



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**ANALYSE DE TRAJECTOIRES DES PATIENTS OBESES OU A RISQUE
D'OBESITE PAR DES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS EN
VUE D'UN BIEN CHOISIR.**

Analyse de trajectoires des patients obèses ou à risque d'obésité, relevé des freins et des leviers à coordonner ces parcours de soins à partir d'expériences d'équipes de premier recours en France en 2016.

Présentée et soutenue publiquement le 31 Janvier 2017 à 14h00
Au Pôle Formation
Par Julie Plattey

JURY

Président :

Madame le Professeur Romon Monique

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Cornet Philippe

Monsieur le Docteur Chazard Emmanuel

Monsieur le Docteur Bayen Marc

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Billiaert Fabienne

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

PLATTEY Julie

Liste des abréviations

HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
IOTF	International Obesity Task Force
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
PNNS	Programme National Nutrition Santé
INSERM	Institut National pour la Santé Et la Recherche Médicale
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
ENNS	Etude Nationale Nutrition Santé
ETP	Education Thérapeutique du Patient
CSO	Centre Spécialisé d'Obésité
TISF	Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale
ALD	Affection Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CNAO	Collectif National des Associations d'Obèses
JEO	Journées Européennes de l'Obésité
RÉPPOP	Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

Table des matières

RESUME	1
ABSTRACT	3
INTRODUCTION	5
I. CONTEXTE	5
II. DEFINITIONS	6
A. CHEZ L'ADULTE	6
B. CHEZ L'ENFANT	7
1. LES COURBES DE CORPULENCE	7
2. LE REBOND D'ADIPOSITE	10
III. EPIDEMIOLOGIE	12
A. EPIDEMIOLOGIE MONDIALE	12
B. EPIDEMIOLOGIE NATIONALE	12
1. CHEZ L'ADULTE	12
A) L'ETUDE OBÉPI-ROCHE®	12
B) LA COHORTE CONSTANCES	13
2. CHEZ L'ENFANT	14
IV. UN ENGAGEMENT NATIONAL.....	15
V. LA PLACE DE LA MEDECINE GENERALE.....	15
VI. OBJECTIFS DE L'ETUDE	18
A. OBJECTIF PRINCIPAL	18
B. OBJECTIFS SECONDAIRES	18
MATERIELS ET METHODES	19
I. METHODE CHOISIE	19
II. CONTEXTE DE L'ETUDE	20
III. SELECTION DES PARTICIPANTS	21
A. FOCUS GROUP 1	21
B. FOCUS GROUP 2	22

IV. LES ENTRETIENS COLLECTIFS	22
V. ETHIQUE	24
VI. RECUEIL DES DONNEES	24
VII. ANALYSE DES DONNEES	25
A. PHASE DE COLLECTE	25
B. PHASE D'ANALYSE	25
C. TRIANGULATION DES DONNEES	26
RESULTATS	27
I. DESCRIPTION DES ENTRETIENS	27
A. FOCUS GROUP 1	27
B. FOCUS GROUP 2	28
II. L'HOLISTIQUE	30
A. L'APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE	30
B. L'APPROCHE GLOBALE	32
C. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	33
D. LA PRISE EN COMPTE DE LA FAMILLE	34
E. LA PARENTALITE	37
III. LA NOTION D'EQUIPE	38
A. L'EQUIPE PLURI-PROFESSIONNELLE	38
B. LE BIEN-ETRE DES EQUIPES	39
C. LES ACTIONS DE TERRITOIRE	41
IV. LA TEMPORALITE	42
A. LA NOTION D'OPPORTUNITE	42
B. LE TEMPS "T"	43
C. LE LONG COURS	44
D. PRENDRE LE TEMPS	44
E. LES ACTIONS DE PREVENTION	45
V. LA COMMUNICATION	46
A. UN LANGAGE COMMUN ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE	46

