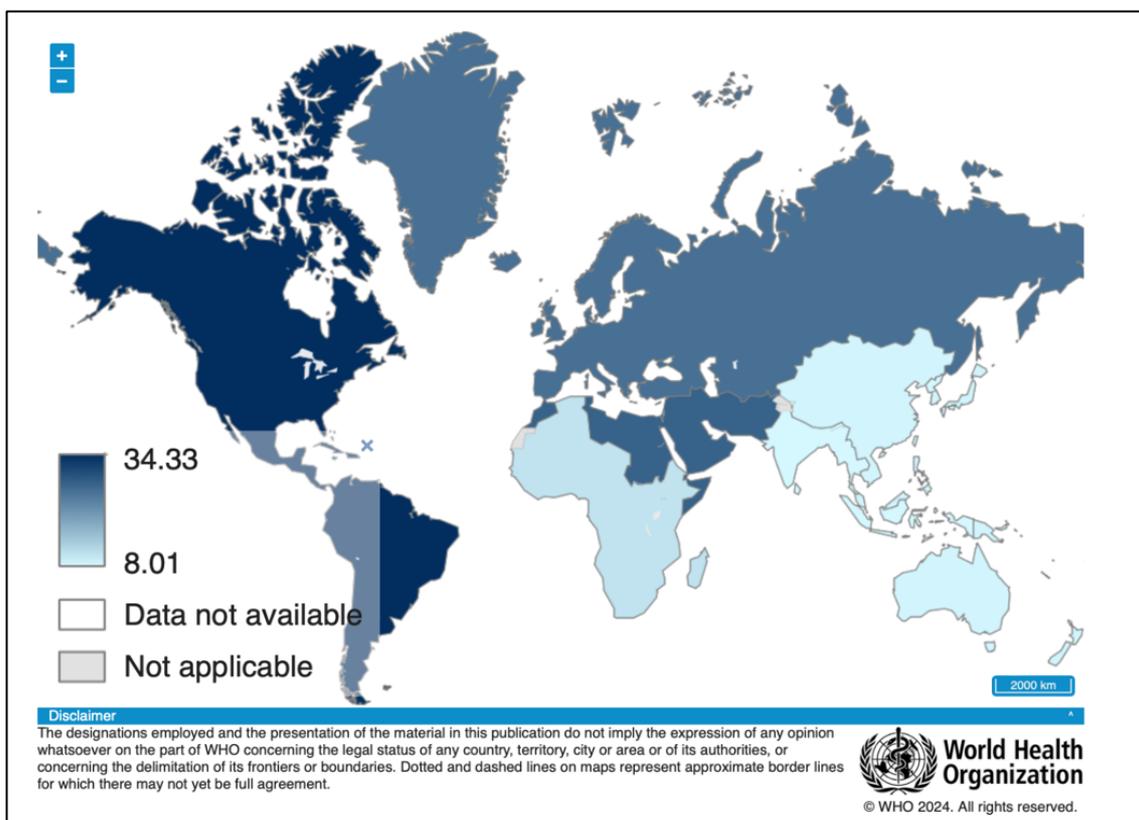


Figure 2 – D’après OMS, Prévalence mondiale de l’obésité chez les adultes, IMC ≥ 30, en 2022 (%)

| Indicator | Prevalence of obesity among adults, BMI & GreaterEqual; 30 (crude estimate) (%) | | |
|-----------|---|------------------|------------------|
| Period | 2022 | | |
| Dim1 | Both sexes | Male | Female |
| Location | 18+ years | 18+ years | 18+ years |
| Global | 16.0 [15.6-16.4] | 13.7 [13.1-14.3] | 18.3 [17.7-18.9] |

Tableau 2 – D’après OMS, Prévalence mondiale de l’obésité chez les adultes, IMC ≥ 30, en 2022 (%)

| Indicator | Prevalence of overweight among adults, BMI & GreaterEqual; 25 (crude estimate) (%) | | |
|-----------------------|--|------------------|------------------|
| Period | 2022 | | |
| Dim1 | Both sexes | Male | Female |
| Location | 18+ years | 18+ years | 18+ years |
| Africa | 28.7 [27.8-29.7] | 21.0 [19.6-22.5] | 36.2 [34.9-37.5] |
| Americas | 68.5 [67.4-69.5] | 68.2 [66.6-69.7] | 68.7 [67.3-70.1] |
| Eastern Mediterranean | 58.5 [57.2-59.8] | 54.6 [52.6-56.6] | 62.5 [60.9-64.1] |
| Europe | 60.7 [59.8-61.7] | 65.6 [64.2-67.0] | 56.3 [55.0-57.6] |
| South-East Asia | 31.3 [30.1-32.5] | 27.5 [25.8-29.4] | 35.1 [33.5-36.8] |
| Western Pacific | 37.5 [35.9-39.2] | 41.5 [39.0-44.0] | 33.5 [31.5-35.6] |

Tableau 3 - D'après l'OMS, Prévalences mondiales du surpoids chez les adultes, réparties par continent, en 2022 (%)

| Indicator | Prevalence of obesity among adults, BMI & GreaterEqual; 30 (crude estimate) (%) | | |
|-----------------------|---|------------------|------------------|
| Period | 2022 | | |
| Dim1 | Both sexes | Male | Female |
| Location | 18+ years | 18+ years | 18+ years |
| Africa | 10.7 [10.1-11.3] | 5.9 [5.2-6.6] | 15.3 [14.4-16.3] |
| Americas | 34.3 [33.1-35.6] | 31.4 [29.6-33.2] | 37.1 [35.5-38.8] |
| Eastern Mediterranean | 27.5 [26.3-28.7] | 21.9 [20.1-23.8] | 33.3 [31.7-35.0] |
| Europe | 25.6 [24.7-26.6] | 24.4 [23.0-25.8] | 26.7 [25.5-28.0] |
| South-East Asia | 8.0 [7.4-8.7] | 5.5 [4.8-6.3] | 10.6 [9.6-11.7] |
| Western Pacific | 8.4 [7.6-9.2] | 8.6 [7.4-9.9] | 8.2 [7.1-9.3] |

Tableau 4 - D'après l'OMS, Prévalences mondiales de l'obésité chez les adultes, réparties par continent, en 2022 (%)

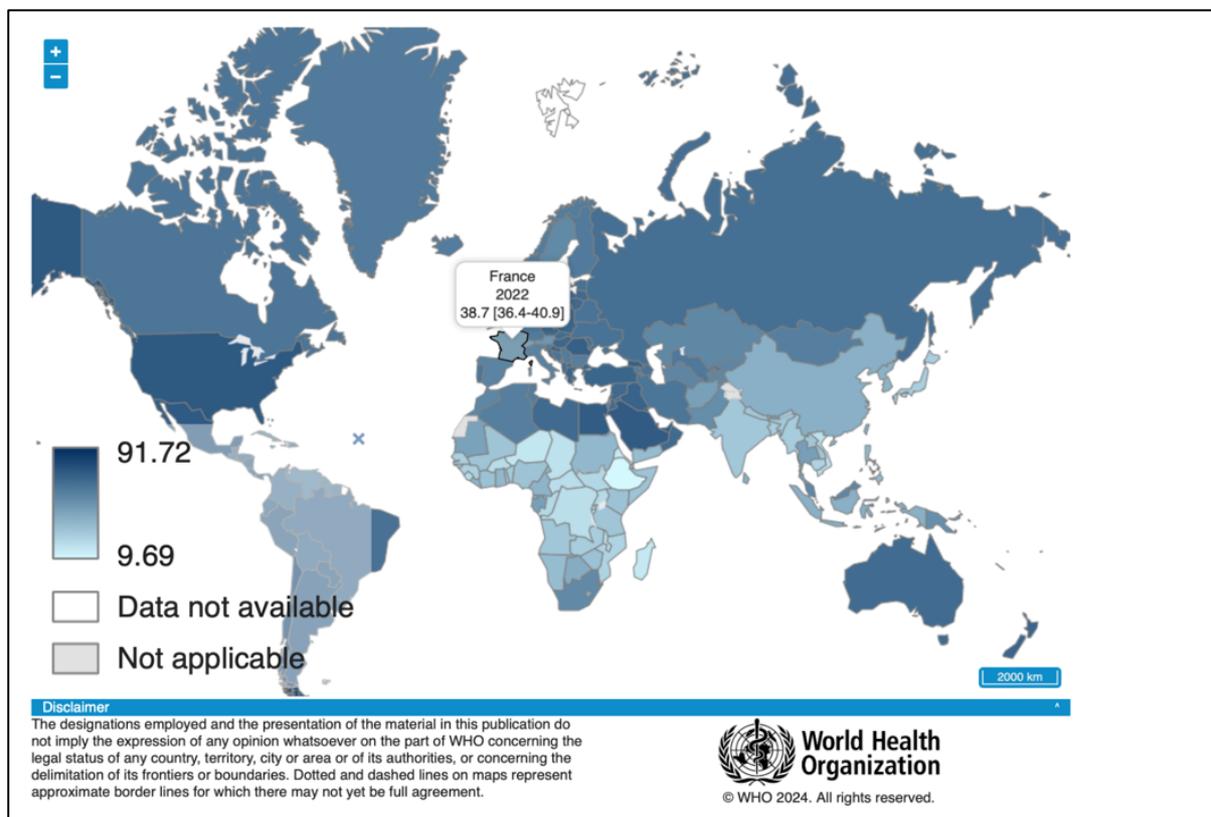


Figure 3 - D'après OMS, Prévalence du surpoids en France, chez les adultes, BMI ≥ 25, en 2022 (%)

| Indicator | Prevalence of overweight among adults, BMI >= 25 (crude estimate) (%) | | |
|-----------|---|------------------|------------------|
| Period | 2022 | | |
| Dim1 | Both sexes | Male | Female |
| Location | 18+ years | 18+ years | 18+ years |
| France | 38.7 [36.4-40.9] | 45.5 [42.3-48.6] | 32.5 [29.4-35.7] |

Tableau 5 - D'après OMS, Prévalence du surpoids en France, chez les adultes, BMI ≥ 25, en 2022 (%)

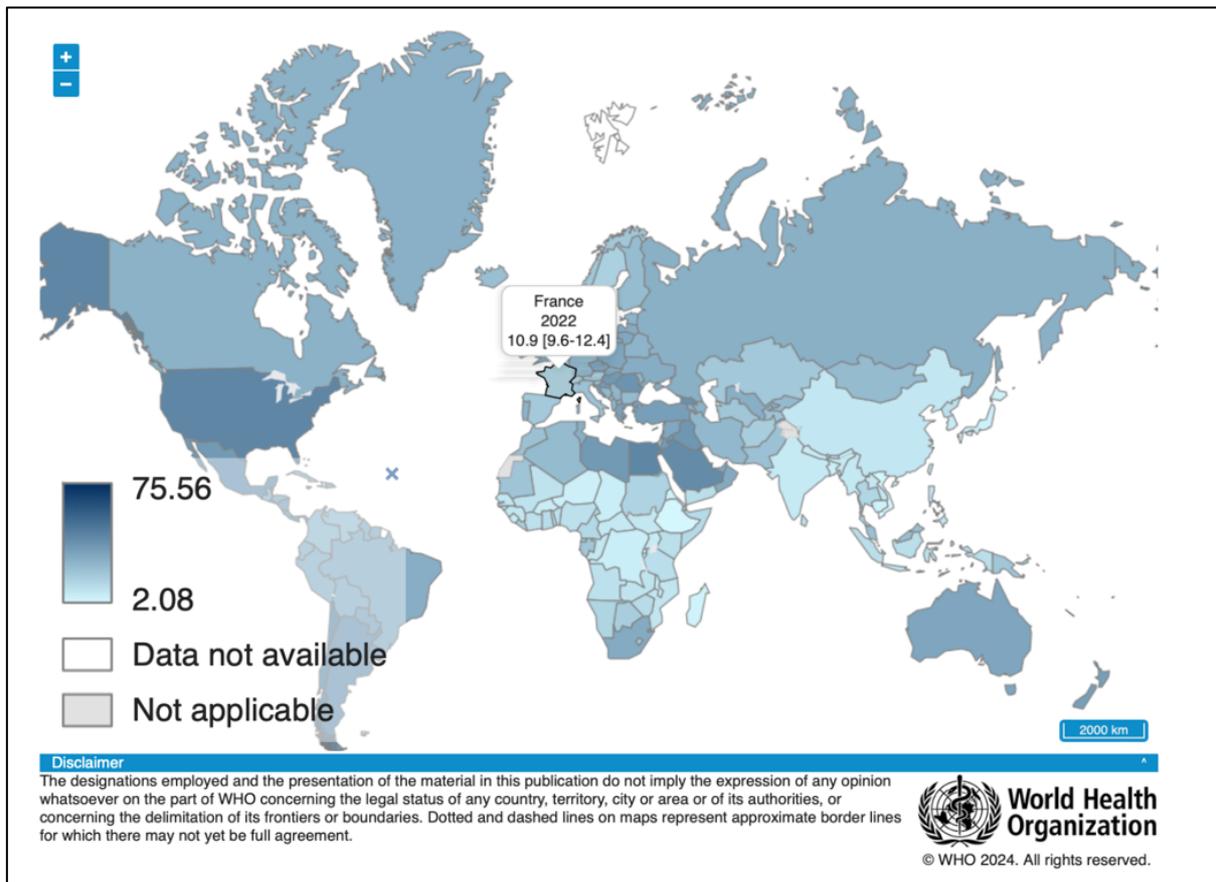


Figure 4 - D'après OMS, Prévalence de l'obésité en France, chez les adultes, BMI ≥ 30, en 2022 (%)

| Indicator | Prevalence of obesity among adults, BMI & GreaterEqual; 30 (crude estimate) (%) | | |
|-----------|---|-----------------|-----------------|
| | 2022 | | |
| Period | 2022 | | |
| Dim1 | Both sexes | Male | Female |
| Location | 18+ years | 18+ years | 18+ years |
| France | 10.9 [9.6-12.4] | 11.4 [9.5-13.6] | 10.5 [8.6-12.5] |

Tableau 6 - D'après OMS, Prévalence de l'obésité en France, chez les adultes, BMI ≥ 30, en 2022 (%)

L'origine multifactorielle de l'excès pondéral

L'excès pondéral résulte de mécanismes complexes et multifactoriels responsables d'un déséquilibre prolongé dans la balance énergétique entre les apports et les dépenses. (3,6)

L'origine de l'excès pondéral est multifactorielle (3,6,10,11) :

- Facteurs nutritionnels tels qu'une hygiène alimentaire médiocre avec une alimentation trop riche en graisse, trop dense en calorie, trop sucrée ou en trop grande proportion.
- Facteurs physiques tels qu'une diminution voire l'absence totale d'activité physique responsable d'une sédentarité, qu'elle soit primaire ou secondaire à un évènement aigu.
- Facteurs psychologiques tels que le stress, les troubles du comportement alimentaire, la consommation ou le sevrage de certains toxiques comme l'alcool et le tabac, et les troubles du sommeil.
- Facteurs sociaux et environnementaux tels que la précarité pouvant limiter l'accès à une alimentation saine et aux activités physiques, et les environnements obésogènes.
- Facteurs de risques cardiovasculaires préexistants, comme le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle.
- Facteurs iatrogènes en lien avec les effets secondaires de certains médicaments, tels que les antipsychotiques, les antidépresseurs, les corticostéroïdes, et les antiépileptiques.
- Facteurs génétiques dus à des syndromes génétiques et des maladies monogéniques.
- Facteurs hormonaux tels que la grossesse, la ménopause, etc.

Ainsi l'excès pondéral résulte de mécanismes complexes avec d'une part la physiopathologie dont certains mécanismes restent incompris et d'autre part l'environnement qui occupe une place bien plus importante que celle qu'on lui accorde. Ainsi, une revue de la littérature critique le slogan « Bouger plus, manger moins » qui réduit la prise en charge de l'excès pondéral à l'alimentation et à l'activité physique. Elle suggère donc d'élargir la prise en charge par une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques de l'excès pondéral, la prise en compte de l'ensemble des facteurs sociaux, environnementaux et économiques, et

préconise un investissement sociétal dans la prévention primaire auprès des futures générations. (4)

Les conséquences de l'excès pondéral

Dans la population générale, à l'échelle mondiale, l'excès pondéral est un problème de santé publique majeur.

C'est une maladie chronique qui augmente la morbidité et la mortalité. Ses conséquences sont multiples : somatiques, psychologiques, sociales et économiques. (3,5,11)

L'excès pondéral, que ce soit le surpoids ou l'obésité, est un facteur de risque qui favorise la survenue d'événements cardiovasculaires pouvant conduire au décès. Il est également associé à un surrisque de développer un diabète ou un cancer. Mais également de l'arthrose, de l'asthme, des apnées du sommeil, des pathologies biliaires, rénales ou hépatiques, etc. En 2019, on considère que l'excès de poids est responsable de 5 millions de décès dont 1,2 millions en Europe. (3,6)(18)

Il est souvent associé à divers troubles psychologiques, notamment des troubles dépressifs, des dysfonctions sexuelles, ainsi que des troubles du comportement alimentaire secondaires tels que le « binge eating ». De plus, il entraîne fréquemment des difficultés sociales, dues à des processus de discrimination et de stigmatisation, qui peuvent conduire à un isolement tant personnel que professionnel. (6,12,13)

Mais au-delà de la considération pour la santé, l'excès de poids représente un impact économique majeur estimé à 3 milliards de dollars par an d'ici 2030 et plus de 18 milliards de dollar d'ici 2060.

De plus, l'augmentation du taux d'obésité dans les pays à faible revenus et revenus intermédiaires globalise un problème qui autrefois était associé uniquement aux pays à revenus élevés. L'OMS parle du « double fardeau de la malnutrition ». (3)

Ainsi, contrairement à l'idée générale, il est courant de constater que la malnutrition et l'obésité coexistent dans le même pays, la même communauté et la même famille. (3)

Cela s'explique essentiellement par le fait que les enfants de ces pays, déjà exposés à la sous-nutrition, sont confrontés à une alimentation riche en graisses, en sucre et en sel mais pauvre en micronutriments, moins coûteuse mais aussi de qualité nutritive inférieure.

Ces conséquences sont aggravées par un défaut de prise en charge globale avec d'une part une inobservance des règles hygiéno-diététiques et d'autre part un arsenal thérapeutique pauvre dans cette indication. (4)

[L'essentiel de la prise en charge et des recommandations en médecine générale](#)

Selon la HAS, l'essentielle de la prise en charge repose sur le dépistage et l'éducation thérapeutique du patient.

Elle préconise un dépistage systématique de l'excès pondéral par le calcul de l'IMC et la mesure du tour de taille quel que soit le motif de consultation et quel que soit le professionnel de santé, en insistant bien sur la place du médecin généraliste.

Elle argumente avec d'une part un diagnostic simple et rapide et d'autre part un bénéfice attendu important. En effet, on sait qu'une perte de poids de 5 à 10%, maintenue dans le temps, améliore les capacités respiratoires et les profils lipidique et glucidique, réduit la pression artérielle, le handicap lié à l'arthrose et la mortalité toutes causes confondues (cardiovasculaires et oncologiques).

De plus, elle précise que la dimension multifactorielle de cette pathologie impose de prendre en charge le patient dans sa globalité, au-delà de l'IMC afin de définir un projet de soin personnalisé. (14)

La HAS met à disposition des soignants un ensemble de fiches mémo (dépistage, diagnostic, bilan initial, suivi) et de fiches conseils (alimentation, activité physique).^{7 8}

Les subtilités en lien avec des situations particulières telles que la grossesse ou le sujet âgé ne seront pas abordées dans ce travail.

⁷ Annexe : HAS, fiches mémo prise en charge de l'obésité, prise en charge du surpoids, bilan initial.

⁸ Annexe : HAS, fiches conseils alimentation et activité physique.

Bilan initial

Lors du bilan initial de l'excès pondéral le médecin généraliste doit rechercher des facteurs favorisant la prise de poids (apports énergétiques excessifs, l'arrêt ou la réduction d'une activité physique et sportive, des antécédents personnels ou familiaux d'obésité, des troubles du comportement alimentaire, des troubles anxiodépressifs, une réduction du temps de sommeil, exposition au stress, environnement, retracer l'histoire pondérale, évaluer l'activité physique et sédentaire, étudier les habitudes et évaluer les apports alimentaires, rechercher des médicaments dont les effets secondaires pourraient être imputables à la prise de poids⁹, évaluer l'envie et les motivations du patient et rechercher les conséquences psychologiques, sociales et somatiques de l'excès de poids. (14)

Cf. fiche mémo – bilan initial d'un excès de poids (15) et fiche de support à l'entretien lors du bilan initial. (16)

Objectifs thérapeutiques

La HAS définit plusieurs objectifs thérapeutiques en fonction des situations rencontrées. (14,17,18) :

- En situation de surpoids simple, c'est-à-dire un poids stable, avec un tour de taille non élevé et sans comorbidité associée, elle recommande de ne pas inciter à perdre du poids mais plutôt de prévenir la prise de poids supplémentaire.
- En situation de surpoids avec un tour de taille élevé sans comorbidité associée, elle recommande également de prévenir la prise de poids supplémentaire et de réduire le tour de taille.
- En situation de surpoids associée à des comorbidités, elle recommande une réduction du poids. Elle préconise également une réduction du tour de taille, si nécessaire.
- En situation d'obésité, elle recommande une réduction du poids de 5 à 15% par rapport au poids initial.

De façon générale, quelle que soit la situation, elle recommande de prendre en charge les comorbidités, si elles existent.

Les objectifs doivent être réévalués entre 6 et 12 mois.

⁹ Annexe : Médicaments favorisant une prise de poids. HAS, Argumentaire des recommandations de bonne pratique - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, tableau 8.

Pour les patients en situation d'échec thérapeutique, la HAS met en avant que stabiliser le poids est déjà un objectif intéressant.

Conseils thérapeutiques

En fonction des objectifs, la HAS recommande une prise en charge globale et pluridisciplinaire (14,17,18) :

- En situation de surpoids simple, elle recommande la délivrance de conseils généraux sur le poids de forme et sur le mode de vie
- En situation de surpoids avec un tour de taille élevé, elle recommande la délivrance de conseils diététiques (évaluer les habitudes alimentaires, estimer les apports énergétiques, informer sur l'alimentation équilibrée et diversifiée et sur les risques de malignité d'un régime très basses calories et sensibiliser aux risques de frustration), de conseils sur l'activité physique adaptée au patient (faisabilité et motivation) et elle recommande également une approche psychologique (techniques comportementales ou cognitivo-comportementales, notamment lors de TCA ou troubles anxiodépressifs associés).
- En situation de surpoids associé à des comorbidités ou d'obésité, elle recommande la délivrance de ces conseils, l'approche psychologique et le cas échéant de considérer la place d'une chirurgie bariatrique.

De façon générale, elle préconise d'éviter les discours culpabilisants et d'avoir recours à d'autres professionnels dans la mise en œuvre du projet personnalisé de soin : médecin spécialisé en nutrition, diététicien, psychiatre, psychologue clinicien, masseur-kinésithérapeute, éducateur en activité physique, ergothérapeute, psychomotricien, etc.(19)

Elle recommande de sensibiliser le patient sur l'importance de maintenir les mesures mises en place afin de prévenir le risque de rechute.