B. L'INFORMATION DE LA PERSONNE OBESE	47
C. LES REPRESENTATIONS DIFFERENTES DE L'OBESITE ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LA PERSONNE OBESE	48
VI. LA POSTURE	49
A. LA NOTION DE CONFIANCE	49
B. UN ENTRETIEN PLUTOT QU'UNE CONSULTATION	51
C. LE REGARD DU PROFESSIONNEL DE SANTE SUR LA PERSONNE OBESE	52
D. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE	53
VII. LE REGARD SOCIETAL	54
VIII. L'ASPECT FINANCIER.....	56
IX. LES REGARDS CROISES	58
DISCUSSION	60
I. LES LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	60
A. LE BIAIS DE RECRUTEMENT	60
B. LE BIAIS D'INVESTIGATION	61
C. LE BIAIS DE DECLARATION	61
D. LE BIAIS D'INTERPRETATION	61
II. LES FORCES DE L'ETUDE	62
A. L'ORIGINALITE DE L'ETUDE	62
B. LE CHOIX DES PARTICIPANTS	62
C. L'ANIMATEUR	63
D. LA SATURATION DES DONNEES	63
E. LA METHODE CHOISIE	63
F. LA TRIANGULATION DES DONNEES	64
III. UNE POSTURE D'ENTRETIEN	64
A. UN ENTRETIEN	64
B. UN ACCOMPAGNEMENT	65
C. UNE REVELATION	66
IV. UNE MALADIE CHRONIQUE	67

A. UN CONCEPT RECENT	67
B. LA BIENVEILLANCE	68
C. LES EQUIPES DE PROFESSIONNELS DE SANTE	69
D. L'ASPECT SOCIETAL	70
E. LA PREVENTION	71
F. LA PARENTALITE	72
V. LES REGARDS CROISES	73
CONCLUSION	74
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
ANNEXES	81
Annexe 1 : Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Il n'y a pas lieu de...	
Annexe 2 : Grille de profils distribuée aux participants lors des entretiens collectifs.	
Annexe 3 : Fiche de déclaration d'intérêt remise aux participants des focus groups.	
Annexe 4 : Consentement écrit rempli par les participants pour l'enregistrement audio de l'entretien et l'utilisation des données dans le cadre d'un travail de thèse de Médecine Générale.	
Annexe 5 : Retranscription des deux entretiens collectifs.	

RÉSUMÉ

Contexte : l'obésité est une maladie chronique et un problème mondial de santé publique. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2011 une fiche de neuf items à ne pas faire dans la prise en charge de l'obésité et du surpoids de l'adulte en soins primaires. Le travail ici réalisé en collaboration avec le Collège de la Médecine Générale a pour objectif principal d'établir un bien choisi organisationnel concernant le parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité en soins primaires.

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative utilisant la théorisation ancrée. Deux focus groups ont été réalisés durant le Congrès de Médecine Générale 2016. Le premier focus group était un focus group fermé, formé de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de patients obèses ou en surpoids. Le second focus group était un focus group ouvert, constitué de professionnels de santé de soins primaires exerçant en France ou à l'étranger.

Résultats : sept leviers sont ressortis lors de l'analyse des entretiens collectifs : la prise en charge du surpoids et de l'obésité doit être holistique, centrée sur la personne et son histoire, inclure la famille et la psychologie du patient. L'accompagnement doit être fait avec une équipe pluri-professionnelle. Le temps est une notion qui est revenue à de nombreuses reprises : le suivi doit être sur le long cours et il existe des temps clés pour évoquer cette maladie avec les patients. La communication apparaît également comme un levier primordial : les équipes doivent utiliser un langage commun. La notion d'entretien et de confiance avec les patients est également ressortie. La société a un

rôle important dans la perception de l'obésité, les médias ont très souvent un rôle culpabilisateur envers les personnes en obésité et surpoids. L'aspect financier pourrait être également un levier dans la prise en charge de cette maladie. Enfin, un dernier paragraphe a été ajouté concernant les regards croisés recueillis lors du second focus group. Il réfère à l'avis des médecins francophones exerçant au Maghreb.