La HAS rappelle que la prescription de traitements médicamenteux visant à réduire le poids et n'ayant pas d'AMM dans cette indication est proscrite. Elle évoque l'existence de l'ORLISTAT, seul médicament ayant une AMM pour le traitement de l'obésité mais ne le recommande pas en regard de la balance bénéfice-risque défavorable. (14)

Enfin, comme pour toute pathologie chronique, elle rappelle que la prise en charge par le médecin généraliste doit être poursuivie sur le long terme.

[Brève de sociologie sur les sapeurs-pompiers](#)

Qu'il soit civil ou militaire, le corps des sapeurs-pompiers est guidé par des valeurs telles que le dévouement, le courage, l'altruisme et la discrétion.

« Courage et dévouement. » - SP

« Honneur – Valeur – Patrie – Discipline » - BMPPM

« Sauver ou périr. » - BSPP

« Servir pour sauver. » - UIISC

Le système repose sur une hiérarchie permettant de structurer leur organisation et leur quotidien, sur le partage d'une identité collective à travers la perpétuation de traditions et de rituels, et sur l'esprit de camaraderie ; le tout renforcé par le port de l'uniforme, créant ainsi un véritable sentiment d'appartenance et de fraternité.

L'étude sociologique des sapeurs-pompiers met en évidence la complexité de leur engagement et la richesse de leur culture professionnelle. Ils ne sont pas seulement motivés par un sentiment d'héroïsme, mais par le désir de servir et de protéger la population. (1,20)

En France, il existe trois statuts de pompiers : les militaires (BSPP, BMPPM, UIISC¹⁰) et les civils dont les sapeurs-pompiers professionnels et les sapeurs-pompiers volontaires.

Les professionnels sont recrutés sur concours et travaillent à plein temps comme sapeurs-pompiers pour les SDIS. Les volontaires exercent leur activité de sapeur-pompier en parallèle de leur profession principale.

Historiquement, le pompier professionnel apportait une expertise technique et une disponibilité permanente jugées essentielles pour gérer les interventions les plus complexes, et le pompier volontaire apportait un soutien indispensable notamment dans les zones rurales et les petites communes. Ainsi, la complémentarité entre ces deux statuts permettait de garantir une couverture étendue et efficiente sur l'ensemble du territoire.

¹⁰ Liste non exhaustive

L'étude sociologique des sapeurs-pompiers montre que la coexistence de ces différents statuts peut être à l'origine de conflits liés à la reconnaissance et la valorisation du travail de chacun : les professionnels pouvant voir les volontaires comme moins formés ou moins engagés et les volontaires pouvant se sentir marginalisés ou déconsidérés. Cependant, au-delà de ces conflits, la coexistence de ces statuts renforce la solidarité et l'efficacité par l'apport des compétences et des perspectives de chacun. (2,20,21)

Aujourd'hui, le modèle de secours français repose essentiellement sur la culture du volontariat permettant ainsi de pérenniser le maillage complet du territoire. Les services de secours comptent dans leurs effectifs environ 80% de volontaires pour environ 20% de professionnels. En 2022, le SDIS 13 compte 5256 SPV et 1283 SPP.

En conséquence, la diversité des sapeurs-pompiers constitue un excellent reflet de la population générale.

[Le sapeur-pompier exposé aux facteurs de risque cardiovasculaires n'échappe pas à l'excès pondéral](#)

L'activité du sapeur-pompier le soumet à une multitude de contraintes. Sa vie est rythmée par ses gardes qu'il soit volontaire ou professionnel. Pour les volontaires ou les professionnels ayant un double statut, ils cumulent bien souvent leur emploi avec les gardes.

Pendant sa garde, on attend du sapeur-pompier qu'il remplisse les missions qui lui incombent : combattre le feu, secourir des personnes en détresses physique, psychique et sociale, prendre soin de sa caserne (tâches ménagères, bricolage), prendre soin du matériel (inventaires, nettoyage des véhicules) et s'entraîner pour maintenir ses acquis voire devenir meilleur (sport statutaire, manœuvres).

On peut donc imaginer que pendant sa garde, le sapeur-pompier peut décaler en intervention « feu urbain » alors qu'il réalise l'inventaire de l'un des véhicules. Une fois l'intervention finie, il peut être réengagé sur une seconde intervention, cette fois-ci pour secours à personne où il doit brancarder une victime de 100kg sur 10 étages. Une fois de retour en caserne, il doit participer à la préparation du repas. Ensuite, il participe aux tâches ménagères. Vient ensuite

le moment de la manœuvre, suivie d'une nouvelle intervention. De retour en caserne, il doit réaliser la séance de sport qui peut être interrompue par une nouvelle intervention.

De nuit comme de jour, qu'il vente ou qu'il pleuve, de la canicule au froid extrême ; peu importe, on attend du sapeur-pompier qu'il accomplisse ses missions.

Il demeure ainsi jusqu'à ce que sa garde soit finie.

Afin de lutter contre l'excès pondéral, l'OMS recommande à la population générale de pratiquer une activité physique régulière. De plus, le règlement intérieur souligne l'importance pour le sapeur-pompier de maintenir une bonne condition physique.

Du fait de son activité, le sapeur-pompier semble pratiquer une activité physique régulière alors pourquoi prend-il du poids ?

Certes l'activité du sapeur-pompier est physique. Mais en parallèle, il s'expose à la privation de sommeil, au stress intense, à une hygiène alimentaire médiocre (repas conviviaux, repas à horaires décalés, consommation excessive de café ou de boisson énergisante, grignotage en l'absence de vrai repas), consommation de toxique tel que le tabac ou l'alcool (réglementairement en dehors de leur temps de travail).

Ainsi, à l'instar de la population générale, le sapeur-pompier, modèle stéréotypé de bonne santé physique et psychologique s'expose aux risques cardiovasculaires dont l'excès pondéral fait partie.

Une étude française a d'ailleurs montré que la prévalence des facteurs de risques cardiovasculaire chez les sapeurs-pompiers français était comparable à la population française et à la population des autres pompiers dans le monde. Elle rapporte une prévalence de l'HTA à 18%, des dyslipidémies à 19% et de l'excès pondéral à 48%. (22)

De plus, cette étude met en évidence une différence de prévalence entre les volontaires et les professionnels, à la défaveur des volontaires notamment en ce qui concerne l'excès pondéral.

Médecine d'aptitude et de prévention des sapeurs-pompiers au SDIS 13

Aptitude et prévention : généralités

L'exercice de l'activité de sapeur-pompier est soumis aux conditions d'aptitudes médicales définies par l'arrêté du 6 mai 2000 (23) :

- Selon l'article 1, « Le sapeur-pompier professionnel, le sapeur-pompier volontaire et le sapeur-pompier volontaire du service civil en position d'activité, doivent remplir les conditions d'aptitude médicale définies dans le présent arrêté pour participer aux missions et accomplir les fonctions qui leur sont dévolues. [...] ».
- Selon l'article 2, « L'aptitude médicale du sapeur-pompier est prononcée par un médecin sapeur-pompier habilité. ».

Tout au long de sa carrière, qu'il soit professionnel ou volontaire, le sapeur-pompier réalise périodiquement une visite médicale d'aptitude et de prévention :

- La première visite dite « de recrutement » a lieu à l'engagement. S'il est apte, l'agent peut débiter sa formation de sapeur-pompier.
- La seconde visite dite « de titularisation » a lieu 1 an plus tard. Après une période de stagiairisation, s'il est apte, l'agent peut débiter son activité de sapeur-pompier.
- Les visites suivantes auront lieu tous les 2 ans jusqu'à 38 ans et tous les ans après 38 ans.

Des visites intermédiaires peuvent être réalisées pour divers motifs (à la demande de l'agent, à la demande du médecin, etc...).

Par ailleurs, le contrôle de l'aptitude médicale du sapeur-pompier permet au MSP de mener des actions de prévention, comme le souligne l'article 1 de l'arrêté du 6 mai 2000 : « Le contrôle de l'aptitude médicale du sapeur-pompier, tout au long de la carrière, constitue également une première démarche de médecine de prévention permettant de s'assurer de ses capacités à assumer les fatigues et les risques ou à prévenir une éventuelle aggravation d'une affection préexistante liée à l'accomplissement des fonctions ou des missions qui lui sont confiées. ». (23)

Ainsi, parmi toutes les missions qui le sont confiées, le MSP contribue à préserver le capital santé des sapeurs-pompiers afin de préserver leur aptitude opérationnelle.

Un sapeur-pompier en bonne santé est un pompier apte à l'activité opérationnelle.

[Histoire de la médicalisation des SDIS : du premier officier de santé des services d'incendies à la Sous-Direction Santé.](#)

L'incendie du Petit-Pont, à Paris, en avril 1718 marque l'histoire des sapeurs-pompiers avec l'apparition de nouvelles manœuvres incendies, la création du binôme opérationnel DOS-COS, l'institutionnalisation des Gardes-Pompes avec la naissance de la Compagnie des Gardes-Pompes de Paris¹¹ et l'apparition de la notion de danger liés aux risques en intervention.

Au fil des ans, la Compagnie des Gardes-Pompes de Paris se militarise. (24)

« En 50 ans, les gardes-pompes sont ainsi passés « d'artisans-pompiers », organisés en corps « concourant » à la lutte citoyenne contre l'incendie, à « soldats du feu », forces « menantes » d'un service de secours, public et gratuit. ».(24)

En parallèle, malgré des progrès remarquables de lutte contre les incendies, le nombre d'accidents en service se multiplie avec de plus en plus de pompiers blessés ou intoxiqués. Inspiré du modèle militaire selon lequel les troupes françaises disposaient depuis 1708 d'un Service de Santé des Armées et par mimétisme, une équivalence pour les soldats du feu allait bientôt naître. En décembre 1770, le roi décide d'augmenter les effectifs de la Compagnie des Gardes-Pompes de Paris et de créer un poste de chirurgien afin de prendre en charge les blessés au feu et les asphyxiés. Ainsi le tout premier officier de santé des services d'incendies et de secours autrement dit le tout premier « Médecin de sapeur-pompier » était en réalité un chirurgien.¹²

Cette décision royale marque les débuts du soutien sanitaire opérationnel et servira de base pour la fondation du SSSM. (24)

¹¹ Qui deviendra la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris en 1810

¹² Le chirurgien-major ARNAUD

C'est ensuite l'explosion de la poudrerie de Grenelle en août 1794 qui mettra en lumière la nécessité de créer un corps médical constitué et contrôlé par les autorités. Elle représente l'un des premiers événements de grande ampleur décrit dans la littérature. On recense 546 morts et au moins 827 blessés. Le caractère exceptionnel de l'évènement s'en suit d'une réquisition de tous les officiers de santé afin de dispenser des soins d'urgence aux victimes de la catastrophe. (24)

En décembre 1804, à l'instar de la Compagnie des Gardes-Pompes de Paris, d'autres compagnies de gardes-pompes communales se créent et se répartissent sur le territoire national (24).

En parallèle, les services de santé se développent jusqu'à nos actuels Services de la Sous-Direction Santé du SDIS.

Quelques dates clés (25–27) :

- Décret du 18 juin 1953 : Ce décret marque la création et l'intégration des SSSM au sein des services de secours, permettant l'intégration de médecins, infirmiers et pharmaciens dans les équipes d'intervention.
- Décret du 03 mai 1985 : Ce décret crée les SDIS, regroupant les moyens de secours à l'échelle départementale. Le SSSM est également intégré aux SDIS.
- Décret du 13 août 2004 – Loi de la modernisation de la sécurité civile : Ce décret officialise la création du statut juridique des ISP.
- Décret du 14 avril 2022 – Loi MATRAS : Ce décret transforme le SSSM en Sous-Direction Santé, renforce ses missions de prévention et de soutien, et intègre une dimension pluridisciplinaire en développant d'autres corps de professionnels de santé au sein du service.

Les missions évoluent au fil des décennies en s'adaptant à l'accroissement de la population et à l'émergence de nouveaux risques liés à l'environnement, aux innovations et aux avancées technologiques. (Cf. Les missions du Médecin de sapeur-pompier).

Aujourd'hui, les services de santé dans les SDIS peuvent compter dans leur rang des MSP, des ISP dont les cadres de santé et des PSP qui peuvent être volontaires ou professionnels. Mais aussi des vétérinaires, des sage-femmes, des psychologues, etc. qui sont volontaires.

Au sein du SDIS 13, le service de la Sous-Direction Santé recense 5 MSPP, 103 MSPV, 34 aspirant-médecins et médecin lieutenant, 6 ISPP dont 2 cadres de santé, 112 ISPV, 2 PSPP, 6 psychologues, 4 sage-femmes, 4 vétérinaires.

Les missions du Médecin de sapeur-pompier

Au fil du temps, l'évolution des missions confiées au MSP est influencée par les changements démographiques et l'émergence de nouveaux risques avec l'intégration de nouveaux concepts tels que la prévention et la médecine de catastrophe. Le MSP est placé sous l'autorité du médecin chef de façon hiérarchique. Il est libre de sa prescription et encadré dans sa pratique de la médecine.

Toutes les missions du MSP au sein de la Sous-Direction Santé sont prévues par l'article R. 1424-24 du Code général des collectivités territoriales (CGCT) (28) :

- Surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers via les ICP annuels.
- Exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires lors des visites médicales périodiques.
- Conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité lors des visites médicales périodiques, d'interventions en caserne ou de formations.
- Soutien sanitaire des interventions des SDIS et soins d'urgences aux sapeurs-pompiers via la mise en place de dispositif de SSO.
- Participation à la formation des SP au secours à la personne lors des formations initiales et continues.
- Surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

De plus, cet article prévoit que le MSP participe également aux missions suivantes (28) :

- Missions de secours et soins d'urgences aux personnes. Participation au soutien sanitaire des populations en cas de catastrophe (NRBC par exemple) et dans certaines circonstances, participation en appui aux plans communaux de sauvegarde et en appui aux dispositifs prévisionnels de sécurité sur demande des préfetures.

- Participation aux opérations effectuées par les SDIS impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires.
- Missions de prévision, de prévention et interventions des SDIS, dans les domaines des risques naturels et technologiques.

[Place du médecin de sapeur-pompier dans l'approche de l'excès pondéral chez le sapeur-pompier](#)

L'exercice du sapeur-pompier est soumis au contrôle de son aptitude au cours d'une visite médicale. Se considérant souvent comme en « bonne santé » ou faute d'avoir un médecin traitant, la visite périodique représente parfois la seule occasion pour le sapeur-pompier de voir un médecin.

Une étude montre que les pompiers seraient réceptifs à certains sujets de prévention comme le dépistage des cancers, la santé psychique et la prévention cardiovasculaire. (29)

La prévention se définit par un ensemble de mesures qui peuvent être prises ou de conseils qui peuvent être donnés afin de prévenir certains risques. Elle est d'autant plus nécessaire lorsqu'elle concerne un risque fréquent ou grave.

Cette définition fait de l'excès de poids, un excellent sujet de prévention.

Cependant, il demeure un sujet très délicat à aborder avec le sapeur-pompier lors de la visite médicale. D'après les textes réglementaires, l'excès de poids peut être la cause d'une inaptitude temporaire ou définitive. Par conséquent, lorsque le sujet est abordé, il y a souvent un amalgame entre les notions d'aptitude et de prévention que le sapeur-pompier peut percevoir comme une dépréciation de ses capacités physiques et de ses compétences, qu'il dissocie de son corps et de sa santé. De plus, il considère cela comme une sanction lorsque l'inaptitude est prononcée.

Afin d'évaluer le retentissement de l'état de santé du sapeur-pompier sur ses capacités physiques, le MSP dispose des Indicateurs de la Condition Physique (ICP).

Selon l'arrêté du 6 mai 2000 (23) :

« Le médecin de sapeur-pompier doit être informé du suivi de l'entraînement et de la préparation physique du sapeur-pompier. Ces informations peuvent permettre au médecin de dépister une affection en cours, d'informer et de conseiller le sapeur-pompier sur les

questions relatives à son hygiène de vie, de formuler des propositions pour ménager l'agent et adapter son emploi si nécessaire. Elles constituent pour le médecin un indicateur de santé, un outil de médecine préventive sans interférer avec les décisions d'aptitude médicale qui relèvent d'autres critères. »

Selon la circulaire du 03 avril 2002 (30), les différents tests physiques des ICP sont :

- Exercice dit de « Killy » (endurance musculaire des membres inférieurs)
- Pompes ou tractions (endurance musculaire des membres supérieurs)
- Souplesse
- Gainage (endurance des muscles du bas du dos et de la ceinture pelvienne)
- VAM-EVAL ou Luc léger (test cardiovasculaire)

Même s'ils ne sont pas validés scientifiquement, ces tests sont facilement reproductibles et permettent de dépister une potentielle affection en cours en cas de modification significative d'une année sur l'autre. (31)

En médecine générale, les recommandations suggèrent de réaliser un dépistage systématique du surpoids et de l'obésité lors de la première consultation puis régulièrement lors des consultations ultérieures. (6,14,32)

A l'instar des consultations de médecine générale, on pourrait s'interroger sur l'intérêt d'un dépistage systématique par le MSP en visite médicale d'aptitude et de prévention.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive et prospective. Elle a lieu dans les différents cabinets médicaux du SDIS 13 (Nord, Est, Ouest, Sud et Centre). Sa durée est de 6 mois.

La population étudiée regroupe les sapeurs-pompiers, volontaires ou professionnels souffrant d'un excès de poids, dépistés en visite médicale d'aptitude et de prévention (de titularisation ou de maintien en activité) par un médecin de sapeur-pompier habilité, au sein du SDIS 13.

L'objectif principal est l'évaluation de l'accompagnement du sapeur-pompier souffrant d'un excès de poids (surpoids ou obèse), proposé par le MSP lors de la visite d'aptitude, en étudiant l'impact de cet accompagnement sur la courbe pondérale du sapeur-pompier au sein du SDIS 13 à 6 mois. Le critère de jugement principal est la variation de la courbe pondérale du SP à 6 mois.

L'objectif secondaire est l'évaluation de l'impact de cet accompagnement sur le profil tensionnel du sapeur-pompier au sein du SDIS 13 à 6 mois. Le critère de jugement secondaire est la variation des profils tensionnels systolique et diastolique du SP à 6 mois. L'hypertension artérielle est définie selon la HAS et l'ESC comme étant $> 140/90$ mmHg en consultation (33,34).

Parallèlement ce travail permet de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles au sein du service.

En accord avec la loi Jardé, s'agissant d'un travail de thèse et d'une évaluation des pratiques professionnelles, et les questionnaires étant anonymisés, aucune demande d'autorisation auprès d'un CCP et de la CNIL n'a été nécessaire.

Le nombre de sujets nécessaires n'a pas eu besoin d'être calculé. Aucune recherche de significativité n'a été recherchée puisque c'est une étude descriptive. Le recrutement était libre sur une période de 6 mois.

Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusions sont : être un sapeur-pompier majeur, volontaire ou professionnel, engagé au SDIS 13, reçu en visite médicale d'aptitude et de prévention de titularisation ou de maintien en activité par un MSP habilité, en situation d'excès de poids et être d'accord pour participer à l'étude.

Si le sapeur-pompier répond à l'ensemble de ces critères il est inclus sinon il ne l'est pas.

Les critères d'exclusion sont : la visite de reprise après une grossesse, la visite de recrutement et l'absence ou le retrait du consentement.

Questionnaire

Cette étude est réalisée au moyen d'un hétéroquestionnaire qui se divise en deux parties.¹³

La première partie est complétée par le MSP lors de la visite médicale d'aptitude, nommée VMA M0. La seconde partie est complétée lors d'une visite médicale intermédiaire 6 mois plus tard, nommée VM M6.

Ce questionnaire est disponible dans les différents bureaux médicaux de chaque groupement. Il doit être rempli dès qu'un excès de poids (surpoids/obésité) est dépisté chez un sapeur-pompier.

VMA M0 – 1^{ère} partie du questionnaire

La 1^{ère} partie du questionnaire est remplie par le MSP qui reçoit le sapeur-pompier en visite. Il se divise en deux parties :

Une première partie détachable qui regroupe des données personnelles sur le MSP et le SP afin de pouvoir programmer une visite de suivi avec le SP dans 6 mois. Cette partie détachable permet l'anonymisation des données à VM M6.

Une seconde partie, elle-même séparée en plusieurs sous-parties : données épidémiologiques, mesures staturo-pondérales, recherche de facteurs de risques d'excès pondéral, recueil des indicateurs de la condition physique (ICP), recherche des autres facteurs de risques cardiovasculaires, évaluation du retentissement de son excès pondéral sur différents critères, les différents axes de travail abordés et les différentes actions proposées par le MSP.

¹³ Annexe

[VM M6 – 2^{ème} partie du questionnaire](#)

La 2^{ème} partie du questionnaire est remplie lors de la visite de suivi à 6 mois. Il se décline en plusieurs sous-parties : mesures staturo-pondérales, recueil des ICP, recherche des autres facteurs de risques cardiovasculaires, ressenti du SP sur la sensibilisation réalisée par le MSP à la VMA M0, réévaluation du retentissement de son excès pondéral sur différents critères et actions menées au cours des 6 derniers mois.

[Fiches d'information et consentement](#)

L'inclusion est donc réalisée en visite par les MSP qui ont été notifiés de l'étude par mail via l'envoi d'une fiche d'information¹⁴ dédiée reprenant les principales caractéristiques de l'étude et la notice du questionnaire.¹⁵

Dès leur inclusion, les participants sont informés par le MSP des principales modalités de l'étude et notamment qu'ils seront recontactés à 6 mois pour une visite de suivi intermédiaire. Une fiche d'information dédiée aux participants doit leur être remise.¹⁶

Nous n'avons pas obtenu de consentement écrit, mais nous profitons de la visite intermédiaire pour recueillir les éléments nécessaires à cette étude.

[Consultation à M0 et M6](#)

Le recrutement a lieu lors de la VMA M0, ce qui signifie que tous les sapeurs-pompiers dépistés à ce stade se voient proposés d'être reconvoqués à la VM M6.

Afin d'être reconvoqués, les participants sont recontactés par téléphone pour convenir d'un rendez-vous de suivi. En cas de non-réponse, un premier message vocal leur est laissé, leur demandant de rappeler. S'ils ne rappellent pas, ils sont rappelés une seconde fois et, en l'absence de réponse, un second message vocal est laissé.

[Mesures staturo-pondérales standardisées](#)

Afin de remplir le questionnaire, il est nécessaire que les données morphologiques soient recueillies au moment de la consultation :

- Poids, masse maigre et masse grasse mesurés à l'aide de l'impédancemètre.

¹⁴ Annexe : Fiche d'information dédiée aux médecins de sapeur-pompier

¹⁵ Annexe : Questionnaire de thèse

¹⁶ Annexe : fiche d'information dédiée aux participants

- Taille mesurée à l'aide d'une toise murale.
- Tour de taille mesuré à l'aide d'un mètre ruban. Il se mesure à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque (Figure 5).
- L'IMC calculé à l'aide de la formule : $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$

L'ensemble de ce matériel est mis à disposition dans les différents groupements.

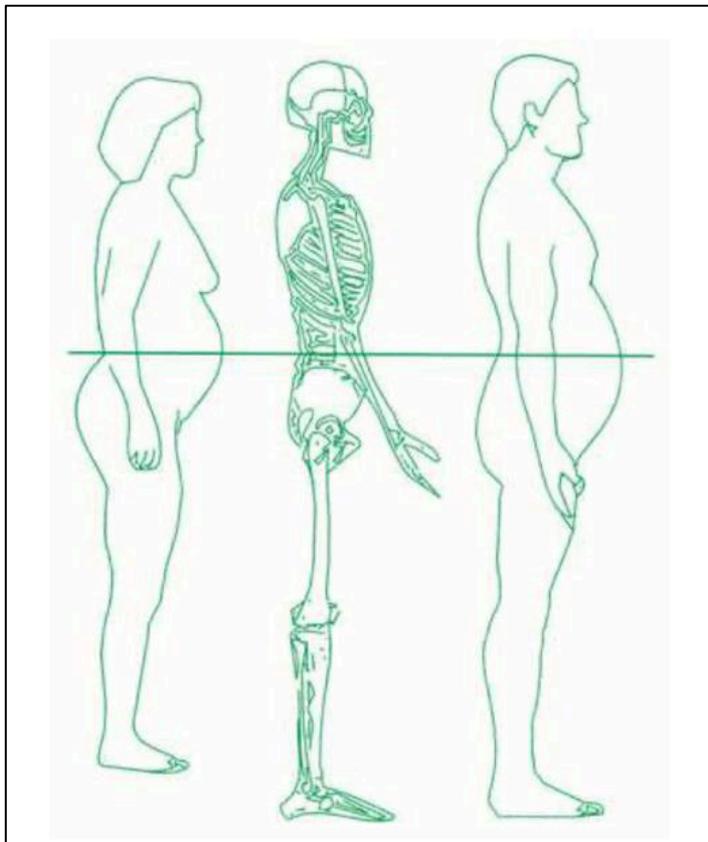


Figure 5 - D'après la Belgian Association for the Study, Mesure du tour de taille (à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque, avec un mètre ruban placé à l'horizontale, à la fin d'une expiration normale

Utilisation des données et anonymisation

Si le sapeur-pompier accepte de participer à l'étude, les données anonymisées sont analysées et utilisées pour cette étude et pour l'évaluation des pratiques professionnelles du service. S'il refuse, les données anonymisées ne sont pas utilisées pour mon travail et restent internes à la sous-direction santé du SDIS 13.

Résultats et devenir des données

Une fois mon travail de thèse et l'évaluation des pratiques professionnelles du service terminés, les questionnaires anonymisés seront définitivement détruits.

Les résultats de ces deux travaux seront accessibles par le sapeur-pompier après m'en avoir fait la demande.

RÉSULTATS

Dans cette étude, 63 participants ont été initialement inclus. Parmi eux, 57 participants ont réalisé la 1^{ère} visite (VMA M0) et ont reçu une proposition pour une visite intermédiaire à 6 mois (VM M6). Cependant, 6 participants ont été exclus car le type de visite ne correspondait pas aux critères de l'étude. Finalement, seulement 21 participants ont effectué la visite intermédiaire à 6 mois. Les 36 autres participants ont été perdus de vue, la majorité d'entre eux (25/36) n'ayant jamais répondu aux appels téléphoniques (**Figure 6**).

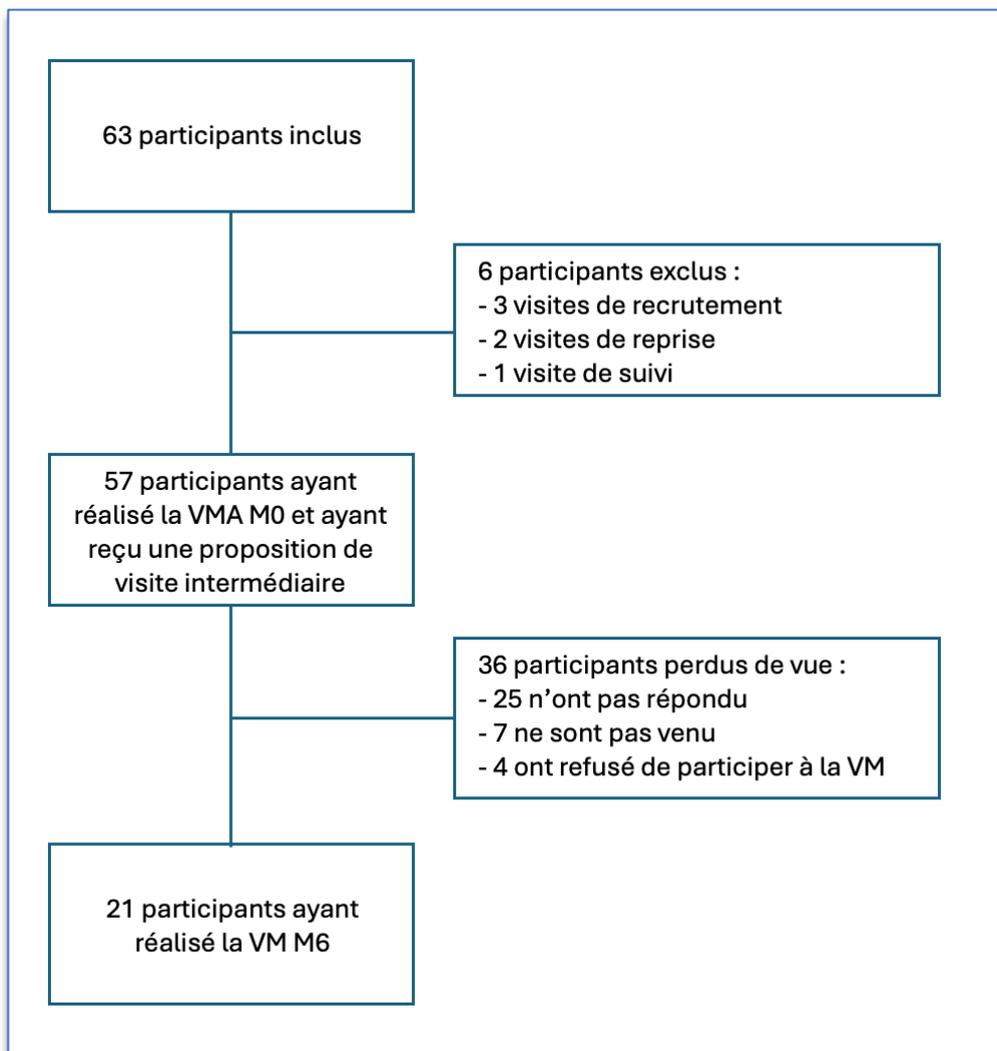


Figure 6 - Diagramme des flux

Population de l'étude

Les caractéristiques démographiques et cliniques des participants et des visites médicales sont détaillées dans le Tableau 7.

L'âge moyen des sapeurs-pompiers était de 44 ans, avec 3/4 d'entre ayant plus de 40 ans. 91% étaient des hommes. La majorité des visites (91 %) étaient des visites de maintien en activité, 84% étaient volontaires, avec une prédominance de sous-officiers (53%) et d'hommes du rang (37%) (Figure 7, Tableau 7)

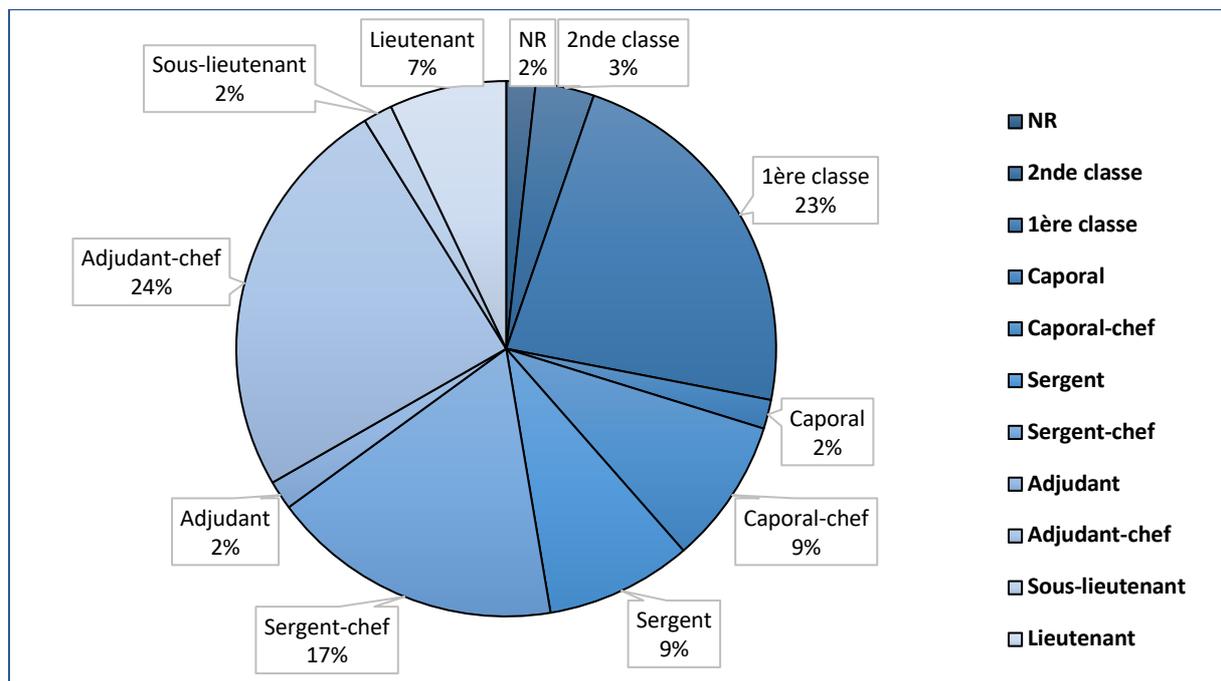


Figure 7 - Répartition des participants selon leurs grades¹⁷ (%)

Sur le plan morphologique, 49% des sapeurs-pompiers étaient en surpoids, 35% étaient obèses et 16% souffrait d'une obésité sévère (Figure 8).

¹⁷ Hommes du rang : 2nde classe, 1^{ère} classe, Caporal, Caporal-chef
Sous-officiers : Sergent, Sergent-chef, Adjudant, Adjudant-chef
Officiers : Sous-lieutenant (correspondant au grade d'ISP), lieutenant

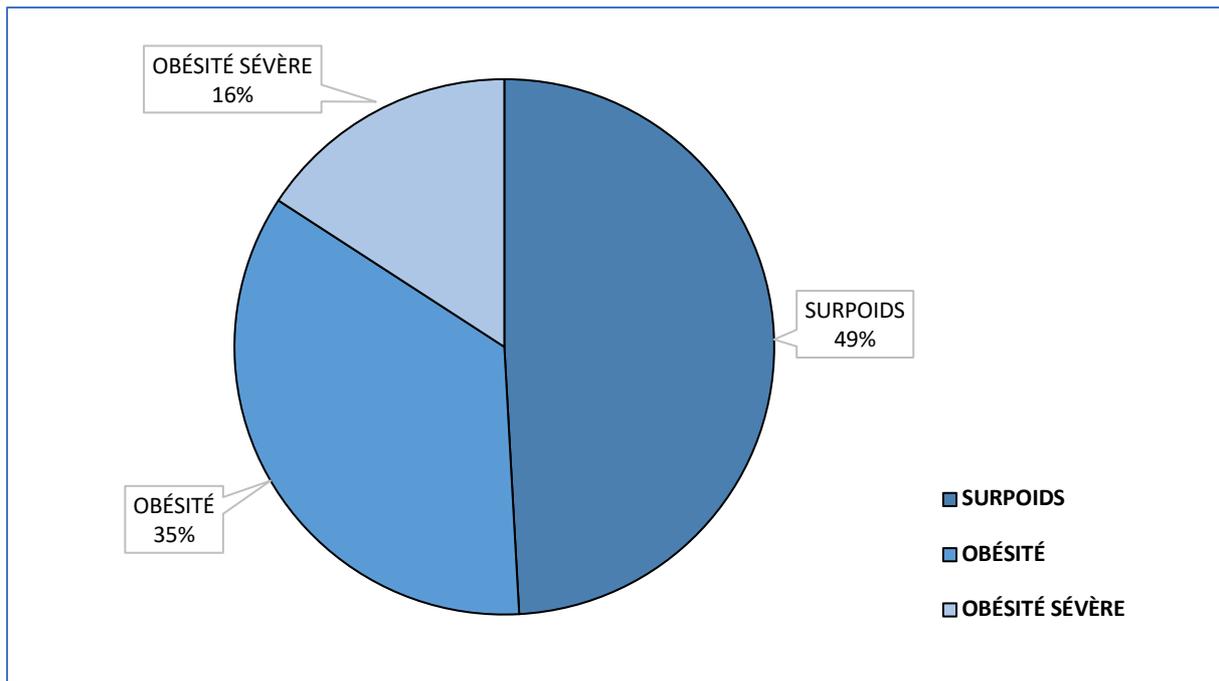


Figure 8 - Profils morphologiques des participants (%)

Les principaux facteurs de risques liés à leur surcharge pondérale étaient l'hérédité coronarienne (37%) et le tabagisme qu'il soit actif ou sevré (35%). Les dyslipidémies et l'HTA étaient respectivement présentes chez 25% et 16% des participants inclus. Un seul sapeur-pompier était diabétique.

Concernant les facteurs de risque d'obésité, les principaux évoqués étaient une alimentation trop riche (86%), la réduction ou l'arrêt des activités physiques (70%), les facteurs de risques professionnels tels que le stress ou les horaires décalés (65%), ainsi que la consommation de trop grandes portions (60%).

La consommation de tabac et d'alcool était retrouvée respectivement chez 23% et 25% des sapeurs-pompiers. Les troubles du sommeil étaient présents chez 44% d'entre eux. Un facteur génétique était retrouvé chez 39% des participants, qui avaient des antécédents familiaux d'obésité, et 23% avaient des antécédents personnels d'obésité durant l'enfance.

| | |
|--|---------|
| Effectif total | N= 57 |
| Âge - années | |
| Minimum - Maximum | 20 - 60 |
| Moyenne | 44 |
| Distribution | |
| 18 - 29 ans (%) | 8 (14) |
| 30 - 39 ans (%) | 7 (12) |
| 40 - 49 ans (%) | 25 (44) |
| ≥ 50 ans (%) | 17 (30) |
| Sexe | |
| Féminin (%) | 5 (9) |
| Masculin (%) | 52 (91) |
| Type visite | |
| Titularisation (%) | 5 (9) |
| Maintien en activité (%) | 52 (91) |
| Statut MSP | |
| Volontaire (%) | 55 (96) |
| Professionnel (%) | 2 (4) |
| Statut SP | |
| Volontaire (%) | 48 (84) |
| Professionnel (%) | 9 (16) |
| Grades | |
| Non-renseigné (%) | 1 (2) |
| Hommes du rang (%) | |
| 2 ^{nde} classe (%) | 2 (3) |
| 1 ^{ère} classe (%) | 13 (23) |
| Caporal (%) | 1 (2) |
| Caporal-chef (%) | 5 (9) |
| Sous-officiers (%) | |
| Sergent (%) | 5 (9) |
| Sergent-chef (%) | 10 (18) |
| Adjudant (%) | 1 (2) |
| Adjudant-chef (%) | 14 (25) |
| Officiers (%) | |
| Sous-lieutenant (%) | 1 (2) |
| Lieutenant (%) | 4 (7) |
| IMC | |
| Surpoids, 25-30 kg/m ² (%) | 28 (49) |
| Obésité, 30 - 35 kg/m ² (%) | 20 (35) |
| Obésité sévère, ≥ 35 kg/m ² (%) | 9 (16) |

| Autres facteurs de risque cardiovasculaire | |
|---|---------|
| HTA (%) | 9 (16) |
| Diabète (%) | 1 (2) |
| Dyslipidémie (%) | 14 (25) |
| Hérédité coronarienne (%) | 21 (37) |
| Tabagisme sévère ou actif (%) | 20 (35) |
| Facteurs de risque d'obésité | |
| Apports trop riches, trop dense en calories (%) | 49 (86) |
| Consommation de boissons sucrées (%) | 22 (39) |
| Consommation de grandes portions (%) | 34 (60) |
| Arrêt ou diminution de l'activité physique (%) | 40 (70) |
| Consommation de tabac (%) | 13 (23) |
| Consommation d'alcool (%) | 14 (25) |
| Prises médicamenteuses (%) | 13 (23) |
| Antécédents familiaux d'excès pondéral (%) | 22 (39) |
| Antécédent personnel d'excès pondéral (%) | 13 (23) |
| Grossesse et/ou ménopause (%) | 0 (0) |
| Diminution du sommeil (%) | 25 (44) |
| Troubles du comportement alimentaire (%) | 5 (9) |
| Troubles anxiodépressifs (%) | 4 (7) |
| Facteurs professionnels favorisant (stress, horaires décalés) (%) | 37 (65) |
| Nombre d'heures de sport hebdomadaires | |
| Minimum | 0h |
| Maximum | 18h |
| Moyenne | 3,4h |

Tableau 7 - Caractéristiques démographiques et cliniques des participants et des visites médicales, nb (%)

Critère de jugement principal : variation de la courbe pondérale du SP à 6 mois

Seuls les dossiers des participants ayant effectué les deux visites ont été analysés et comparés. Le poids moyen est resté stable entre la première visite (94kg) et la seconde (94,7kg) après 6 mois. La variation moyenne observée est de +0,7kg, avec des poids variant de 73,9kg à 122kg au début de l'étude et de 71,2kg à 122,6kg à la fin de l'étude (Tableau 8, Figure 9).

L'analyse plus détaillée montre que 67% ont pris du poids avec une moyenne de +2,2kg, alors que 33% en ont perdu avec une moyenne de -2,3kg.

Parmi ceux ayant pris du poids, 4 participants avaient une augmentation pondérale \leq 1kg, suggérant une possible cassure de leur courbe pondérale, plutôt qu'une véritable prise pondérale. Parmi ceux ayant perdu du poids, 2 participants avaient une diminution pondérale

≤ 1kg, suggérant une possible stabilisation pondérale plutôt qu'une véritable perte pondérale (Figure 10).

| | |
|--|---------|
| Effectif total | N = 21 |
| Poids - kg | |
| VMA M0 | |
| <i>Moyenne</i> | 94 |
| <i>Minimum</i> | 73,9 |
| <i>Maximum</i> | 122 |
| VM M6 | |
| <i>Moyenne</i> | 94,7 |
| <i>Minimum</i> | 71,2 |
| <i>Maximum</i> | 122,6 |
| Variation de la courbe pondérale - kg | |
| <i>Moyenne</i> | + 0,7 |
| <i>Minimum</i> | - 6,7 |
| <i>Maximum</i> | + 6,9 |
| Prise de poids - nombre (%) | 14 (67) |
| <i>Moyenne - kg</i> | + 2,2 |
| <i>Minimum - kg</i> | + 0,1 |
| <i>Maximum - kg</i> | + 6,9 |
| Perte de poids - nombre (%) | 7 (33) |
| <i>Moyenne - kg</i> | - 2,3 |
| <i>Minimum - kg</i> | - 0,7 |
| <i>Maximum - kg</i> | - 6,7 |

Tableau 8 – Critère de jugement principal, évolution de la courbe pondérale à 6 mois (kg)

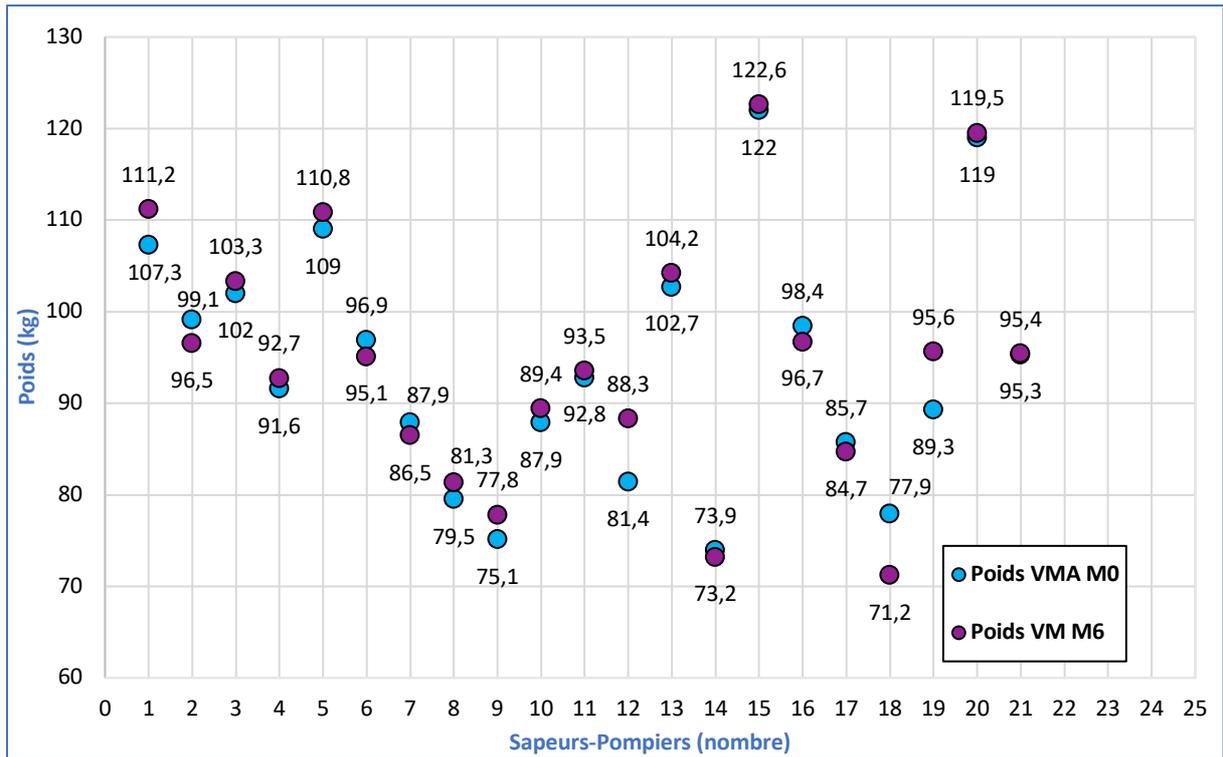


Figure 9 - Poids à VMA M0 et à VM M6 pour chaque participant

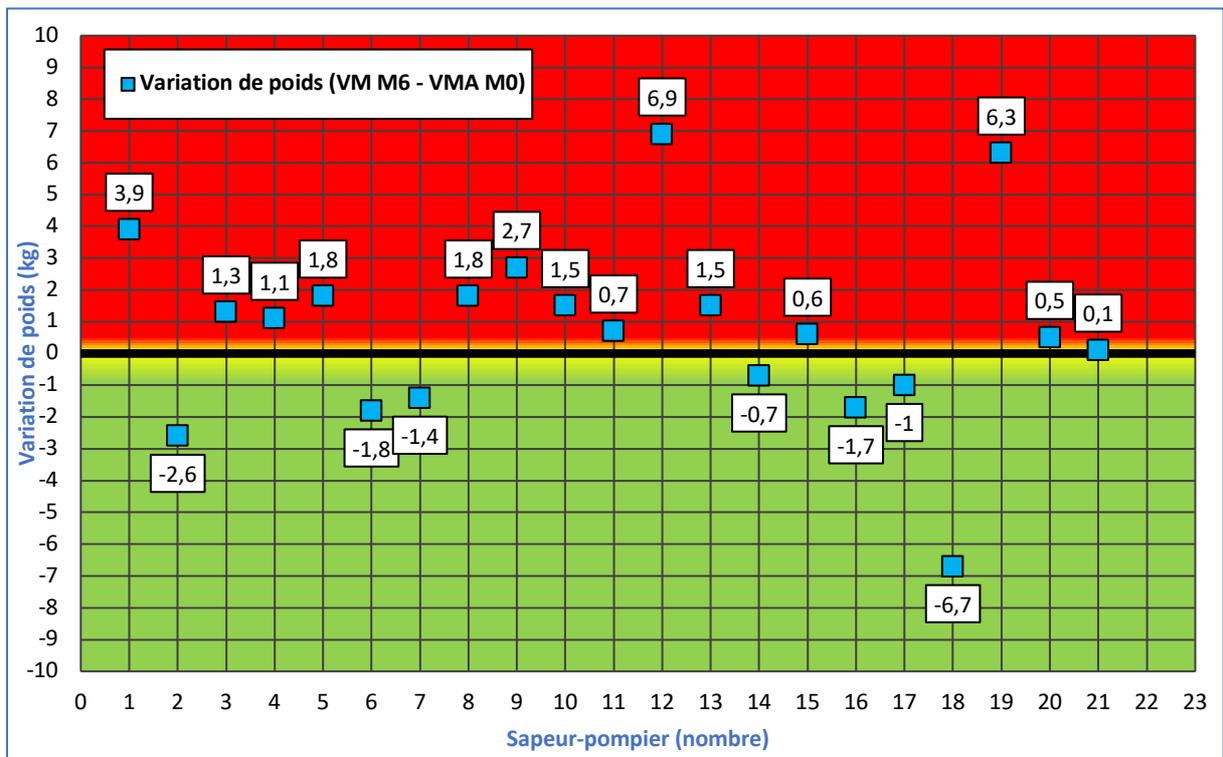


Figure 10 - Variation de la courbe pondérale à 6 mois (kg) pour chaque participant

Critère de jugement secondaire : variation des profils tensionnels systolique et diastolique du SP à 6 mois

De la même façon, seuls les dossiers des participants ayant effectué les deux visites ont été analysés et comparés. Les pressions artérielles systolique (PAS) et diastolique (PAD) moyennes sont restées relativement stables entre la première visite (139/84mmHg) et la seconde (135/83mmHg) à 6 mois. La variation moyenne de la PAS est de -3mmHg et celle de la PAD est de -1mmHg avec des variations allant de 113/63mmHg à 160/100mmHg au début de l'étude et de 120/70mmHg à 149/96mmHg à la fin de l'étude.