Conclusion : nous avons établi un bien choisir organisationnel avec des leviers qui pourraient permettre une amélioration du parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité en soins primaires en France. Pour aller encore plus loin dans la réflexion il faudrait le soumettre à un groupe de patients experts qui validerait ou non ces propositions ou l'expérimenter avec des patients traceurs.

ABSTRACT

Background : Obesity is a chronic illness and a global public health problem. In 2011, The French National Authority for Health published a listing of nine points not to be done in the management of adult obesity and overweight in primary care. This work, carried out in collaboration with the « College of Médecine Générale », aims at establishing an organizational choosing wisely about the clinical pathway for the obese or at risk of obesity patient in primary care.

Methods : this is a qualitative study using the grounded theory. Two focus groups were conducted during the 2016 General Medicine Congress. The first focus group was a closed focus group, made up of health professionals involved in the management of obese or overweight patients. The second focus group was an open focus group, made up of primary care health professionals practising in France or abroad.

Results : seven levers emerged during the analysis of the group interviews : the management of overweight and obesity must be holistic, centered on the person and his history, include the family and the psychology of the patient. The accompaniment must be done with a multi-professional team. Time is a notion that has come back many times : monitoring must be a long-term one and there are key times to discuss this disease with the patients. Communication also appears as a key lever : teams must use a common language. The notion of interview and trust with patients also

emerged. Society plays an important role in perception of obesity, media often have a guilt-inducing approach towards obese and overweight people. The financial aspect could also be a lever in the management of this illness. Finally, a last paragraph has been added concerning the crossed views collected during the second focus group. It refers to the opinion of French-speaking doctors practising in the Maghreb.

Conclusion : we established an organisational choosing wisely with levers that could allow an improvement in the clinical pathway for obese or at risk of obesity person in primary care in France. To go even further in the reflexion it would be necessary to submit it to a group of expert patients who would validate or not these proposals or to experimente it with patients tracers.

INTRODUCTION

I. Contexte

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le taux d'obésité à l'échelle mondiale a doublé depuis 1980 [1]. L'obésité apparaît comme un problème mondial de santé publique.

L'obésité est une maladie chronique évolutive qui entraîne un retentissement majeur sur la qualité de vie des personnes et qui a des conséquences sur leur santé. Elle est source de complications médicales et favorise l'apparition de comorbidités ou d'autres maladies chroniques. C'est une maladie qui touche toutes les tranches d'âge ainsi que toutes les catégories socio-professionnelles. Elle nécessite une prise en charge globale, centrée sur le patient, par une équipe multidisciplinaire et pluri-professionnelle [2].

Le Collège de la Médecine Générale porte un intérêt tout particulier quant à la réflexion sur la prise en charge de l'obésité et du surpoids en France en soins primaires.

Le travail de recherche qui suit a été réalisé en collaboration avec le Collège de la Médecine Générale. Il a pour but l'analyse de trajectoires des patients obèses ou à risque d'obésité à partir de retours d'expériences d'équipes de premier recours et de répondre à la question suivante : quels sont les freins et les leviers à coordonner le parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité en soins primaires en France en 2016 ?

II. Définitions

« Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. » [1]

Les définitions du surpoids et de l'obésité sont différentes chez l'adulte et chez l'enfant.

A. Chez l'adulte

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est utilisé pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. C'est une mesure simple du poids par rapport à la taille. L'IMC se calcule en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres, exprimé en kg/m^2 [3]. Un des intérêts de l'IMC est que l'échelle est la même quels que soient l'âge ou le sexe du sujet.

Il existe une classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC, reprise par la Haute Autorité de Santé (HAS) [4].

Le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m^2 . L'obésité correspond à un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m^2 , elle comporte trois degrés de sévérité définis selon le tableau 1.

Tableau 1. Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC [4].

	Classe de l'obésité	IMC (kg/m^2)
Poids normal		18,5 – 24,9
Surpoids		25 – 29,9
Obésité	I.modérée	30 – 34,9
Obésité	II.sévère	35 – 39,9
Obésité	III.morbide	≥ 40

La HAS recommande en 2011, pour un IMC supérieur à 25 kg/m² et inférieur à 35 kg/m², la mesure du tour de taille à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque. Le périmètre abdominal est un indicateur de l'excès de graisse au niveau abdominal et il est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité [4].