L'analyse des sous-groupes révèle une variation divergente chez ceux ayant pris du poids, avec une diminution de la PAS de -2,3mmHg et d'une augmentation de la PAD de +1,4mmHg. A l'inverse, ceux ayant perdu du poids présentent une variation convergente, avec une diminution de la PAS de -5,3mmHg et de la PAD de -4,9mmHg (Tableau 9).

L'analyse détaillée des profils tensionnels systolique et diastolique montre que :

- 10 participants avaient une PAS \geq 140mmHg et 11 participants avaient une PAS < 140mmHg (Figure 11). Parmi ceux avec une PAS \geq 140mmHg, 6 sont restés au-dessus de ce seuil mais avec une tendance à la diminution (PAS maximale de 149mmHg), et 4 ont normalisé leur PAS. Pour ceux avec une PAS < 140 mmHg, tous sont restés en-dessous de ce seuil mais avec des variations hétérogènes (2 en diminution, 1 stable et 8 en augmentation) (Figure 11).
- 7 participants avaient une PAD \geq 90mmHg et 14 une PAD < 90mmHg (Figure 11, Figure 12). Parmi ceux avec une PAD \geq 90mmHg, 3 sont restés au-dessus de ce seuil mais avec des variations allant de la stabilité à une légère augmentation, et 4 ont normalisé leur PAD. Pour ceux avec une PAD < 90 mmHg, 4 ont vu leur PAD dépasser ce seuil (PAD maximale de 96mmHg). Les autres ont conservés des valeurs dans les objectifs, bien que les variations étaient hétérogènes (5 en diminution, 1 stable et 4 en augmentation) (Figure 12).

| | |
|---|-----------|
| Effectif total | N = 21 |
| Profil tensionnel - mmHg | |
| VMA M0 | |
| <i>Moyenne PAS / PAD</i> | 139 / 84 |
| <i>Minimum PAS / PAD</i> | 113 / 63 |
| <i>Maximum PAS / PAD</i> | 160 / 100 |
| VM M6 | |
| <i>Moyenne PAS / PAD</i> | 135 / 83 |
| <i>Minimum PAS / PAD</i> | 123 / 70 |
| <i>Maximum PAS / PAD</i> | 149 / 96 |
| Variation du profil tensionnel de la PAS - mmHg) | |
| Moyenne | - 3 |
| Minimum | - 30 |
| Maximum | + 10 |
| Variation du profil tensionnel de la PAD - mmHg | |
| Moyenne | - 1 |
| Minimum | - 13 |
| Maximum | + 16 |
| Variation du profil tensionnel par sous-groupes | |
| Prise de poids - nombre (%) | 14 (67) |
| PAS | |
| <i>Moyenne - mmHg</i> | -2,3 |
| <i>Minimum - mmHg</i> | -17 |
| <i>Maximum - mmHg</i> | + 10 |
| PAD | |
| <i>Moyenne - mmHg</i> | + 1,4 |
| <i>Minimum - mmHg</i> | - 12 |
| <i>Maximum - mmHg</i> | + 16 |
| Perte de poids - nombre (%) | 7 (33) |
| PAS | |
| <i>Moyenne - mmHg</i> | - 5,3 |
| <i>Minimum - mmHg</i> | - 30 |
| <i>Maximum - mmHg</i> | + 9 |
| PAD | |
| <i>Moyenne - mmHg</i> | - 4,9 |
| <i>Minimum - mmHg</i> | - 13 |
| <i>Maximum - mmHg</i> | + 5 |

Tableau 9- Critère de jugement secondaire, évolution du profil tensionnel à 6 mois (mmHg)

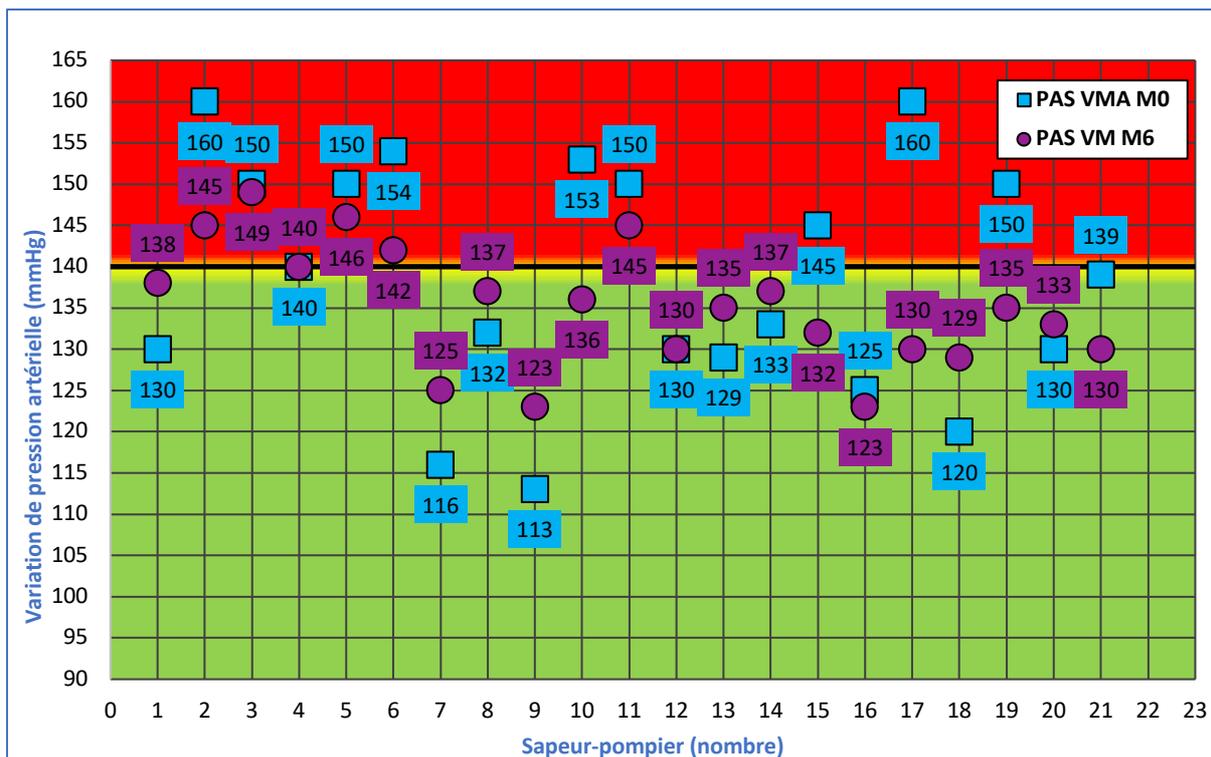


Figure 11 - Pression artérielle systolique à VMA M0 et à VM M6 pour chaque participant

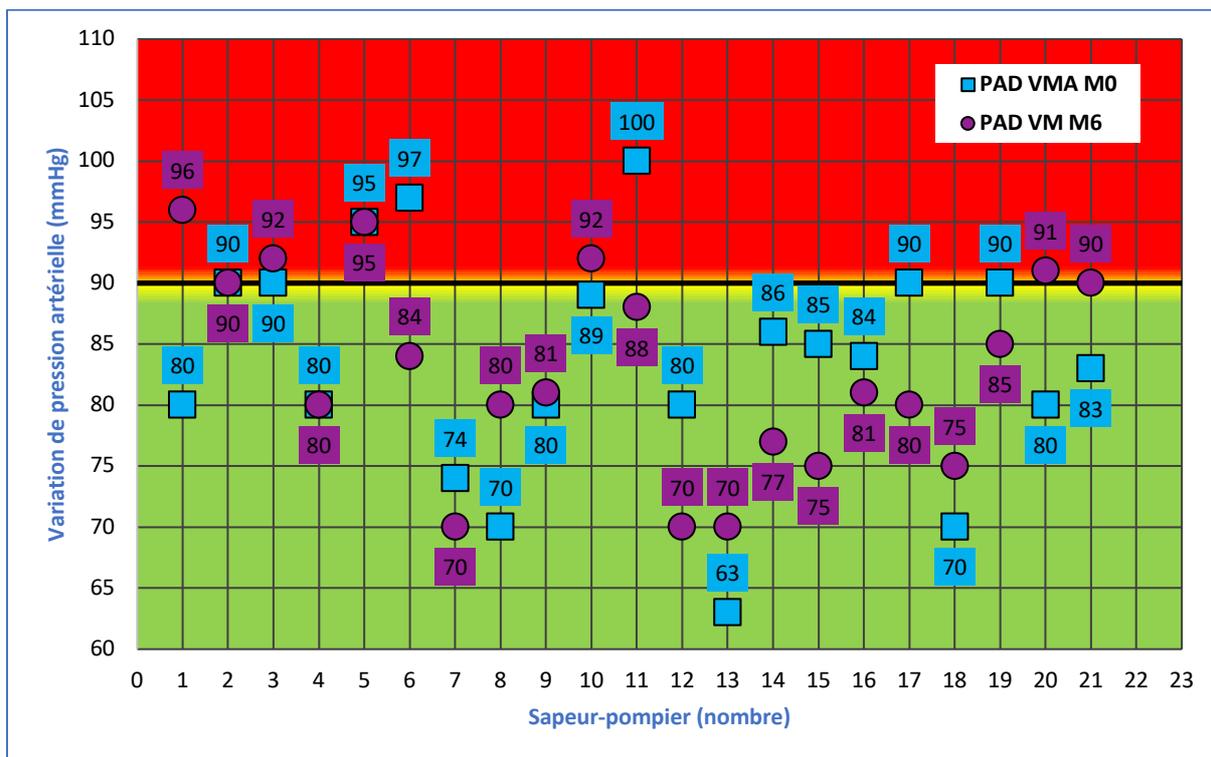


Figure 12 - Pression artérielle diastolique à VMA M0 et à VM M6 pour chaque participant

DISCUSSION

Cette étude suggère que l'accompagnement du médecin de sapeur-pompier n'a pas d'impact majeur sur la courbe pondérale du sapeur-pompier en excès de poids, à 6 mois. La variation pondérale était faible avec une augmentation moyenne de 0,7kg. Globalement, 2/3 des participants ont stabilisé ou pris du poids tandis que 1/3 ont stabilisé ou perdu du poids.

Étant donné la diversité des profils des participants, nous avons évalué d'autres paramètres tels que le tour de taille et l'impédancemétrie, afin de préciser les caractéristiques de ces individus dans les deux sous-groupes. Concernant le tour de taille, une tendance à la diminution a été observée dans l'ensemble des participants, avec une réduction moyenne de 1,5cm. Cette diminution semblait plus importante dans le sous-groupe ayant perdu du poids (-4,7cm vs -0,3cm).

En ce qui concerne l'impédancemétrie, les résultats étaient divergents. Bien que cette étude suggère une prise de poids globale de 0,7kg, l'analyse de la composition corporelle révèle une diminution moyenne de la masse grasse (MG) de -7,2kg et une augmentation moyenne de la masse musculaire (MM) de +0,5kg. Cela interroge sur le fait que pour certains participants, la prise de poids pourrait être liée à une augmentation de la MM plutôt qu'à une augmentation de la MG.

Dans le sous-groupe ayant pris du poids, la variation moyenne de la MG était de +0,9kg, avec une perte maximale de -7,2kg et la variation moyenne de la MM était de +1,5kg, avec un gain maximal de +10,7kg. A l'inverse, dans le sous-groupe ayant perdu du poids, on observait une variation moyenne de la MG de -1,7kg, avec une perte maximale de -3,8kg et la variation moyenne de la MM était de -1,4kg, avec un gain maximal de +0,9kg de MM.

À l'échelle individuelle, comme c'est le cas lors des visites médicales, un participant présentait les caractéristiques suivantes : prise de poids de +0,5kg, IMC de 36,9kg/m² vs 36,7kg/m², MG de 40,5kg vs 47,7kg, MM de 79kg vs 69,3kg et une réduction de 2cm de tour de taille. Dans ce cas précis, la prise de poids semble probablement liée à une reprise du sport et un rééquilibrage alimentaire.

Ces observations sont en accord avec une étude américaine qui évaluait la prévalence de l'obésité chez les athlètes (35). Bien que ces derniers soient souvent classés en surpoids ou

obèses en raison de leur IMC, il est essentiel de différencier une augmentation de la MM d'une prise concomitante de MG, particulièrement dans certains sports comme le football.

Même si l'augmentation de la MM est prédominante, l'accumulation de MG majore le risque cardiovasculaire, avec des conséquences telles que l'apparition d'un syndrome métaboliques, des maladies cardiovasculaires, respiratoires et de l'appareil locomoteur comme l'arthrose. Cette étude insiste sur l'importance des dangers de l'obésité, y compris chez les sportifs, et souligne l'importance d'analyser la composition corporelle au-delà de l'IMC.

Cela illustre l'intérêt de poursuivre l'utilisation de ces autres marqueurs lors des visites médicales afin de mieux cibler les besoins individuels et de définir des objectifs précis. Cela permettrait d'optimiser l'accompagnement des sapeurs-pompiers en excès de poids, en insistant sur la prévention systématique des risques cardiovasculaires.

L'impédancemétrie reste une méthode simple, non invasive et utile pour une première évaluation de la composition corporelle. Par ailleurs, étant donné le stress souvent associé au « passage sur la balance », il pourrait être bénéfique d'expliquer en détail la composition corporelle aux participants afin de les encourager à poursuivre leurs efforts ou pour appuyer la nécessité de perdre du poids en raison des risques cardiovasculaires, quel que soit le profil et ce malgré une masse musculaire potentiellement importante ([Tableau 10](#)).

Concernant les paramètres tensionnels, cet accompagnement semble avoir un impact sur la pression artérielle systolique (PAS) du sapeur-pompier en excès de poids à 6 mois, avec une diminution moyenne de 3mmHg. A l'inverse, il ne semble pas y avoir d'impact sur la pression artérielle diastolique (PAD) avec une diminution moyenne de seulement 1mmHg.

Pour appuyer nos observations, une étude américaine a évalué l'impact des conseils de perte de poids délivrés par un professionnel de santé sur une période de 6 mois chez des pompiers en excès de poids (36). Un questionnaire similaire à celui utilisé dans notre étude a été utilisé, intégrant des données telles que l'impédancemétrie, le tour de taille et la tension artérielle. De plus, ils ont inclus la recherche de syndrome métabolique par des prélèvements sanguins. Leur échantillon était important (N = 757). Les résultats de cette étude montraient une perte de poids moyenne de -0,55kg sans lien significatif évident entre les conseils de perte de poids et la variation pondérale, et une réduction significative de la PAS de -3,75mmHg.

Concernant la variation de poids, leurs résultats révèlent une tendance globale à la perte, contrairement à nos résultats qui montrent une tendance globale à la prise de poids. Cependant, les valeurs absolues restent proches 0,55kg pour eux contre 0,77kg pour nous.

Pour la tension artérielle, les résultats sont également similaires avec une diminution de 3,75mmHg pour eux et 3mmHg pour nous.

Leur étude conclut que des conseils de faible intensité ont un impact limité, soulignant l'importance de mettre en œuvre des interventions plus fréquentes et de plus grande intensité. Bien que notre étude soit descriptive et d'une taille d'échantillon plus faible ne permettant pas d'obtenir des résultats significatifs, nos observations concernant l'absence d'impact sur la courbe pondérale et un possible impact sur la PAS sont cohérentes avec les leurs.

Pour approfondir, nous avons évalué la perception par le sapeur-pompier, de la sensibilisation sur les différents axes de la prise en charge de l'excès de poids : Nutrition, Sport, Sommeil et Psychologie.

Lors de la première visite VMA M0, le MSP indiquait les axes sur lesquels il estimait avoir sensibilisé les SP, tandis que les participants exprimaient leur perception de cette sensibilisation à la visite médicale intermédiaire VM M6.

Les résultats montrent qu'à la première visite, les MSP estimaient avoir sensibilisé 95,2% des participants sur la nutrition, 85,7% sur le sport, 57,1% sur le sommeil et 33,3% sur le volet psychologique (soit 3 participants). Cependant, à la visite intermédiaire, la perception de la sensibilisation avait globalement diminué d'environ de moitié pour chaque axe. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette diminution : communication insuffisante, manque de clarté, rapidité des interventions.

Il est également possible que le volet psychologique ait été moins abordé, possiblement pour des raisons de facteurs culturels qui pourraient limiter la discussion sur cet aspect chez certains participants (Tableau 11).

Nous avons également évalué les actions proposées par le MSP pour la prise en charge, ainsi que la perception des sapeurs-pompiers à 6 mois concernant ces actions : celles proposées et menées, celles proposées mais refusées, et celles non proposées selon les SP.

Il ressort que, globalement, les actions non proposées étaient plus nombreuses que celles proposées par le MSP, 50% ou plus. Lors de la visite médicale initiale VMA M0, les MSP ont

déclaré avoir orienté les participants vers la diététicienne pour 50% d'entre eux, le nutritionniste pour 33%, le médecin traitant et l'EAP pour 19%, et le psychologue pour seulement 5%.

Le fait que seulement 5% des participants aient été orientés vers un psychologue (1 seul participant) est cohérent avec la tendance observée plus haut, concernant la faible sensibilisation sur le volet psychologique. Par ailleurs, il est surprenant de constater qu'il y a une plus grande proposition de consultations avec une diététicienne par rapport à un nutritionniste, bien que ce dernier soit pris en charge par la sécurité sociale, s'il exerce en secteur 1.

A la visite médicale intermédiaire VM M6, en excluant les 5 SP qui ont mentionné des conseils non déclarés par le MSP, seulement 41% des actions ont été perçues comme effectivement proposées et menées par le SP, alors que 10% ont été refusées.

Le psychiatre, le MKDE et l'infirmier spécialisé n'ont jamais été proposé ou perçus comme tel par les SP.

Concernant les autres actions proposées, un seul médecin déclarait avoir proposé une chirurgie bariatrique. 5 SP déclaraient avoir perçu des propositions non déclarées par le MSP qui correspondaient au respect des règles hygiéno-diététiques pour 3 d'entre eux et d'essayer des méthodes alternatives telles que l'auriculothérapie. L'un d'eux a pensé qu'on lui avait proposé un accompagnement médical ([Tableau 12](#), [Figure 13](#) et [Figure 14](#)).

Par ailleurs, les données déclaratives ont limité l'analyse de ces deux dernières observations en sous-groupes, car les SP craignaient de nuire au MSP s'ils indiquaient qu'ils n'avaient pas été sensibilisés ou certaines actions n'avaient pas été proposées.

Ces deux observations renforcent l'idée qu'il est essentiel de mettre en œuvre davantage de ressources et d'améliorer la stratégie de communication pour optimiser l'accompagnement proposé par le MSP lors des visites médicales.

Dans notre population, nous avons identifié plusieurs facteurs de risques d'excès de poids, dont principalement des difficultés à préparer des repas sains, une réduction ou un arrêt des activités physiques, ainsi que des facteurs de risques professionnels tels que le stress et les horaires décalés. Nous avons également noté des troubles du sommeil chez une partie des participants.

Ces résultats sont en accord avec les données existantes. Une étude américaine a identifié les barrières perçues par les pompiers dans leur perte de poids (37). Les principales barrières identifiées étaient le manque de temps (horaires de travail irréguliers, longues périodes de travail), l'environnement obésogène (difficulté à préparer des repas sains et le manque de soutien social), le stress professionnel et personnel, ainsi que le manque de ressources mises à disposition par leur institution (conseils nutritionnels et programmes de sport).

Il est essentiel de noter que, bien que notre étude ait un échantillon plus réduit et soit observationnelle, nos résultats sont cohérents avec ceux de l'étude américaine dont la puissance est supérieure de part un échantillon de grande taille avec $N > 2000$ et d'autre part une méthode plus approfondie incluant une analyse multivariée.

Une revue systématique de la littérature sur la prévalence mondiale du syndrome métabolique chez les pompiers, a révélé une prévalence de 22,3% pour le syndrome métabolique, avec 37,9% des pompiers présentant une obésité abdominale. De plus, 37,9% étaient en surpoids et 36,6% étaient obèses (38). Cette étude a montré que le syndrome métabolique était plus fréquent chez les pompiers que dans la population générale, soulignant la nécessité d'une surveillance régulière et systématique, incluant les tests sportifs et les visites médicales périodiques. Ces résultats appuient notre étude, qui a également observé une proportion élevée de pompiers obèses et en surpoids, en lien avec notre population cible. Cette observation renforce l'importance du dépistage systématique lors des visites de prévention périodiques et de la pertinence de poursuivre le dépistage avec les indicateurs de la condition physique (ICP).

En ce qui concerne les ICP, lors de la deuxième session, l'IMC moyen était de $30,5 \text{ kg/m}^2$, avec un IMC minimal de $25,2 \text{ kg/m}^2$. La comparaison des résultats des deux sessions révèle que le test de Luc Léger, utilisé comme référence pour évaluer l'endurance et la capacité cardio-respiratoire des sapeurs-pompiers, est le plus impacté par l'excès de poids, même après ajustement du barème en fonction de l'âge (Tableau 13).

L'un des points intéressants de notre étude est l'évaluation du retentissement de l'excès pondéral à M0 et M6, réalisée à l'aide d'une échelle de Lickert de 0 à 10, définie comme suit :

- 0 : Absence de retentissement
- 1 : Retentissement minime
- 2 : Léger retentissement

- 3 ou 4 : Retentissement léger à modéré
- 5 : Retentissement modéré
- 6 ou 7 : Retentissement modéré à sévère
- 8 : Retentissement sévère
- 9 : Retentissement très sévère
- 10 : Retentissement extrêmement sévère

Cette évaluation a montré une diminution marquée de la proportion de participants estimant que leur excès de poids n'affectait pas divers aspects tels que la qualité de vie, la vie sociale, la vie sexuelle, le bien-être psychologique, la gêne respiratoire (dyspnée d'effort) et la gêne locomotrice (arthralgies) entre la visite initiale VMA M0 et la visite intermédiaire VM M6. Plus de 50% des participants qui lors de la visite initiale ne déclaraient aucun retentissement de leur excès de poids sur leur qualité de vie, leur vie sexuelle ou leur gêne respiratoire, ont ensuite reconnu qu'un retentissement était présent lors de la visite intermédiaire. De même, 45% des participants qui ne déclaraient aucun retentissement sur leur vie sexuelle et 33% de ceux qui ne déclaraient aucune gêne locomotrice, ont finalement déclaré qu'un retentissement était présent.

Par ailleurs, certains participants qui n'avaient pas mentionné de retentissement lors de la première visite, ont signalé un retentissement extrêmement sévère sur le bien être psychologique, la gêne respiratoire et la vie sexuelle, lors de la visite intermédiaire. Étant donné que nous avons réalisé la seconde consultation, nous savons qu'un temps plus important été accordé aux participants, à distance d'un état potentiel de sidération initial lié à l'annonce de l'excès de poids et à l'abri du risque d'inaptitude, ce qui a facilité l'expression de gênes ou de traumatismes qui n'avaient encore jamais été exprimés lors d'une visite médicale.

Ces observations soulignent l'importance de consacrer un temps suffisant aux consultations, de prévoir des reconvoctions si nécessaire, et de travailler à améliorer la communication avec les patients afin de renforcer l'alliance thérapeutique. Elles mettent également en évidence le besoin d'un dépistage systématique afin de dissocier la prévention de l'excès pondéral de la crainte d'une sanction par inaptitude chez les sapeurs-pompiers ([Figure 15](#), [Figure 16](#), [Figure 17](#), [Figure 18](#), [Figure 19](#) et [Figure 20](#)).

| | Total N= 15 | Prise de poids N =11 | Perte de poids N = 4 |
|--|----------------|-------------------------|-------------------------|
| Variation du tour de taille (TT) - cm | | | |
| Moyenne | -1,5 | -0,3 | -4,7 |
| | Total N= 21 | Prise de poids N =14 | Perte de poids N = 7 |
| Variation de l'IMC - (kg/m²) | | | |
| Moyenne | +0,2 | +0,7 | -0,8 |
| Variation de Masse Grasse (MG) - kg | | | |
| Moyenne | 0 | +0,9 | -1,7 |
| Minimum | -7,2 | -7,2 | -3,8 |
| Maximum | +4,9 | +4,9 | +1,2 |
| Variation de Masse Musculaire (MM) - kg | | | |
| Moyenne | +0,5 | +1,5 | -1,4 |
| Minimum | -5,6 | -5,6 | -2,9 |
| Maximum | +10,7 | +10,7 | +0,9 |

Tableau 10 – Variations à 6 mois du TT, de l'IMC, de la MG et de la MM

| | |
|--|-----------|
| Effectif total | N = 21 |
| Sensibilisation réalisée VMA M0 | |
| Nutrition (%) | 20 (95,2) |
| Sport (%) | 18 (85,7) |
| Sommeil (%) | 12 (57,1) |
| Psychologie (%) | 7 (33,3) |
| Sensibilisation ressentie VM M6 | |
| Nutrition (%) | 12 (57,1) |
| Sport (%) | 12 (57,1) |
| Sommeil (%) | 7 (33,3) |
| Psychologie (%) | 3 (14,3) |

Tableau 11 - Sensibilisation réalisée vs ressentie à 6 mois sur les différents axes de prise en charge de l'excès pondéral

| Nombre (%) | VMA M0 – Selon le MSP | | VM M6 - Selon le SP | | |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------|
| | Action proposée | Action non proposée | Action proposée et menée | Action proposée et refusées | Action non proposée |
| Nutritionniste | 7 (33) | 14 (67) | 2 (9) | 1 (5) | 18 (86) |
| Médecin traitant | 4 (19) | 17 (81) | 1 (5) | 0 (0) | 20 (95) |
| Diététicienne | 11 (52) | 10 (48) | 4 (19) | 1 (5) | 16 (76) |
| Infirmier spécialisé | 0 (0) | 21 (100) | 0 (0) | 0 (0) | 21 (100) |
| MKDE | 0 (0) | 21 (100) | 0 (0) | 0 (0) | 21 (100) |
| EAP | 4 (19) | 17 (81) | 2 (9) | 1 (5) | 18 (86) |
| Professionnel du sport | 1 (5) | 20 (95) | 1 (5) | 0 (0) | 20 (95) |
| Psychologue | 1 (5) | 20 (95) | 1 (5) | 0 (0) | 20 (95) |
| Psychiatre | 0 (0) | 21 (100) | 0 (0) | 0 (0) | 21 (100) |
| Autres | 1 (5) | 20 (95) | 6 (20) | 0 (0) | 15 (71) |

Tableau 12 - État des lieux des actions proposées ou non par le MSP à la VMA M0, réévaluées par le SP à la VMA M6

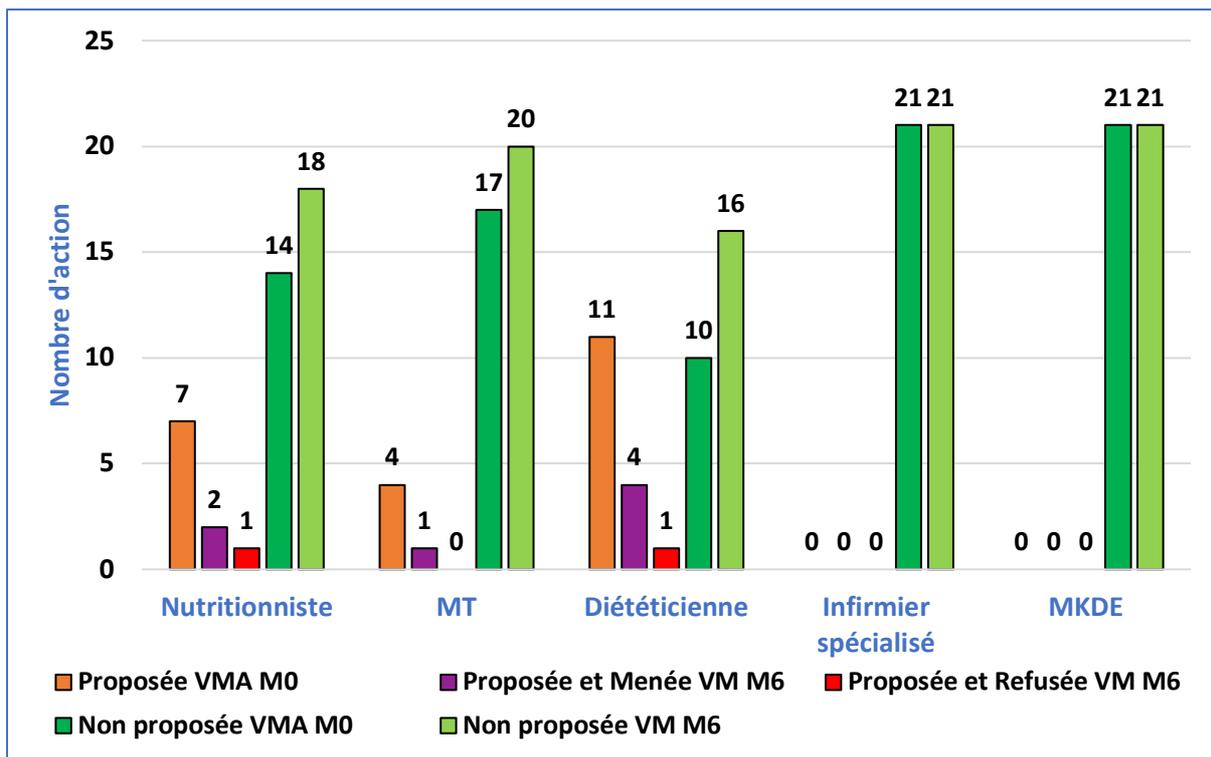


Figure 13 - État des lieux des actions proposées ou non par le MSP à la VMA M0, réévaluées par le SP à la VM M6 (1/2)

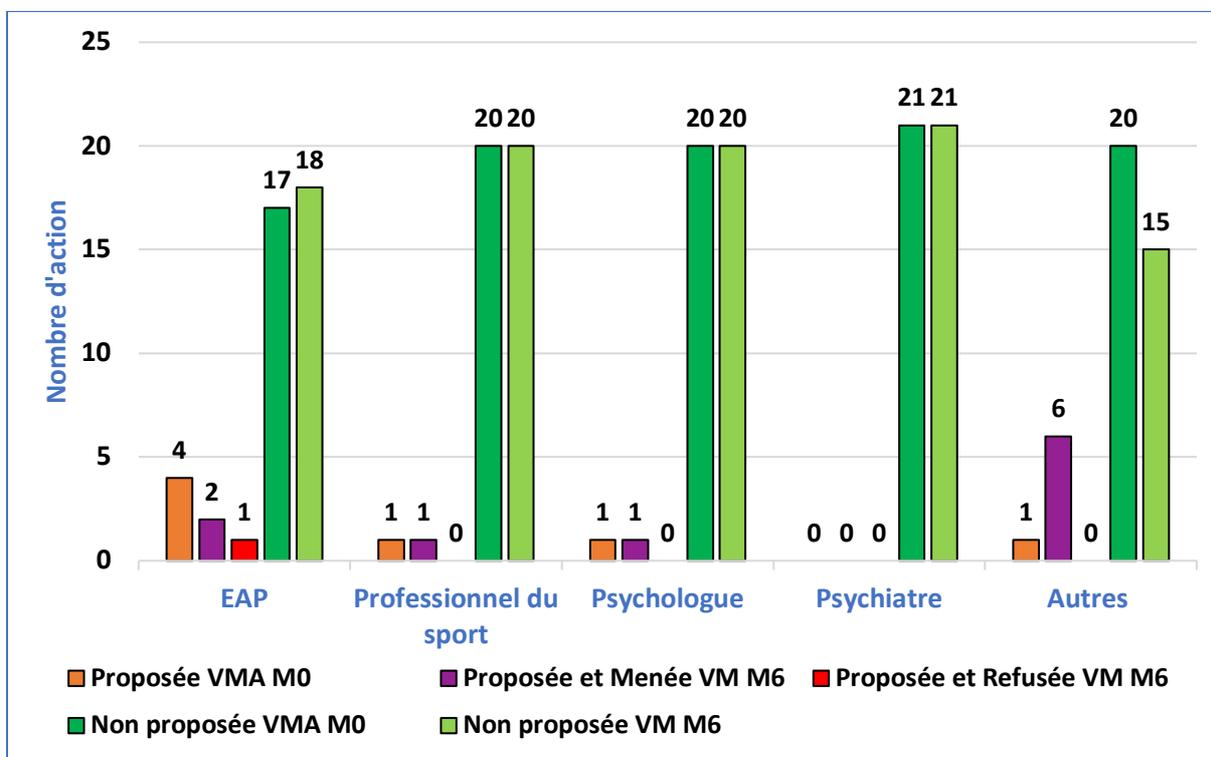


Figure 14 - État des lieux des actions proposées ou non par le MSP à la VMA M0, réévaluées par le SP à la VM M6 (2/2)

| Résultats | Moins bons | Équivalents | Meilleurs |
|-------------------------------|------------|-------------|-----------|
| Prise de poids (N = 8) | | | |
| Pompes (%) | 2 (25) | 2 (25) | 4 (50) |
| Souplesse (%) | 3 (37,5) | 2 (25) | 3 (37,5) |
| Gainage (%) | 4 (50) | 1 (12,5) | 3 (37,5) |
| Luc léger (%) | 6 (75) | 2 (25) | 0 (0) |
| Killy (%) | 4 (50) | 0 (0) | 4 (50) |
| Perte de poids (N = 5) | | | |
| Pompes (%) | 0 (0) | 1 (20) | 4 (80) |
| Souplesse (%) | 2 (40) | 1 (20) | 2 (40) |
| Gainage (%) | 1 (20) | 0 (0) | 4 (80) |
| Luc léger (%) | 3 (60) | 1 (20) | 1 (20) |
| Killy (%) | 0 (0) | 0 (0) | 5 (100) |

Tableau 13 - Variation à 6 mois des ICP par rapport à la variation de la courbe pondérale