B. Chez l'enfant

Chez l'enfant, l'IMC s'interprète à l'aide des courbes de corpulence, en fonction de l'âge et du sexe [5].

1. Les courbes de corpulence

Différentes courbes de corpulence sont disponibles. En France, les plus utilisées sont les courbes de corpulence françaises et les seuils de l'International Obesity Task Force (IOTF). L'OMS a aussi publié des nouvelles références, pour les enfants âgés de 0 à 5 ans et de 5 à 19 ans, encore peu utilisées en France selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en 2011 [6].

- Les références françaises [5] :

Les courbes de corpulence françaises, établies en 1982 et révisées en 1991, figurent depuis 1995 dans le carnet de santé des enfants.

Ces courbes sont établies en centiles et permettent de définir trois zones :

- Une zone d'insuffisance pondérale : < 3^e percentile
- Une zone de normalité : 3^e – 97^e percentile
- Une zone de surpoids : > 97^e percentile

Ces courbes ne permettent pas de distinguer l'obésité du surpoids chez l'enfant.

- Les références internationales [5] :

En 2000, l'IOTF a élaboré une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. Pour cela, des courbes de l'IMC établies à partir de données recueillies dans six pays disposant de larges échantillons représentatifs ont été utilisées.

Ces courbes sont disponibles de l'âge de 2 à 18 ans.

Les différents seuils établis par l'IOTF sont les suivants :

- $IMC \geq$ seuil IOTF-25 : Surpoids (obésité incluse).
- $Seuil\ IOTF-25 < IMC < seuil\ IOTF-30$: Surpoids (obésité exclue).
- $IMC \geq$ seuil IOTF-30 : Obésité.

A noter que la courbe IOTF-25 est proche de la courbe des références françaises du 97^e percentile.

- Les courbes de corpulence du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2010 [5 ; 6 ; 7]

Dans le cadre du PNNS de 2003, le ministère de la santé a diffusé des courbes de corpulence adaptées à la pratique clinique. Une nouvelle version a été établie, lors du PNNS de 2010, par un groupe de travail réunissant des professionnels de terrain (médecins généralistes, pédiatres, médecins et infirmiers de santé scolaire) et des épidémiologistes. Cette version actualisée comporte ainsi les courbes de références françaises complétées par les courbes de références internationales de l'IOTF.

L'objectif de la réactualisation de ces courbes en 2010 est de faciliter le repérage précoce et le suivi des enfants en surpoids, obèses, ou à risque de le devenir, sans que l'excès de poids ne soit ni banalisé, ni ressenti comme stigmatisant.