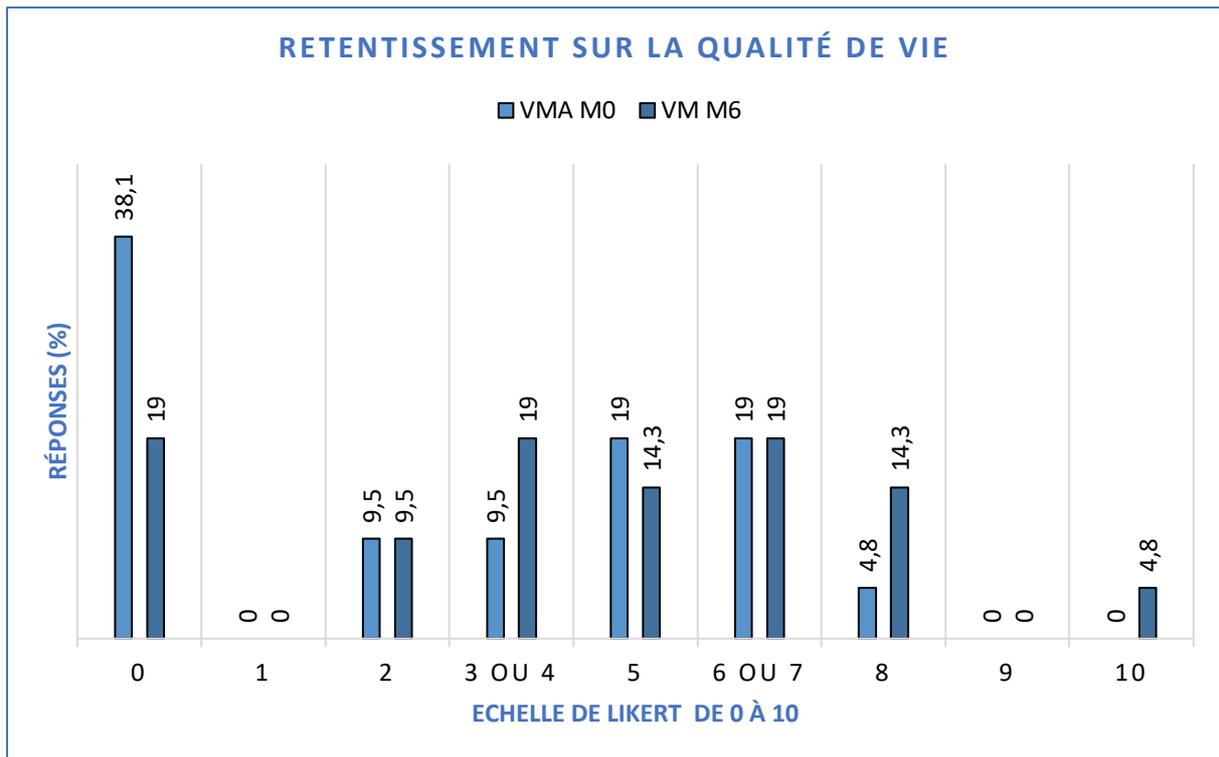


Figure 15 - Comparaison du retentissement sur la qualité de vie à VM M0 et VM M6

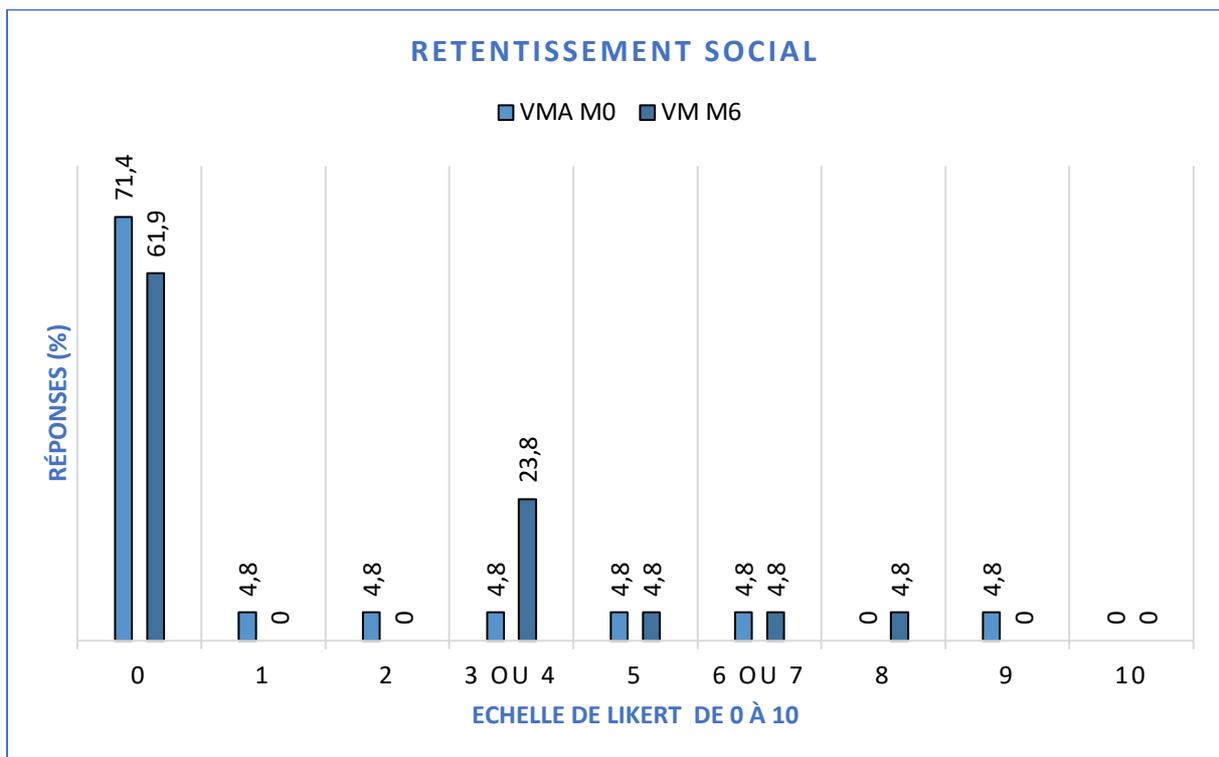


Figure 16 - Comparaison du retentissement social à VM M0 et VM M6

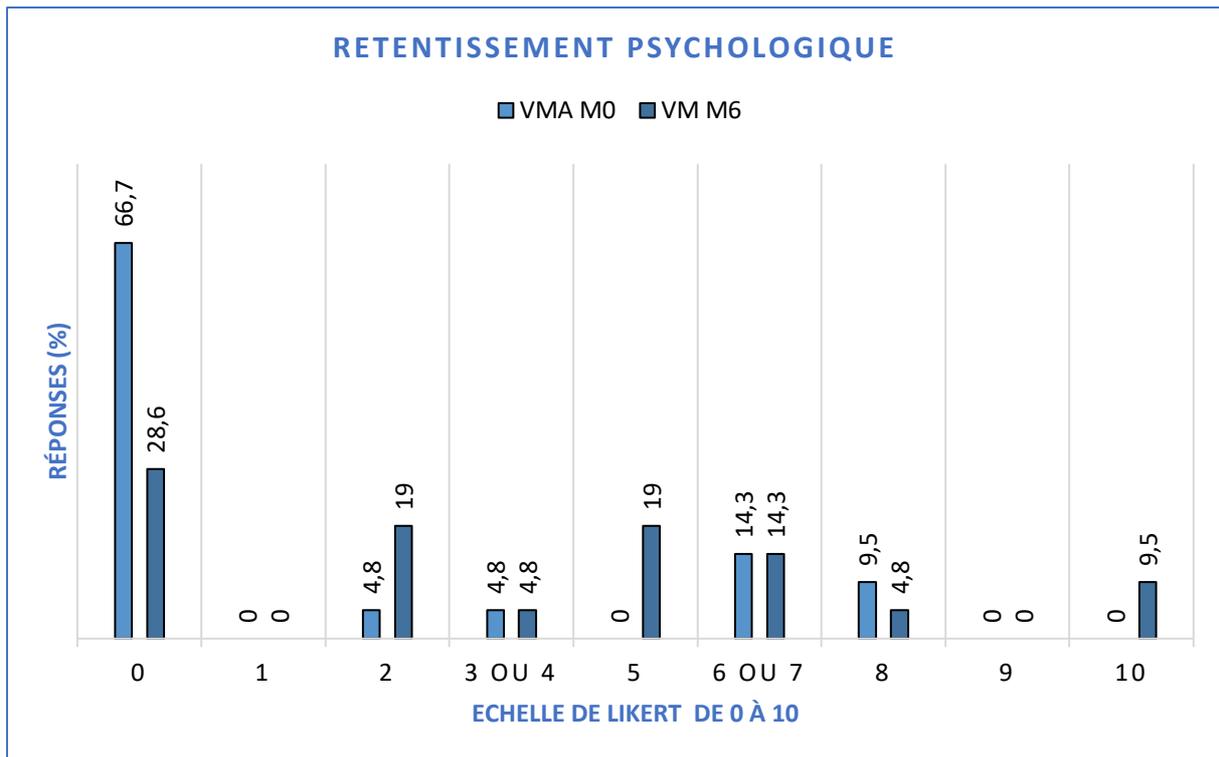


Figure 17 - Comparaison du retentissement psychologique à VM M0 et VM M6

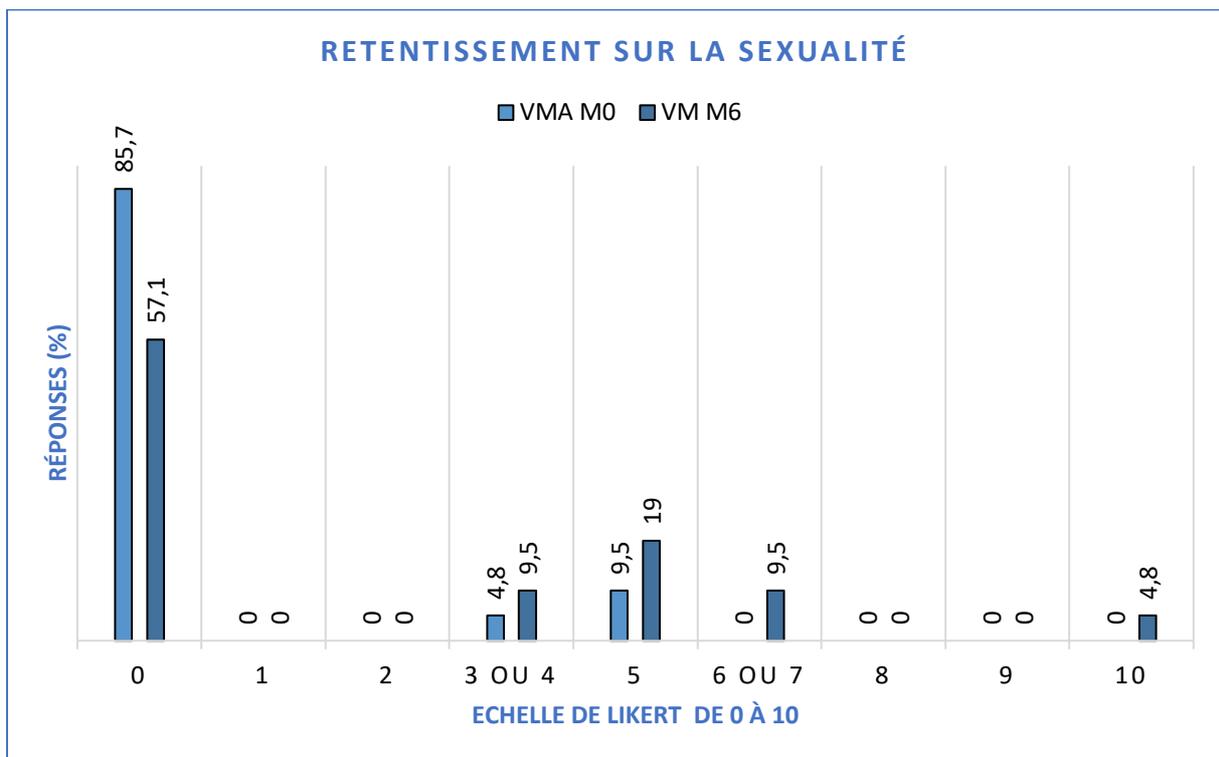


Figure 18 - Comparaison du retentissement sur la sexualité à VM M0 et VM M6

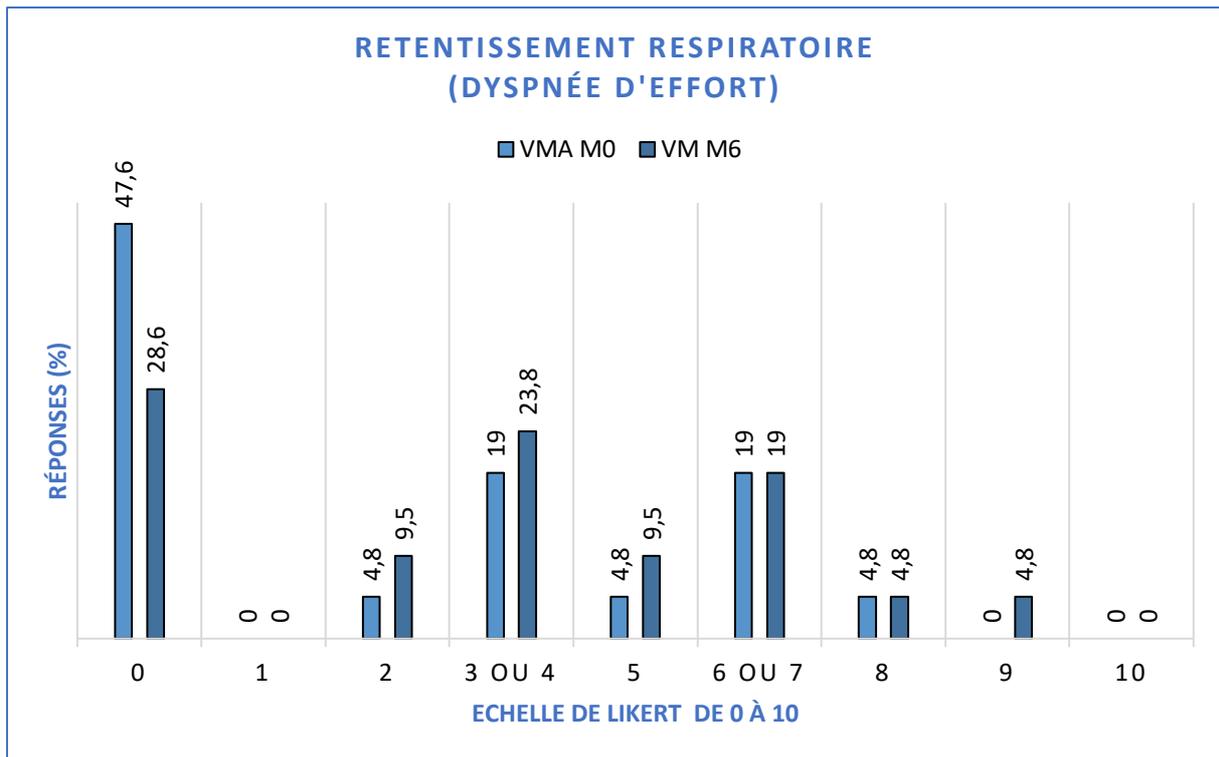


Figure 19 - Comparaison du retentissement respiratoire à VM M0 et VM M6

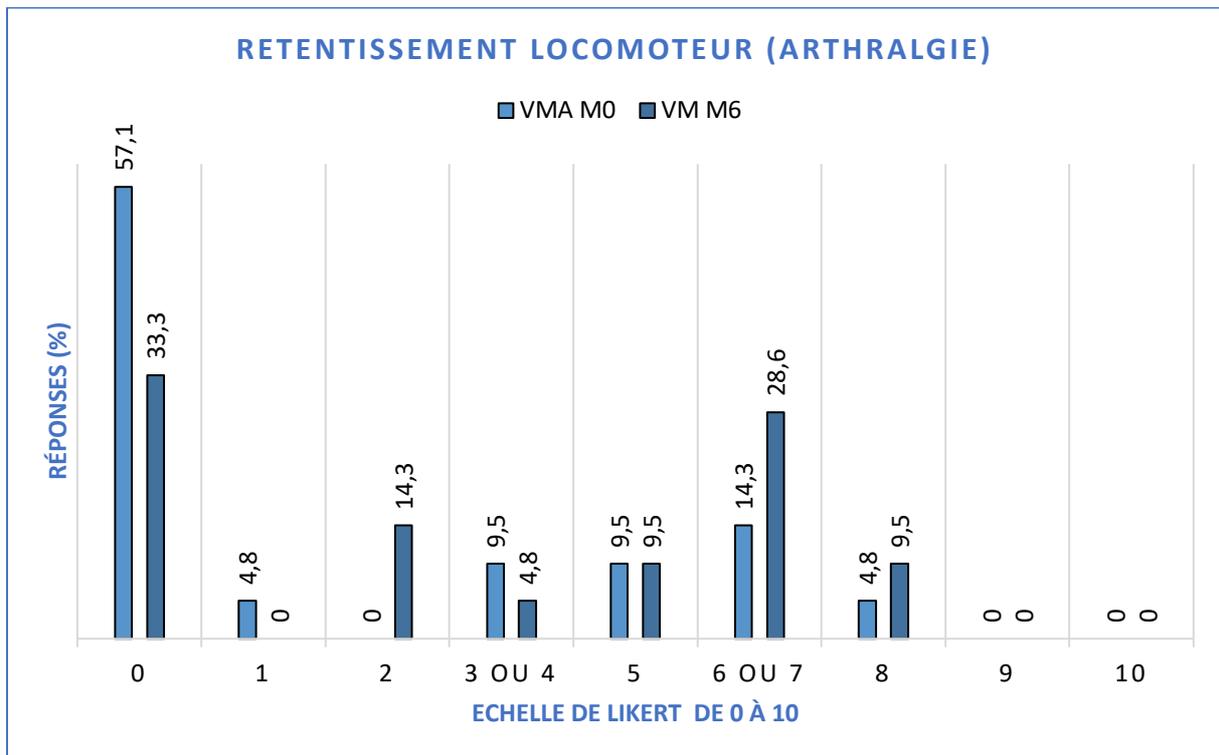


Figure 20 - Comparaison du retentissement locomoteur à VM M0 et VM M6

Limites

Cette étude présente quelques limites.

La première est un manque de puissance lié à un effectif réduit par un grand nombre de perdus de vue (2/3 des inclus), ce qui peut entraîner un biais de migration.

La seconde limite est liée à la durée de l'étude qui était de 6 mois. En effet, la prise en charge de l'excès de poids étant longue, la durée en elle-même pourrait constituer une limite dans l'interprétation de nos résultats.

Une troisième limite est un biais de déclaration, en raison du fait que certains sapeurs-pompiers ont pu ne pas répondre de manière totalement transparente afin de ne pas porter préjudice au MSP de la visite initiale.

Une quatrième limite est la non-standardisation de la mesure tensionnelle. En effet, à la VMA M0, de nombreux participants étaient hypertendus, mais ne l'étaient plus à la VM M6. Nous soupçonnons un effet blouse blanche ou le stress lié à la pesée, ce qui constitue un biais de mesure pour notre critère de jugement secondaire.

Une cinquième limite est qu'une grande partie des inclusions ont été réalisées par un même MSP qui ne proposait pas de prise en charge spécifique, ce qui pourrait renforcer le biais de recrutement et le biais de mesure pour les deux critères de jugements.

Forces

Cependant, cette étude présente aussi plusieurs points forts.

L'un des principaux points forts de cette étude est la représentativité de l'échantillon, qui reflète bien la population cible (tous âges, tous grades, avec une majorité de volontaires et d'hommes). De plus, sa nature prospective a permis de limiter les biais de mémoire et de réduire le nombre de données manquantes.

Bien que cette étude soit descriptive et ne permette pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs, elle a néanmoins permis de dégager des tendances et de formuler des hypothèses, renforcées par des études plus puissantes, dont les résultats étaient en accord avec les nôtres.

Cette étude a également contribué à aborder la problématique de manière systématique sur une période de 6 mois, sensibilisant à la fois les MSP et les sapeurs-pompiers concernés. Ce processus a favorisé la levée du tabou qui entoure l'excès de poids chez les pompiers.

Enfin, à visée d'évaluation des pratiques professionnelles, elle a permis de formuler plusieurs hypothèses et d'identifier des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge des sapeurs-pompiers en excès de poids au sein de notre service.

Nos résultats et nos différentes observations permettent de formuler plusieurs hypothèses.

Premièrement, il s'agirait de promouvoir le dépistage systématique de l'excès pondéral en visite médicale d'aptitude et de prévention. Cela permettrait de réduire la stigmatisation souvent associée à cette prise en charge, qui est fréquemment perçue par les sapeurs-pompiers comme un risque de sanction par inaptitude. De plus, il permettrait d'améliorer la prévention des risques cardiovasculaires au sein de cette population.

Deuxièmement, il serait pertinent d'élargir le dépistage de l'excès de poids en utilisant l'IMC comme mesure initiale, en le complétant par la mesure d'autres paramètres tels que le tour de taille et l'impédancemétrie. Cette approche permettrait une évaluation plus précise et une prise en charge individualisée.

Troisièmement, la prise en charge de l'excès de poids s'intègre dans un suivi à long terme. Ainsi, il serait intéressant de mettre en place un suivi à distance afin d'évaluer l'impact sur la courbe pondérale et sur les pratiques professionnelles à plus long terme.

Quatrièmement, afin de renforcer cette prévention initiée en visite médicale, il serait intéressant de mener des actions de prévention, qui seraient fréquentes avec une bonne visibilité, sur le modèle de celles déjà existantes pour la prévention des risques incendies, des risques psychologiques, des risques liés aux discriminations, etc. La diffusion de ces informations pourrait se faire par le biais des tableaux d'affichage en caserne, des écrans dans les foyers, dans les vestiaires ou encore dans les salles d'attente des cabinets de visite médicale.

Cinquièmement, l'absence de prise en charge spécifique suggère l'existence d'obstacles rencontrés par les MSP. L'identification de ces obstacles pourrait être approfondie au cours d'un travail ultérieur. L'un de ces obstacles pourrait être l'ambiguïté du rôle du médecin vis-à-vis de l'agent. En effet, la réglementation précise que le MSP doit se limiter à l'évaluation de l'aptitude médicale du sapeur-pompier. Bien que la délivrance de conseils de prévention soit autorisée, les textes insistent sur le fait que la médecine préventive ne doit pas se substituer à la médecine d'aptitude. En raison du manque de ressources en soins primaires notamment en médecine générale et en médecine du travail, il serait pertinent que

les services de santé puissent intégrer une dimension préventive à l'évaluation de l'aptitude, surtout pour les sapeurs-pompiers dépourvus de médecin traitant. Cette évolution, encouragée par le SDIS 13 peut expliquer le décalage entre la posture définie historiquement par la réglementation et les attentes actuelles. De plus, il existe une ambivalence entre la relation SP-MSP, qui se concentre sur l'aptitude, et la relation patient-médecin, nécessaire pour établir un lien de confiance et obtenir l'adhésion du patient à une médecine préventive. Il sera donc important d'envisager l'évolution de cette relation avec l'émergence d'une approche davantage centrée sur la prévention.

Par ailleurs, la complexité de l'excès de poids et de sa prise en charge nécessite une formation spécialisée ce qui pourrait représenter un autre de ces obstacles. Ainsi, ses enjeux et sa prise en charge pourraient être abordés à l'occasion des sessions annuelles de formation à la médecine d'aptitude et de prévention qui sont proposées aux MSP.

Enfin, pour optimiser la prise en charge et proposer un accompagnement personnalisé, il serait intéressant que le service puisse mettre à disposition davantage de ressources pour les sapeurs-pompiers, telles qu'un diététicien sapeur-pompier expert ou un MSP référent en nutrition. Cependant, les consultations gratuites pour les sapeurs-pompiers, indemnisées par le SDIS auprès des professionnels de santé, pourraient entrer en concurrence avec les services payants proposés par les professionnels de santé en médecine de ville. Ainsi, conformément à la réglementation actuelle, il est essentiel de réfléchir à la manière d'offrir cette prestation sans créer de concurrence déloyale avec les autres professionnels de santé. Dans un avenir proche, nous espérons une évolution des textes réglementaires qui permettrait d'adapter les pratiques, favorisant ainsi l'intégration et l'intervention d'acteurs de prévention au sein du SDIS 13, au profit de la santé des sapeurs-pompiers.

CONCLUSION

L'excès de poids représente un enjeu majeur de santé publique. Bien qu'il résulte de mécanismes complexes et multifactoriels, son diagnostic clinique est simple. La prise en charge repose essentiellement sur le dépistage et l'approche globale du patient, avec la mise en place d'un projet de soin personnalisé.

Bien que le sapeur-pompier soit perçu par la société comme un modèle de santé physique et psychologique ; tout comme la population générale, il n'échappe pas aux risques cardiovasculaires dont l'excès de poids fait partie. Son activité est soumise au contrôle périodique de son aptitude, lors de visites médicales d'aptitude et de prévention, réalisées par le médecin de sapeur-pompier.

Nous avons souhaité évaluer l'impact de l'accompagnement du médecin de sapeur-pompier sur la courbe pondérale et sur le profil tensionnel du sapeur-pompier en excès de poids, sur une période de 6 mois au sein SDIS 13. Pour cela, nous avons réalisé une étude prospective descriptive qui suggère que cet accompagnement ne semble pas avoir d'impact sur la courbe pondérale. Cependant, il pourrait avoir un impact sur la pression artérielle systolique.

A la lumière de ces observations, nous proposons plusieurs pistes de réflexions : promouvoir le dépistage systématique de l'excès pondéral lors des visites médicales d'aptitude et de prévention, élargir ce dépistage en incluant d'autres paramètres tels que le tour de taille et l'impédancemétrie, mettre en place des actions de prévention en dehors des visites médicales, identifier les obstacles rencontrés lors de la prise en charge de l'excès pondéral et proposer des formations supplémentaires aux MSP. Enfin, dans un avenir proche, nous espérons que l'évolution des pratiques étroitement liée à l'évolution du cadre réglementaire permettra l'intégration et l'intervention d'acteurs de prévention au sein du SDIS 13, au profit de la santé des sapeurs-pompiers.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kanzari R. Les Sapeurs-pompiers, une identité temporelle de métier.
2. Pudal R. Du « Pioupiou » au « Vieux Sarce » ou comment en être : ethnographie d'une socialisation chez les pompiers. *Politix*. 2011 ;93(1) :167-94.
3. Obesity and overweight [Internet]. [Cité 3 févr. 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Piché ME, Tchernof A, Després JP. Obesity Phenotypes, Diabetes, and cardiovascular diseases. *Circ Res*. 22 mai 2020;126(11):1477-500.
5. Caballero B. Humans against Obesity: Who Will Win? *Advances in Nutrition*. janv 2019;10: S4-9.
6. Haute Autorité de Santé [Internet]. [Cité 30 mars 2024]. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte
7. Prevalence of overweight among adults, BMI \geq 25 (crude estimate) (%) [Internet]. [Cité 3 févr. 2024]. Disponible sur : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-greaterequal-25-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-greaterequal-25-(crude-estimate)-(-))
8. Prevalence of obesity among adults, BMI \geq 30 (crude estimate) (%) [Internet]. [Cité 3 févr. 2024]. Disponible sur : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-(crude-estimate)-(-))
9. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". *Journal of Clinical Medicine*. janv 2023;12(3):925.
10. Ebbert JO, Elrashidi MY, Jensen MD. Managing Overweight and Obesity in Adults to Reduce Cardiovascular Disease Risk. *Curr Atheroscler Rep*. oct 2014;16(10):445.
11. Seidell JC, Halberstadt J. The Global Burden of Obesity and the Challenges of Prevention. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(Suppl. 2):7-12.
12. Hasler G, Pine DS, Gamma A, Milos G, Ajdacic V, Eich D, et al. The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study. *Psychological Medicine*. août 2004;34(6):1047-57.
13. Fabricatore AN, Wadden TA. Psychological aspects of obesity. *Clinics in Dermatology*.

1 juill. 2004 ;22(4) :332-7.

14. Recommandations sur le surpoids et l'obésité de l'adulte - Premier Recours [Internet]. [Cité 3 févr. 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf
15. Fiche mémo sur l'obésité de l'adulte - Bilan initial d'un excès de poids [Internet]. [Cité 3 févr. 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_bilan_initial_d_un_exces_de_poids.pdf
16. Fiche mémo sur l'obésité de l'adulte - Guide d'entretien initial [Internet]. [Cité 3 févr. 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_guide_d_entretien_initial.pdf
17. Fiche mémo sur l'obésité de l'adulte - Prise en charge de l'obésité [Internet]. [Cité 3 févr. 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_prise_en_charge_de_l_obesite.pdf
18. Fiche mémo sur l'obésité de l'adulte - Prise en charge du surpoids [Internet]. [Cité 3 févr. 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_prise_en_charge_du_surpoids.pdf
19. Laura D. Surpoids et obésité de l'adulte - Fiches. 2023 ;
20. Pudal R. Retour de flammes. Les pompiers, des héros fatigués.
21. Boullier D. Les sapeurs-pompiers : des soldats du feu aux techniciens du risque.
22. Savall A, Charles R, Binazet J, Frey F, Trombert B, Fontana L, et al. Volunteer and Career French Firefighters with High Cardiovascular Risk: Epidemiology and Exercise Tests. *J Occup Environ Med.* Oct 2018 ;60(10) : e548-53.
23. Arrêté du 6 mai 2000 fixant les conditions d'aptitude médicale des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et les conditions d'exercice de la médecine professionnelle et préventive au sein des services départementaux d'incendie et de secours - Légifrance [Internet]. [Cité 30 juill. 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000765094/>
24. PNRS | Évolution du Secours et des Soins d'Urgence aux Personnes [Internet]. [Cité 16 juin 2024]. Disponible sur : <https://pnrs.ensosp.fr/Plateformes/Sante/Formations-et-histoire-en-sante/Histoire/Evolution-du-Secours-et-des-Soins-d-Urgence-aux-Personnes>
25. Sous-section 5 : Sous-direction santé (Articles R1424-24 à R1424-28) - Légifrance [Internet]. [Cité 4 sept 2024]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070633/LEGISCTA000006192597/

26. Pompiers.fr [Internet]. 2022 [cité 3 sept 2024]. Déclinaison réglementaire de la loi Matras. Disponible sur : <https://www.pompiers.fr/declinaison-reglementaire-de-la-loi-matras>
27. Secours Médical de France : Service de Santé et de Secours Médical [Internet]. Secours Médical de France. [Cité 3 sept 2024]. Disponible sur : <https://secours-medical-de-france.blogspot.com/p/sssm.html>
28. PNRS | Le cadre juridique en matière de santé dans les services d'incendie et de secours [Internet]. [Cité 11 juin 2024]. Disponible sur : <https://pnrs.ensosp.fr/Plateformes/Sante/Sources-juridiques/Le-cadre-juridique-en-matiere-de-sante-dans-les-services-d-incendie-et-de-secours>
29. Mathieu É. Santé des sapeurs-pompiers : place du médecin généraliste dans leur parcours de soins. 2022 ;
30. Arrêté fixant l'évaluation de l'aptitude physique des SP [Internet]. [Cité 23 juill. 2024]. Disponible sur : https://www.avenir-secours.com/wp-content/uploads/2018/09/20020403_Evaluation-de-laptitude-physique-des-SP.pdf
31. Christian MP. Les indicateurs de condition physique des sapeurs-pompiers et SSSM État des lieux et perspectives.
32. Haute Autorité de Santé [Internet]. [Cité 4 mars 2022]. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
33. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. European Heart Journal. 30 août 2024 ; ehae178.
34. Haute Autorité de Santé [Internet]. [Cité 5 sept 2024]. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte
35. Griffin JR, Maxwell TM, Griffin L. The prevalence and consequences of obesity in athletes. Current Orthopaedic Practice. Mars 2016 ;27(2) :129-34.
36. Brown AL, Poston WSC, Jahnke SA, Keith Haddock C, Luo S, Delclos GL, et al. Weight loss advice and prospective weight change among overweight firefighters. Int J Occup Environ

Health. juill 2016;22(3):233-9.

37. Muegge CM, Zollinger TW, Song Y, Wessel J, Monahan PO, Moffatt SM. Barriers to Weight Management Among Overweight and Obese Firefighters. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. janv 2020;62(1):37-45.

38. Beckett A, Scott JR, Chater AM, Ferrandino L, Aldous JWF. The Prevalence of Metabolic Syndrome and Its Components in Firefighters: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 23 sept 2023 ;20(19) :6814.