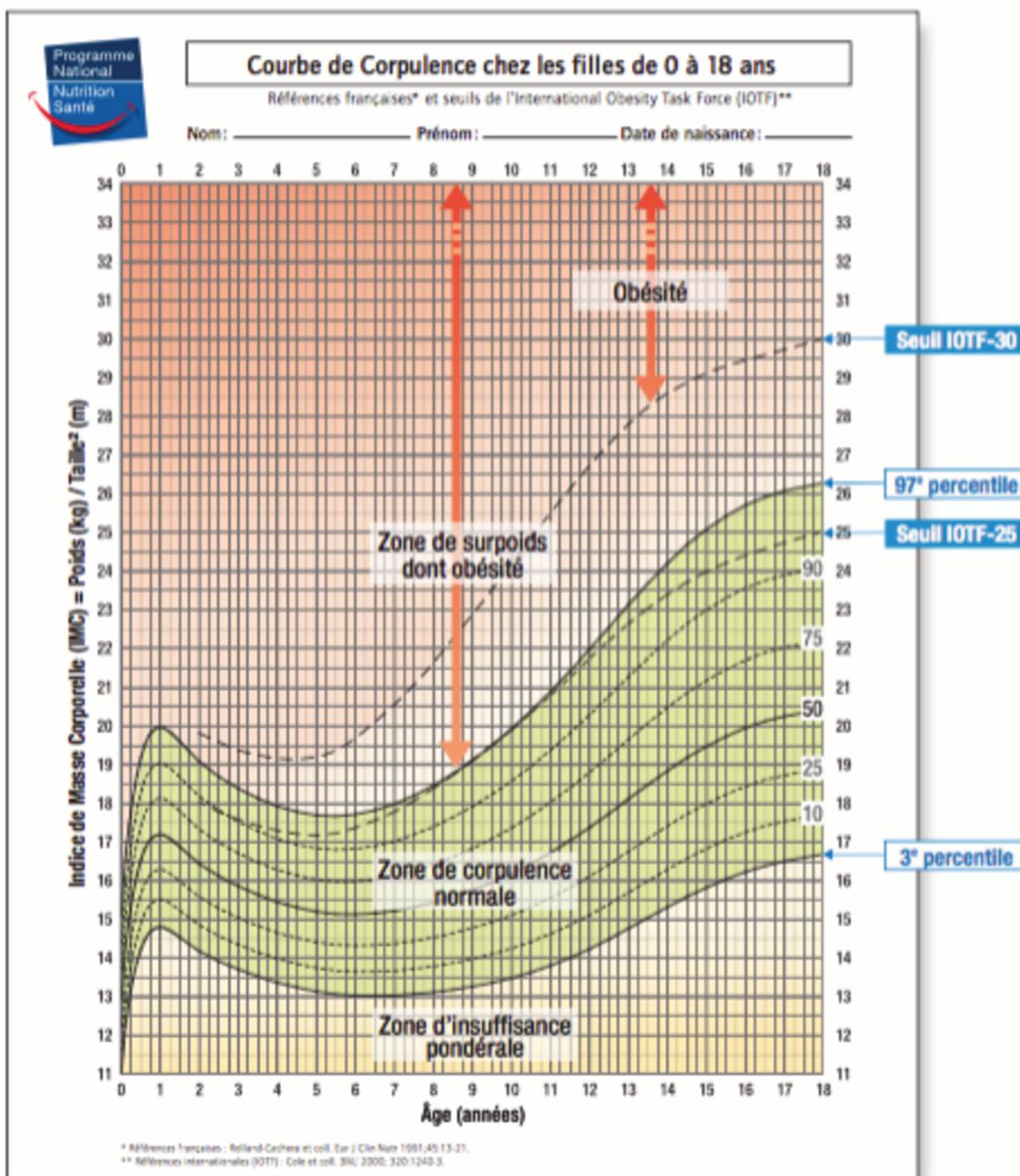
A noter que les courbes du carnet de santé de l'enfant en France réfèrent à une version du premier Janvier 2006.

En France, les seuils recommandés pour définir le surpoids et l'obésité en pratique clinique chez l'enfant et l'adolescent sont ceux des courbes de corpulence du PNNS 2010 :

- $IMC < 3^e$ percentile : Insuffisance pondérale
- $3^e \leq IMC < 97^e$ percentile : Corpulence normale
- $IMC \geq 97^e$ percentile : Surpoids
- $IMC \geq IOTF-30$: Obésité

A noter qu'il existe un PNNS 2011-2015, sans nouvelle mise à jour de ces courbes.

Image 1. Définitions et seuils du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent selon les courbes de corpulence du PNNS 2010 [6].