ANNEXES

Annexe 1 – Classification du surpoids et de l'obésité par IMC d'après l'OMS, HAS, tableau 9.

Annexe 2 – Médicaments favorisant une prise de poids. HAS, Argumentaire des recommandations de bonne pratique - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, tableau 8.

Annexe 3 – Fiche mémo de prise en charge du surpoids, HAS

Annexe 4 – Fiche mémo de prise en charge de l'obésité, HAS

Annexe 5 – Fiche mémo du bilan initial de l'excès de poids, HAS

Annexe 6 – Fiche de conseils pour l'alimentation, HAS

Annexe 7 – Fiche de conseils pour l'activité physique, HAS

Annexe 8 – Lettre d'information à destination des médecins

Annexe 9 – Lettre d'information à destination des participants

Annexe 10 – Questionnaire de thèse

Annexe 11 – Charte nationale du sapeur-pompier volontaire

Annexe 1 - Classification du surpoids et de l'obésité par IMC d'après l'OMS, HAS, tableau 9.

| | Classe de l'obésité | IMC (kg/m²) |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Insuffisance pondérale | | < 18,5 |
| Poids normal | | 18,5-24,9 |
| Surpoids | | 25,0-29,9 |
| Obésité | I Obésité modérée | 30,0-34,9 |
| | II Obésité sévère | 35,0-39,9 |
| | III Obésité morbide | ≥ 40 |

Annexe 2 - Médicaments favorisant une prise de poids. HAS, Argumentaire des recommandations de bonne pratique - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, tableau 8.

| Classes pharmacologiques | Dénomination commune internationale |
|--|---|
| Neuroleptiques | |
| Normothymiques | Lithium |
| Antidépresseurs | Tricycliques antihistaminiques : amitriptyline |
| | Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : duloxétine |
| Antimigraineux | Pizotifène |
| | Methysergide |
| | Flunarizine |
| Antiépileptiques | Valproate de sodium |
| | Gabapentine |
| | Prégabaline |
| | Lévétiracétam |
| Traitements hormonaux | Contraceptifs oraux |
| | Acétate de cyprotérone, mégestrol, pegvisomant, danazol, raloxifène, Bazédoxifène |
| Corticoïdes | |
| Antidiabétiques | Insuline |
| | Sulfamides hypoglycémiant |
| Antihistaminiques antiallergiques | Cyproheptadine |
| | Kétotifène |
| | Cinnarizine |



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE DE PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS

Le patient est pesé et mesuré
 $25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC (poids/taille}^2) < 30 \text{ kg/m}^2$
SURPOIDS

Prévoir des consultations dédiées avec un suivi programmé

BILAN INITIAL

Voir tableau Bilan initial d'un excès de poids

Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités

| Tour de taille (cm) | | Présence de comorbidités |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Bas Hommes < 94 Femmes < 80 | Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80 | |
| | | |

 **SURPOIDS SIMPLE** : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)

 **SURPOIDS AVEC TOUR DE TAILLE ÉLEVÉ** : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)

 **SURPOIDS AVEC COMORBIDITÉS** : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids)

- Prévenir une prise de poids supplémentaire
- Ne pas inciter un patient en surpoids simple à perdre du poids
- Alerter la personne sur les risques des régimes trop restrictifs et déséquilibrés
- Réduire un tour de taille élevé
- Prendre en charge les comorbidités associées
- Éviter tout discours culpabilisant
- Avoir une approche psychologique

Voir les fiches de **conseils pour l'alimentation** et **exemples d'activités physiques**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FICHE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

Le patient est pesé et mesuré
 $IMC (\text{poids}/\text{taille}^2) \geq 30 \text{ kg/m}^2$
OBÉSITÉ

Prévoir des consultations dédiées avec un suivi programmé

BILAN INITIAL

Voir tableau Bilan initial d'un excès de poids

Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités

| IMC (kg/m ²) | Tour de taille (cm) | | Présence de comorbidités |
|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | Bas Hommes < 94 Femmes < 80 | Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80 | |
| 30-35 | | | |
| 35-40 | | | |
| > 40 | | | |

Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)

Conseils diététiques et activité physique, approche psychologique (objectif : réduire le poids). Considérer la chirurgie bariatrique

- L'obésité est une maladie chronique
- La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient
- Établir avec le patient des objectifs de réduction pondérale réalistes (de 5 % à 15 % par rapport au poids initial) en définissant des moyens adaptés dans le cadre d'un contrat thérapeutique
- Interrompre la prise de poids est déjà un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique
- Prendre en charge les comorbidités associées
- Le maintien de la perte de poids est essentiel
- Éviter tout discours culpabilisant
- Avoir une approche psychologique complétée si nécessaire par une prise en charge spécialisée (en particulier en cas de trouble du comportement alimentaire, de trouble dépressif)
- Les techniques cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité
- La prise en charge du patient par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours
- Les modifications de comportement obtenues pour l'activité physique et l'alimentation doivent être maintenues sur le long terme
- Être attentif à l'amélioration du bien-être, de l'estime de soi et de l'intégration sociale du patient

Faire appel à un professionnel de santé en deuxième recours dans les cas suivants :

- Récidive après plusieurs régimes, échec de la prise en charge de premier recours. L'échec peut être envisagé au bout de 6 mois à un an en général (faire appel à un médecin spécialisé en nutrition ou un diététicien, à un psychiatre ou un psychologue clinicien, à un masseur-kinésithérapeute ou un enseignant en activités physiques adaptées)
- $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec comorbidité et $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ si demande du patient ou avis pour une éventuelle indication de chirurgie bariatrique

Voir les fiches de **conseils pour l'alimentation** et **exemples d'activités physiques**

| Bilan initial d'un excès de poids | |
|---|--|
| Interrogatoire et examen clinique | |
| Mesurer le tour de taille | |
| 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 (parmi lesquels des neuroleptiques, des antidépresseurs, des antiépileptiques, l'insuline, les sulfamides hypoglycémifiants, les corticoïdes) Facteurs génétiques et antécédents familiaux d'obésité Antécédents d'obésité dans l'enfance Grossesse Ménopause Troubles du comportement alimentaire Troubles anxio-dépressifs et périodes de vulnérabilité psychologique ou sociale Facteurs professionnels (parmi lesquels stress au travail, travail posté) Diminution du temps de sommeil | |
| Identifier un trouble du comportement alimentaire | |
| Impulsivité alimentaire, compulsions alimentaires, moins fréquemment hyperphagie boulimique | |
| Retracer l'histoire pondérale (cf. fiche de support à l'entretien lors du bilan initial) | |
| Évaluer l'activité physique (cf. fiche de support à l'entretien lors du bilan initial) | |
| Évaluer l'activité sédentaire (cf. fiche de support à l'entretien lors du bilan initial) | |
| Étudier les habitudes et les apports alimentaires (cf. fiche de support à l'entretien lors du bilan initial) | |
| Rechercher les médicaments pris par le patient et leur lien avec la prise de poids | |
| Évaluer sa perception de l'excès de poids, son vécu et sa <u>motivation au changement</u> | |
| Rechercher les conséquences de l'excès de poids | |
| Somatiques | Hypertension artérielle (mesurer la pression artérielle avec un brassard adapté, sur les bras coniques, la mesure est réalisée à l'avant-bras) Dyspnée d'effort Angor Apnées du sommeil, endormissement diurne, ronflements, asthénie matinale Douleurs articulaires (genoux, hanches, chevilles, lombaires) Macération des plis, mycoses Insuffisance veineuse, lymphœdème Incontinence urinaire Anomalies du cycle menstruel Signes orientation de présence d'un cancer (métorragies, examen des seins, etc.) |
| Psychologiques | Troubles anxio-dépressifs, perte de la libido Troubles du comportement alimentaire secondaires à l'obésité (« pertes de contrôle », compulsions alimentaires secondaires aux régimes répétés, syndrome du mangeur nocturne) |
| Sociales | Difficultés à l'embauche, discrimination, stigmatisation, arrêts de travail, perte du travail, isolement |
| Altération de la qualité de vie | |
| Ordonnance | |
| Exploration d'anomalie lipidique (EAL) | |
| Chez des sujets âgés de plus de 45 ans ayant un IMC ≥ 28 kg/m² : glycémie à jeun | |

Fiche de conseils pour l'alimentation

| |
|--|
| Conseils diététiques |
| Limiter la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres, et les boissons sucrées ou alcoolisées |
| Choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau |
| Contrôler la taille des portions * |
| Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout (ne pas éliminer les aliments préférés mais en manger modérément) |
| Manger suffisamment et lentement à l'occasion des repas, ne pas manger debout, mais assis bien installé à une table, si possible dans la convivialité |
| Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle), ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages entre les repas favorisés par la faim |
| Rassurer le patient quant à son droit au plaisir de manger, la convivialité des repas est souhaitable |
| Conseils pour l'acquisition des aliments |
| Prévoir les menus pour le nombre de convives |
| Faire une liste de courses |
| Faire ses courses sans avoir faim |
| Éviter d'acheter des aliments consommables sans aucune préparation |
| Apprendre à lire les étiquettes d'information sur les emballages |
| Conseils pour la préparation des aliments |
| Cuisiner si possible soi-même ou indiquer clairement les consignes à la personne qui cuisine |
| Proposer la même alimentation pour toute la famille (seules les quantités vont varier) |
| Utiliser les produits de saison |
| Limiter l'utilisation de matière grasse pour la cuisson |
| Cuisiner des quantités adaptées. Limiter la taille des plats. S'il y a des restes, proposer de les accommoder pour le repas suivant |
| Conseils pour les repas |
| Se consacrer au repas, être attentif à son assiette |
| Prêter attention aux sensations perçues lorsqu'on mange (est-ce acide, amer, sucré, chaud ?) |
| Servir à l'assiette ; remplir les assiettes avant de les apporter sur la table (éviter de laisser le plat sur la table). Ne pas se resservir |
| Déposer les couverts entre chaque bouchée en cas de tachyphagie † |
| Utiliser des assiettes de diamètre standard (ou petit) pour obtenir une taille des portions adaptée |
| Conseils entre les repas |
| Proposer aux personnes qui mangent en réaction à des émotions négatives (déception, ennui, nervosité) un comportement incompatible avec le fait de manger comme téléphoner ou se doucher ou faire une promenade |
| Éviter d'acheter ou stocker en quantité les aliments habituellement consommés lors des prises alimentaires extra-prandiales (grignotage) |
| En cas de perte de contrôle, préférer les aliments à faible densité calorique. Accepter de ne pas se cacher et de prendre le temps de déguster lentement |

* : il existe un document iconographique conçu pour aider à l'estimation des quantités consommées (Portions alimentaires : manuel photos pour l'estimation des quantités) ; † : comportement alimentaire caractérisé par l'ingestion rapide d'aliments.

Exemples d'activités physiques en fonction de leur intensité

Tableau d'exemples d'activités physiques (marche, vie quotidienne, loisirs, sports) en fonction de leur intensité d'après la Société française de nutrition, 2005

| Intensité | Exemples d'activités | Durée |
|----------------|---|------------|
| Faible | Marche lente (4 km/h) | 45 minutes |
| | Laver les vitres ou la voiture, faire la poussière, entretien mécanique | |
| | Pétanque, billard, bowling, Frisbee, voile, golf, volley-ball, tennis de table (en dehors de la compétition) | |
| Modérée | Marche rapide (6 km/h) | 30 minutes |
| | Jardinage léger, ramassage de feuilles, port de charges de quelques kg | |
| | Danse de salon | |
| | Vélo ou natation « plaisir », aqua-gym, ski alpin | |
| Élevée | Marche en côte, randonnée en moyenne montagne | 20 minutes |
| | Bécher, déménager | |
| | Jogging (10 km/h), VTT, natation « rapide », saut à la corde, football, basket-ball, sports de combat, tennis (en simple), squash | |

Les durées mentionnées de façon indicative sont celles correspondant à un volume d'activité physique équivalent à 30 minutes d'activité d'intensité modérée

Lettre d'information à destination des médecins

Quel est l'impact de l'accompagnement proposé par le médecin de sapeurs-pompiers sur la courbe pondérale du sapeur-pompier se trouvant en situation d'un excès de poids ?

Madame, Monsieur, Médecin de sapeur-pompiers engagé au sein du SDIS 13,

J'ai l'honneur de vous faire parvenir la lettre d'information concernant l'étude menée dans le cadre de ma thèse de médecine générale au sein de la sous-direction santé du SDIS 13, sous la supervision du Dr DROUET Loïc, médecin de sapeurs-pompiers au SDIS 13.

Introduction

L'excès de poids (surpoids et obésité) est une pathologie complexe qui concernerait 47,3% des adultes en France, en 2023. C'est un problème de santé publique majeur. Sa prise en charge doit être adaptée aux principes de préférence correspondant à chaque patient. Son origine est multifactorielle : stress, apports énergétiques excessifs, activité physique diminuée, hygiène de sommeil médiocre, etc. et ses conséquences sont nombreuses : physiques, psychologiques ou sociales. Certaines de ces conséquences peuvent être graves.

En effet, l'excès de poids est un facteur de risque favorisant la survenue d'évènements cardiovasculaires tels que l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral (AVC).

L'excès de poids concerne l'ensemble de la population et le sapeur-pompier ne fait pas exception. En effet, des études ont montré que l'activité du sapeur-pompier fait de lui un sujet particulièrement à risque de développer un excès de poids (horaires décalés, hygiène de sommeil et alimentaire altérée, etc.).

Le médecin de sapeurs-pompiers (MSP) contribue à préserver le capital santé des sapeurs-pompiers afin de préserver leur aptitude opérationnelle. Un sapeur-pompier en bonne santé est un pompier apte à l'activité opérationnelle.

La visite d'aptitude à laquelle est soumis périodiquement le sapeur-pompier permet au médecin d'aptitude de mener des actions de prévention. La prévention se définit par un ensemble de mesures qui peuvent être prises ou de conseils qui peuvent être donnés afin de prévenir certains risques. Elle est d'autant plus nécessaire lorsqu'elle concerne un risque fréquent ou grave.

De par sa fréquence élevée et la gravité de ses conséquences, la prévention de l'excès de poids constitue un enjeu majeur de santé publique.

Objectifs de l'étude

Critère de jugement principal : Évaluer l'accompagnement du sapeur-pompier souffrant d'un excès de poids (surpoids ou obèse), proposé par le médecin de sapeurs-pompiers lors de la visite d'aptitude, en étudiant l'impact de cet accompagnement sur la courbe pondérale du sapeur-pompier au sein du SDIS 13 à 6 mois.

Critère de jugement secondaire : Évaluer l'impact de cet accompagnement sur le profil tensionnel du sapeur-pompier au sein du SDIS 13 à 6 mois.

1 : Mesures statur pondérales standardisées. Cf. paragraphe dédié

De plus, parallèlement à mon travail de thèse, cette étude permettra de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles au sein du service.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude quantitative réalisée dans les différents groupements de la sous-direction santé du SDIS 13. La population étudiée regroupe les sapeurs-pompiers, volontaires ou professionnels concernés par un excès pondéral, dépistés en visite médicale d'aptitude et de prévention (**de titularisation ou de maintien en activité**) par un médecin de sapeurs-pompiers habilité. La durée de l'étude est de 6 mois.

Cette étude sera réalisée au moyen d'un questionnaire individuel qui se divise en deux parties.

La première partie sera complétée par le médecin de sapeurs-pompiers lors de la visite médicale d'aptitude que l'on nommera VMA M0. La seconde partie sera complétée par moi-même lors d'une visite médicale intermédiaire 6 mois plus tard que l'on nommera VM M6.

Ce questionnaire sera disponible dans le bureau médical de chaque groupement. Il devra être rempli dès qu'un excès de poids (surpoids/obésité) sera dépisté chez un sapeur-pompier. Il sera ensuite déposé dans une boîte prévue à cet effet dans le bureau médical de chaque groupement et seront relevés périodiquement par moi-même.

Le recrutement se fera lors de la VMA M0, ce qui signifie que tous les sapeurs-pompiers dépistés à la VMA M0 se verront proposés d'être reconvoqués à la VM M6.

Il est nécessaire que le médecin de sapeurs-pompiers informe le sapeur-pompier de l'étude en cours, les messages clés à délivrer seront repris dans un paragraphe dédié. Une fiche d'information destinée aux participants devra lui être remis. Le sapeur-pompier doit être informé que je le recontacterai afin de lui proposer une visite intermédiaire à 6 mois. Il sera nécessaire de le rassurer sur l'anonymisation de ses données et sur l'absence de préjudice pour son aptitude.

Il est important de lui rappeler qu'il pourra exprimer son refus au cours de la visite d'aptitude comme à n'importe quel moment après.

Entre la VMA M0 et la VM M6, le sapeur-pompier pourra me contacter pour obtenir plus d'informations.

En cas d'acceptation de participation à l'étude : ses données anonymisées seront analysées et utilisées dans mon travail de thèse et dans l'évaluation des pratiques professionnelles du service.

En cas de refus de participation à l'étude : ses données anonymisées ne seront pas utilisées dans mon travail de thèse et resteront interne à la sous-direction santé du SDIS 13.

1 : Mesures statur pondérales standardisées. Cf. paragraphe dédié

VMA M0 – 1^{ère} partie du questionnaire

A remplir par le médecin de sapeurs-pompiers dès qu'il dépiste un excès de poids chez un sapeur-pompier.

La 1^{ère} partie du questionnaire se divise en deux parties :

- Une première partie détachable qui regroupe des données personnelles sur le MSP et le SP afin de pouvoir programmer une visite de suivi avec le SP dans 6 mois. Pour information, cette partie détachable permettra l'anonymisation des données à VM M6 quelle que soit la décision finale du sapeur-pompier concernant son inclusion dans l'étude pour mon travail de thèse.
- Une seconde partie, elle-même séparée en plusieurs sous-parties : données épidémiologiques, mesures statur pondérales¹, recherche de facteurs de risques d'excès pondéral, recueil des ICP, recherche des autres facteurs de risques cardiovasculaires, évaluation du retentissement de son excès pondéral sur différents aspects et les différents axes de travail abordés et les différentes actions proposées par le MSP.

VM M6 – 2^{ème} partie du questionnaire

Remplie par moi-même.

La 2^{ème} partie du questionnaire se décline en plusieurs sous-parties : mesures statur pondérales¹, recueil des ICP, recherche des autres facteurs de risques cardiovasculaires, ressenti du SP sur la sensibilisation réalisée par le MSP à la VMA M0, réévaluation du retentissement de son excès pondéral sur différents aspects et actions menées au cours des 6 derniers mois.

Mesures statur pondérales standardisées

- Poids, masse maigre et masse grasse mesurés à l'aide de l'impédancemètre.
- Taille mesurée à l'aide d'une toise murale.
- Tour de taille mesuré à l'aide d'un mètre ruban. Il se mesure à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque. (Cf. figure 1)
- L'IMC sera calculé à l'aide de la formule : $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille (m)}^2$

L'ensemble de ce matériel sera mis à disposition dans les différents groupements.

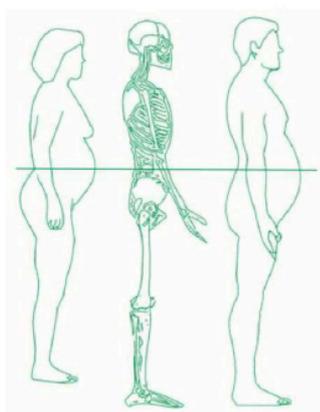


Figure 1. Mesure du tour de taille (à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque, avec un mètre ruban placé à l'horizontale, à la fin d'une expiration normale d'après la *Belgian Association for the Study of Obesity*. Le consensus du BASO. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids, 2002).

HAS, Recommandations de bonne pratique. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours

1 : Mesures statur pondérales standardisées. Cf. paragraphe dédié

Résultats et devenir des données

Une fois mon travail de thèse et l'évaluation des pratiques professionnelles du service terminés, les données anonymisées seront détruites définitivement.

Les résultats de ces deux travaux seront accessibles par le sapeur-pompier dès lors qu'ils seront disponibles après m'en avoir fait la demande.

Perspectives

Ce travail devrait permettre d'améliorer la prise en charge des sapeurs-pompiers concernés par un excès de poids et de mieux appréhender l'accompagnement actuellement proposé par les médecins de sapeurs-pompiers, au sein du SDIS 13 .

1 : Mesures staturo-pondérales standardisées. Cf. paragraphe dédié

Les messages clés à faire passer

Informé et sensibilisé sur le sujet de l'étude :

L'excès de poids (surpoids et obésité) est une pathologie complexe.

47,3% des adultes en France, en 2023.

C'est un problème de santé publique majeur d'une part parce que c'est un problème fréquent et d'autre part parce que ses complications peuvent être graves.

C'est pourquoi il est important de réaliser de la prévention à ce sujet.

Informé et sensibilisé sur l'objectif de l'étude :

Pour nos sapeurs-pompiers, cette étude permettra de mieux évaluer une prise en charge personnalisée. Elle permettra une meilleure prévention et offrira un meilleur accompagnement dans la prise en charge d'un excès de poids pour l'ensemble des sapeurs-pompiers dans cette situation.

Rassurer sur les conditions de participations et l'utilisation des données :

La participation à l'étude est entièrement volontaire. Le sapeur-pompier est parfaitement libre de refuser d'y participer.

Sa décision n'entraînera aucun préjudice sur sa prise en charge, sur sa carrière ou son aptitude professionnelle. Sa participation n'entraînera aucune participation financière de sa part et n'entraînera aucune rémunération ou indemnité de notre part.

Les données recueillies au cours des visites sont confidentielles. Elles seront anonymisées à la fin de la visite intermédiaire VM M6. Pour rappel, l'anonymisation consiste à rendre impossible toute identification de la personne par quelque moyen que ce soit et de manière irréversible.

- S'il accepte de participer à l'étude, ses données anonymisées seront analysées et utilisées dans le travail de thèse et dans l'évaluation des pratiques professionnelles du service.
- S'il refuse de participer à l'étude, ses données anonymisées ne seront pas utilisées dans le travail de thèse et resteront interne à la sous-direction santé du SDIS 13.

Une fois le travail de thèse et l'évaluation des pratiques professionnelles du service terminés, les données anonymisées extérieures à son dossier médical seront détruites définitivement.

Donner un contact :

S'il a besoin d'explications ou d'informations complémentaires avant de prendre sa décision, il peut me joindre au 06 63 51 25 83 ou en discuter avec moi lors de la visite intermédiaire.

Informé sur les résultats :

Les résultats de cette étude lui seront accessibles dès lors qu'ils seront disponibles après m'en avoir fait la demande.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette note d'information et de l'aide que vous m'apporterez dans l'élaboration de mon travail de thèse.

Lieutenant ALEGRE Mickaëlla, interne de médecine générale.

1 : Mesures statur pondérales standardisées. Cf. paragraphe dédié

Lettre d'information à destination des participants

Quel est l'impact de l'accompagnement proposé par le médecin de sapeurs-pompiers sur la courbe pondérale du sapeur-pompier se trouvant en situation d'un excès de poids?

Madame, Monsieur, Sapeur-pompiers engagés au sein du SDIS 13,

Le médecin d'aptitude des sapeurs-pompiers vous a proposé de participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale menée par le médecin lieutenant ALEGRE Mickaëlla, interne de médecine générale et médecin de sapeurs-pompiers volontaire au SDIS 13. Cette étude se déroule au sein de la sous-direction santé du SDIS 13, sous la supervision du Dr DROUET Loïc, médecin de sapeurs-pompiers au SDIS 13.

Ce document d'information vous a été remis afin de vous apporter les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette étude. Si vous avez besoin d'informations complémentaires, vous pouvez contacter le médecin lieutenant ALEGRE Mickaëlla (06 63 51 25 83).

Votre participation est entièrement volontaire, autrement dit rien ne vous oblige à être intégré dans l'étude. Vous êtes parfaitement libre de refuser d'y participer, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles. Votre participation repose sur l'analyse de vos données morphologiques anonymisées, ainsi que des actions apportées ou proposées par le médecin d'aptitude. Dans le cadre de cette étude, vous serez recontacté par un médecin lieutenant pour réaliser une visite de suivi dans 6 mois.

Pourquoi cette étude ?

L'excès de poids (surpoids et obésité) est une pathologie complexe qui concernerait 47,3% des adultes en France, en 2023. C'est un problème de santé publique majeur. Sa prise en charge doit être adaptée aux principes de préférence correspondant à chaque patient.

Son origine est multifactorielle: stress, apports énergétiques excessifs, activité physique diminuée, hygiène de sommeil médiocre, etc. et les conséquences sont nombreuses: physiques, psychologiques ou sociales. Certaines de ces conséquences peuvent être graves.

En effet, l'excès de poids est un facteur de risque favorisant la survenue d'évènements cardiovasculaires tels que l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral (AVC).

L'excès de poids concerne l'ensemble de la population et le sapeur-pompier ne fait pas exception. En effet, des études ont montré que l'activité du sapeur-pompier fait de lui un sujet particulièrement à risque de développer un excès de poids (horaires décalés, hygiène de sommeil et alimentaire altérée, etc...).

Le médecin de sapeurs-pompiers (MSP) contribue à préserver le capital santé des sapeurs-pompiers afin de préserver leur aptitude opérationnelle. Un sapeur-pompier en bonne santé est un pompier apte à l'activité opérationnelle.

La visite d'aptitude à laquelle est soumis périodiquement le sapeur-pompier permet au médecin d'aptitude de mener des actions de prévention. La prévention se définit par un ensemble de mesures qui peuvent être prises ou de conseils qui peuvent être donnés afin de prévenir certains risques. Elle est d'autant plus nécessaire lorsqu'elle concerne un risque fréquent ou grave.

De par sa fréquence élevée et la gravité de ses conséquences, la prévention de l'excès de poids constitue un enjeu majeur de santé publique.

Quel est l'objectif de cette étude ?

L'objectif de ce travail de thèse de médecine est d'évaluer l'accompagnement du sapeur-pompier souffrant d'un excès de poids (surpoids ou obèse), proposé par le médecin de sapeurs-pompiers lors de la visite d'aptitude, en étudiant l'impact de cet accompagnement sur la courbe pondérale du sapeur-pompier au sein du SDIS 13 à 6 mois.

Secondairement à ce travail de thèse, cette étude permettra de réaliser un état des lieux des sapeurs-pompiers en excès de poids sur le département pour formuler le cas échéant des propositions d'accompagnement et de prévention.

Cette étude permettra donc d'améliorer la prise en charge des sapeurs-pompiers confrontés à d'un excès de poids et de mieux appréhender l'accompagnement proposé par les médecins participant à l'aptitude médicale, au sein du SDIS 13 .

Comment va se dérouler cette recherche ?

Vous venez de réaliser une visite d'aptitude statutaire au SDIS 13 (de titularisation ou de maintien en activité). Au cours de cette visite, le médecin d'aptitude vous a diagnostiqué un excès de poids. Pendant cette visite, il a rempli un questionnaire regroupant des données de son interrogatoire et de son examen clinique. Ce questionnaire comporte également des données concernant la stratégie proposée pour la prise en charge de cet excès de poids.

Au terme de cette visite, vous serez recontacté pour réaliser une visite intermédiaire à 6 mois de la précédente avec un médecin lieutenant.

Cette visite intermédiaire-permettra de réaliser un point d'étape sur l'évolution de vos paramètres morphologiques ainsi que sur les actions que vous avez mises en œuvre pour y arriver.

Au cours de la visite statutaire d'aptitude comme n'importe quand après, vous pourrez exprimer votre refus de participer à l'étude.

Qui est concerné par cette étude ?

Tout sapeur-pompier, volontaire ou professionnel concerné par un excès pondéral, vu en visite médicale d'aptitude au SDIS 13 .

Bénéfices de cette étude

Cette étude permettra de mieux évaluer la prise en charge personnalisée qui vous est proposée. Elle permettra une meilleure prévention et offrira un meilleur accompagnement dans la prise en charge d'un excès de poids, pour vous et pour les sapeurs-pompiers dans la même situation.

Inconvénients de cette étude

Votre participation à la recherche ne comporte pas d'inconvénient significatif. Il vous sera proposé une consultation intermédiaire à 6 mois avec un médecin lieutenant. Votre-acceptation ou votre refus de

participer à cette étude n'aura pas d'influence sur la décision d'aptitude portée par le médecin d'aptitude.

Quels sont vos droits et que vont devenir les données recueillies durant l'étude ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Votre décision n'entraînera aucun préjudice sur votre prise en charge, ainsi vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles. C'est pourquoi, vous serez recontacté par le médecin lieutenant pour réaliser une visite intermédiaire dans 6 mois.

Votre participation ou votre refus n'aura aucun impact sur votre carrière ou votre aptitude professionnelle. Votre participation n'entraînera aucune participation financière de votre part et n'entraînera aucune rémunération ou indemnité de notre part.

Si vous avez besoin d'explications ou d'informations complémentaires avant de prendre votre décision, vous pouvez joindre le médecin lieutenant ALEGRE (06 63 51 25 83) ou en discuter lors de la visite intermédiaire où vous pourrez librement exprimer votre accord ou votre refus de participation.

Les données recueillies au cours des visites sont confidentielles. Elles seront anonymisées à la fin de la visite intermédiaire. Pour rappel, l'anonymisation consiste à rendre impossible toute identification de la personne par quelque moyen que ce soit et de manière irréversible.

Si vous acceptez de participer à l'étude, vos données anonymisées seront analysées et utilisées dans le travail de thèse et dans l'évaluation des pratiques professionnelles du service.

Si vous refusez de participer à l'étude, vos données ne seront pas utilisées dans le travail de thèse et resteront interne à la sous-direction santé du SDIS 13.

Une fois le travail de thèse et l'évaluation des pratiques professionnelles terminés, les données anonymisées extérieures à votre dossier médical seront détruites définitivement.

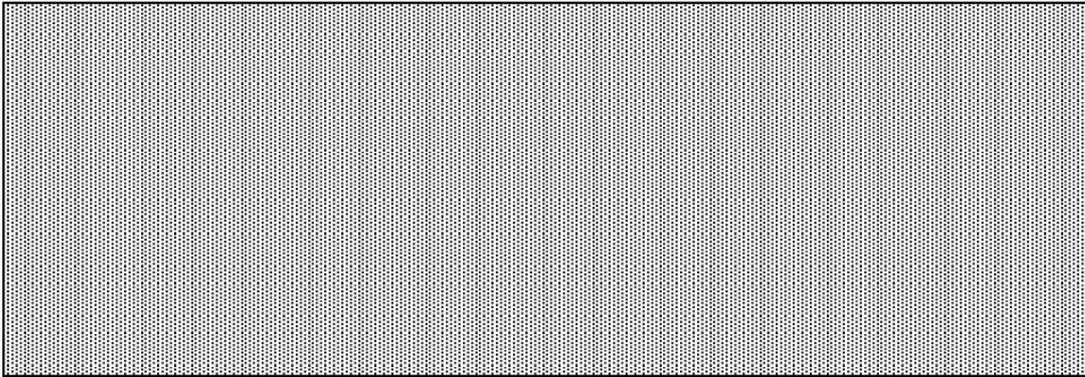
Les résultats de cette étude vous seront accessibles dès lors qu'ils seront disponibles après en avoir fait la demande auprès du responsable de l'étude.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette note d'information.

Lieutenant ALEGRE Mickaëlla, interne de médecine générale.

Tel : 06 63 51 25 83

Questionnaire de thèse MLT ALEGRE



Pratiques sportives ou physiques :

Nombres d'heures par semaine :

Pensez-vous que c'est suffisant ? OUI NON

Autres facteurs de risques :

Consommation Tabac : Consommation Alcool

Prises médicamenteuses :

Antécédents familiaux d'obésité

Antécédents personnels d'obésité dans l'enfance

Grossesse ou ménopause

Diminution du sommeil

Troubles du Comportement Alimentaire

Trouble anxio-dépressif

Facteurs professionnels favorisant (stress, heures décalés, travail posté)

Autres FDRCV :

Antécédent d'HTA OUI NON A CONFIRMER

HTA : mmHg

Antécédent de diabète OUI NON A CONFIRMER

Antécédent de dyslipidémie OUI NON A CONFIRMER

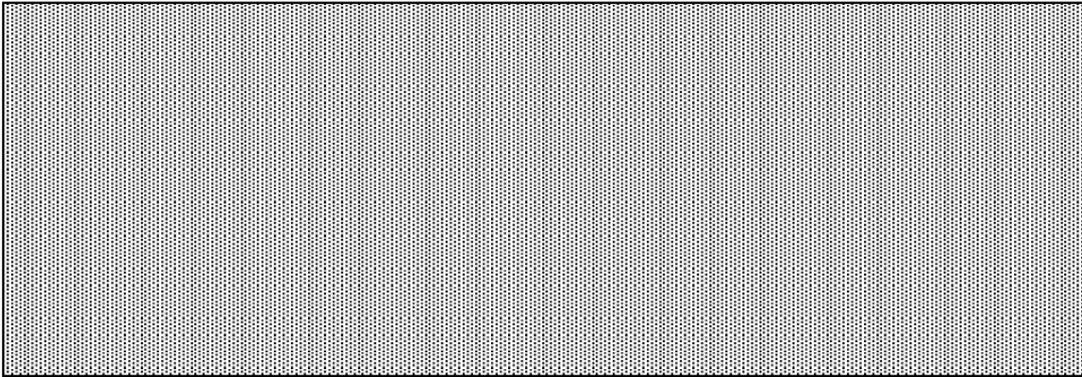
Antécédent familiaux ou personnels de coronaropathie

OUI NON

Antécédent de tabagisme actif ou sévère

OUI NON

Questionnaire de thèse MLT ALEGRE



Evaluation par le SP du retentissement sur une échelle numérique de 0 à 10 :

Altération qualité de vie
 Retentissement social
 Troubles psychologiques
 Troubles sexuels
 Dyspnée effort
 Arthralgies

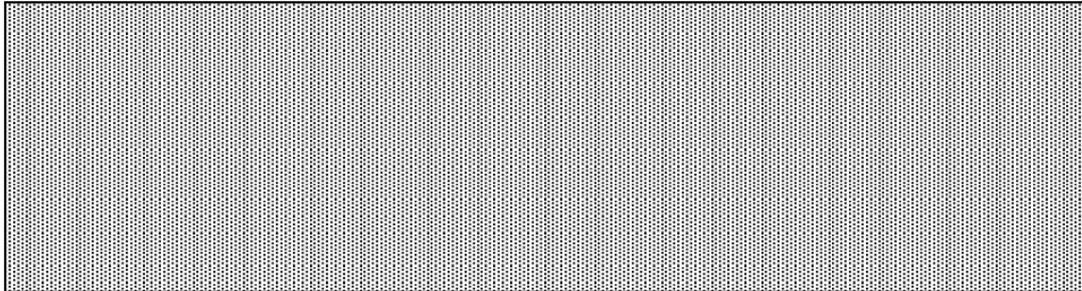
Sensibilisation ou approfondissement réalisés par le médecin :

Nutrition OUI NON Sommeil OUI NON
 Activités sportives OUI NON Psychologique OUI NON

Actions proposées :

| | | | |
|------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Nutritionniste | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Médecin traitant | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Diététicienne | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Infirmier spécialisé | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Kinésithérapeute | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| EAP | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Professionnel du sport | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Psychologue | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Psychiatre | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Autres : | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |

Questionnaire de thèse MLT ALEGRE



| | | |
|--------------|-----------|-------------------|
| VM M6 | LE | GROUPEMENT |
|--------------|-----------|-------------------|

Mesures statur pondérales avec impancémètre :

| | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| POIDS | | MASSE GRASSE | |
| TAILLE | | MASSE MUSCULAIRE | |
| IMC | | TOUR DE TAILLE | |
| | NORMAL 18,5-25 | SURPOIDS 25-30 | OBÉSITÉ 30-35 |
| | | | O. SÉVÈRE >35 |

Résultats derniers ICP :

| | | | |
|-----------|-------|-----------|-------|
| POMPES | | GAINAGE | |
| TRACTIONS | | LUC LÉGER | |
| SOUPLESSE | | KILLY | |

Autres FDRCV :

Antécédent d'HTA OUI NON NON RECHERCHÉ

HTA : mmHg

Antécédent de diabète OUI NON NON RECHERCHÉ

Antécédent de dyslipidémie OUI NON NON RECHERCHÉ

Antécédent familiaux ou personnels de coronaropathie

OUI NON

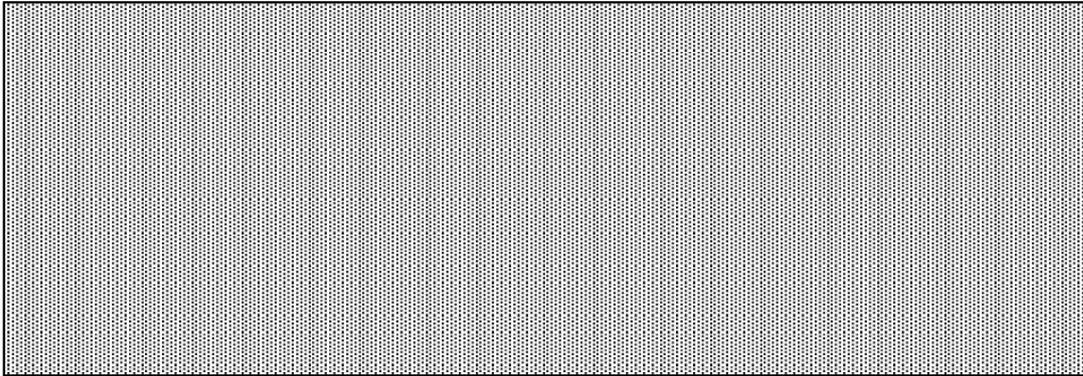
Antécédent de tabagisme actif ou sevré

OUI NON

Ressenti sur la sensibilisation ou actions proposés par le médecin à M0 :

| | | | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|------------------------------|
| Nutrition | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Sommeil | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Activités sportives | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Psychologique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Questionnaire de thèse MLT ALEGRE



Réévaluation par le SP du retentissement sur une échelle numérique de 0 à 10 :

Altération qualité de vie _____
Retentissement social _____
Troubles psychologiques _____
Troubles sexuels _____
Dyspnée effort _____
Arthralgies _____

Actions menées au cours des 6 derniers mois :

| | | | |
|------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Nutritionniste | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Médecin traitant | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Diététicienne | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Infirmier spécialisé | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Kinésithérapeute | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| EAP | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Professionnel du sport | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Psychologue | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Psychiatre | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| Autres : _____ | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| _____ | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |
| _____ | PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | NON PROPOSÉ <input type="checkbox"/> | REFUSÉ <input type="checkbox"/> |



CHARTRE NATIONALE DU SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE

PRÉAMBULE

Les sapeurs-pompiers sont des acteurs indispensables dans la sécurité nationale à laquelle concourent la sécurité intérieure, la sécurité civile et la sécurité économique.

Le sapeur-pompier joue un rôle essentiel dans la sécurité civile qui a pour objet la prévention des risques de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes par la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des autres personnes publiques ou privées.

La loi rappelle, à cet égard, que les missions de sécurité civile sont assurées principalement par les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires des services d'incendie et de secours, qui assurent un maillage complet du territoire, propre à garantir l'efficacité des secours.

Principal acteur de la communauté des sapeurs-pompiers, le sapeur-pompier volontaire prend librement l'engagement de se mettre au service de la société. Il exerce les mêmes activités que les sapeurs-pompiers professionnels. Il contribue ainsi, directement, en fonction de sa disponibilité, aux missions de sécurité civile de toute nature confiées aux services d'incendie et de secours ou aux services de l'Etat qui en sont investis à titre permanent conformément aux dispositions créées par la loi n° 96-370 du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers et la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile. Par là même, il est un acteur à part entière des services d'incendie et de secours, au même titre que les sapeurs-pompiers professionnels et les personnels administratifs, techniques et spécialisés qui agissent de manière coopérative et complémentaire avec lui.

L'activité de sapeur-pompier volontaire repose sur le volontariat et le bénévolat.

Par son engagement, le sapeur-pompier volontaire prend part dans le cadre des principes de la Constitution de la République française à la construction d'une société fondée sur la solidarité et l'entraide.

La charte nationale du sapeur-pompier volontaire a pour objet de rappeler les valeurs du volontariat et de déterminer les droits et les devoirs du sapeur-pompier volontaire.

Cette charte définit, par ailleurs, le rôle du réseau associatif des sapeurs-pompiers dans la promotion, la valorisation et la défense des intérêts des sapeurs-pompiers volontaires.

Lors de son premier engagement, cette charte est signée par le sapeur-pompier volontaire.

Toute personne, qu'elle soit ou non en activité et quelle que soit son activité professionnelle, peut devenir sapeur-pompier volontaire, sous réserve de satisfaire aux conditions d'engagement :

En tant que sapeur-pompier volontaire, je m'engage à servir avec honneur, humilité et dignité au sein du corps (départemental, communal ou intercommunal ou du service de l'Etat investi à titre permanent des missions de sécurité civile) de.... et à avoir un comportement irréprochable lorsque je porte la tenue de sapeur-pompier.

En tant que sapeur-pompier volontaire, je veillerai à faire preuve d'une disponibilité adaptée aux exigences du service en préservant l'équilibre de ma vie professionnelle, familiale et sociale. En tant que sapeur-pompier volontaire, je m'engage, par ailleurs, à acquérir et maintenir les compétences nécessaires et adaptées à l'accomplissement des missions qui pourraient m'être confiées.

En tant que sapeur-pompier volontaire, j'œuvrerai collectivement avec courage et dévouement. En tant que sapeur-pompier volontaire, je respecterai toutes les victimes dans leur diversité ; je serai particulièrement attentionné face à leur détresse et j'agirai avec le même engagement, la même motivation et le même dévouement.

En tant que sapeur-pompier volontaire, je ferai preuve de discrétion et de réserve dans le cadre du service et en dehors du service. Je respecterai une parfaite neutralité pendant mon service et j'agirai toujours et partout avec la plus grande honnêteté.

En tant que sapeur-pompier volontaire, je m'attacherai à l'extérieur de mon service à avoir un comportement respectueux de l'image des sapeurs-pompiers.

En tant que sapeur-pompier volontaire, je contribuerai à promouvoir cet engagement citoyen, notamment dans le but d'en favoriser le développement au sein des générations futures. En tant que sapeur-pompier volontaire, je participerai aux cérémonies publiques et représenterai le service en tant que de besoin.

Tout sapeur-pompier volontaire est rattaché à un cadre juridique spécifique unique :

Le sapeur-pompier volontaire exerce ses missions dans des conditions d'hygiène et de sécurité satisfaisantes.

Le sapeur-pompier volontaire a droit à des indemnités horaires, une protection et des prestations sociales ainsi qu'à une prestation de fin de service.

Le sapeur-pompier volontaire a droit à une formation initiale et continue afin qu'il acquière et maintienne à niveau ses compétences. Ces formations peuvent être valorisées tant dans le monde du travail que dans le secteur associatif.

Le sapeur-pompier volontaire a le droit de porter les tenues, insignes, fanions et drapeaux lors des cérémonies officielles et des activités du réseau associatif.

Rôle du réseau associatif :

Le réseau associatif, fondé sur des structures locales, départementales, régionales et nationales, permet de favoriser et de resserrer les liens qui unissent la communauté des sapeurs-pompiers, des plus jeunes aux vétérans, en un réseau solidaire, source d'échange et de partage.

Le réseau associatif contribue à promouvoir l'image des sapeurs-pompiers volontaires dans la société.

Le réseau associatif veille également aux intérêts moraux et matériels des sapeurs-pompiers, au respect des valeurs dont les sapeurs-pompiers sont porteurs et, plus globalement, notamment par son action sociale, à assurer la défense de leurs intérêts, de leur image et de leurs droits tant auprès des populations, des pouvoirs publics et des employeurs qu'en justice.

Le sapeur-pompier volontaire contribue à faire vivre le réseau associatif.

Fait le 5 octobre 2012.

Jean-Marc Ayrault
Par le Premier ministre :


Le ministre de l'intérieur,
Manuel Valls

POMPIERS 13
DES BOUCHES-DU-RHÔNE

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

En France, 38,7% des adultes sont en surpoids et 10,9% sont obèses, reflet d'une tendance mondiale. L'excès de poids, maladie chronique liée à l'accumulation excessive de graisse, augmente le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète, de cancer, ainsi que de la mortalité. Bien que ses origines soient complexes et multifactorielles, son diagnostic par la mesure de l'IMC est simple. Cela en fait un enjeu majeur de santé publique, pour lequel les autorités sanitaires encouragent une intensification des actions de prévention.

Chez les sapeurs-pompiers, une étude française a révélé que 48% d'entre eux sont en excès de poids et 18% souffrent d'hypertension artérielle, des prévalences comparables à celles de la population générale. Bien qu'ils soient souvent perçus comme un modèle de bonne santé physique et psychologique, les sapeurs-pompiers ne sont pas à l'abri des risques cardiovasculaires, en particulier de l'excès de poids.

Leur aptitude est régulièrement évaluée lors de visites médicales périodiques effectuées par le médecin de sapeur-pompier. Les récentes évolutions de la réglementation permettent d'intégrer une première approche de médecine préventive à ces visites médicales. Cependant, aborder l'excès de poids reste un sujet délicat. En effet, cela peut entraîner une inaptitude temporaire ou définitive, souvent perçue comme une sanction par les sapeurs-pompiers concernés.

En médecine générale, le dépistage systématique et le suivi régulier de l'excès de poids sont recommandés. Il serait pertinent de s'interroger sur l'impact d'une démarche similaire lors des visites médicales chez les sapeurs-pompiers, en particulier pour ceux qui n'ont pas de médecin traitant.

Cette étude prospective descriptive, réalisée au SDIS 13, sur une période de six mois, a cherché à évaluer l'impact de l'accompagnement du médecin de sapeur-pompier sur la courbe pondérale du sapeur-pompier en excès de poids. Les résultats et observations obtenus ont permis de formuler plusieurs hypothèses sur l'impact de cet accompagnement.

Mots-clés : Excès de poids, Surpoids, Obésité, Risque cardiovasculaire, Sapeur-Pompier, Prévention.