2. Le rebond d'adiposité [6]

Durant la première année de vie, la corpulence de l'enfant augmente puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans et croît de nouveau jusqu'à la fin de la croissance, tout ceci de

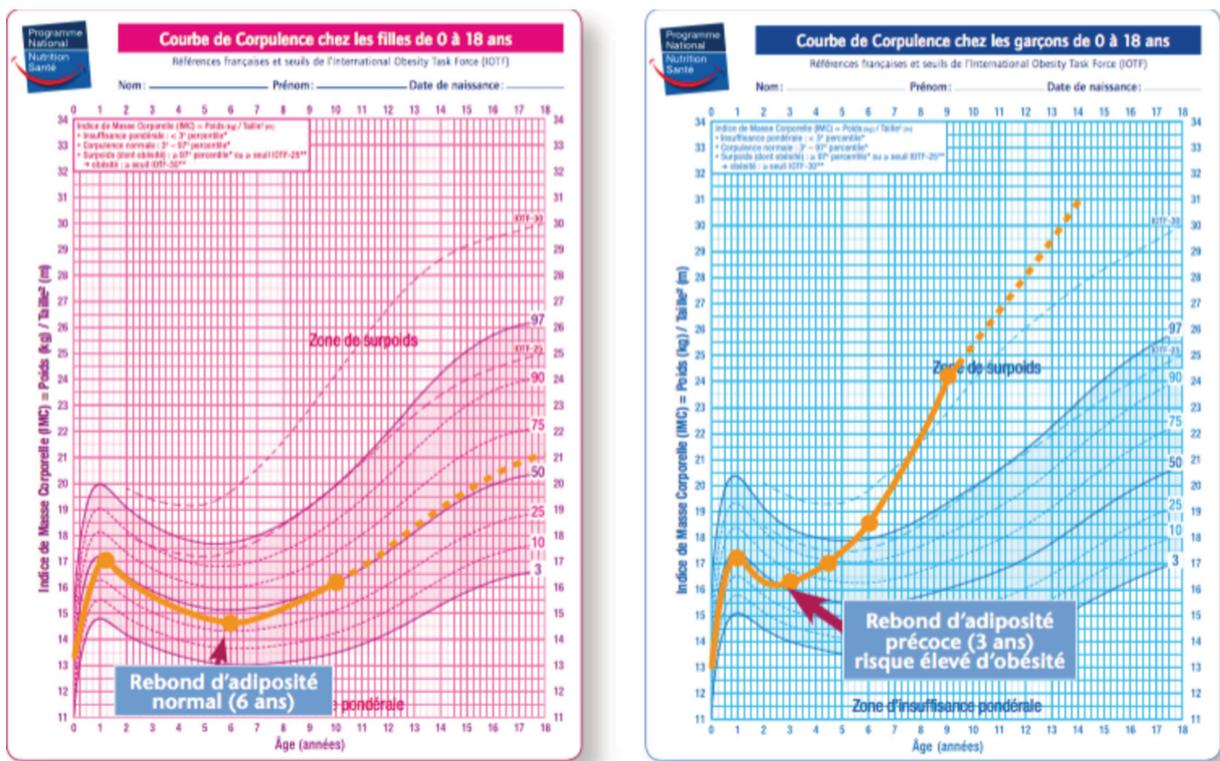
manière physiologique. La remontée de la courbe de l'IMC vers l'âge de 6 ans est appelée le rebond d'adiposité.

Nous savons que l'âge au rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte.

L'âge de survenue du rebond d'adiposité est un marqueur prédictif du risque d'obésité : plus le rebond est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé.

Les courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique permettent de mettre en évidence ce phénomène.

Image 2. Illustrations d'un rebond d'adiposité normal et d'un rebond d'adiposité précoce [6].



III. Epidémiologie

A. Epidémiologie mondiale

Selon l'OMS, en 2014, plus de 1,9 milliards d'adultes étaient en surpoids. Sur ce total plus de 600 millions étaient obèses ; 39% des adultes étaient en surpoids et 13% étaient obèses [1].

En 2014 toujours, 41 millions d'enfants de moins de 5 ans étaient en surpoids ou obèses [1].

B. Epidémiologie nationale

1. Chez l'adulte

a) L'étude ObEpi-Roche®

Depuis 1997, l'enquête ObEpi-Roche® analyse tous les 3 ans la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. Il s'agit d'une étude déclarative menée auprès d'un échantillon de 25 000 individus âgés de 18 ans et plus. Cette étude est réalisée en collaboration avec l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), avec la réserve d'une étude financée par un laboratoire pharmaceutique.

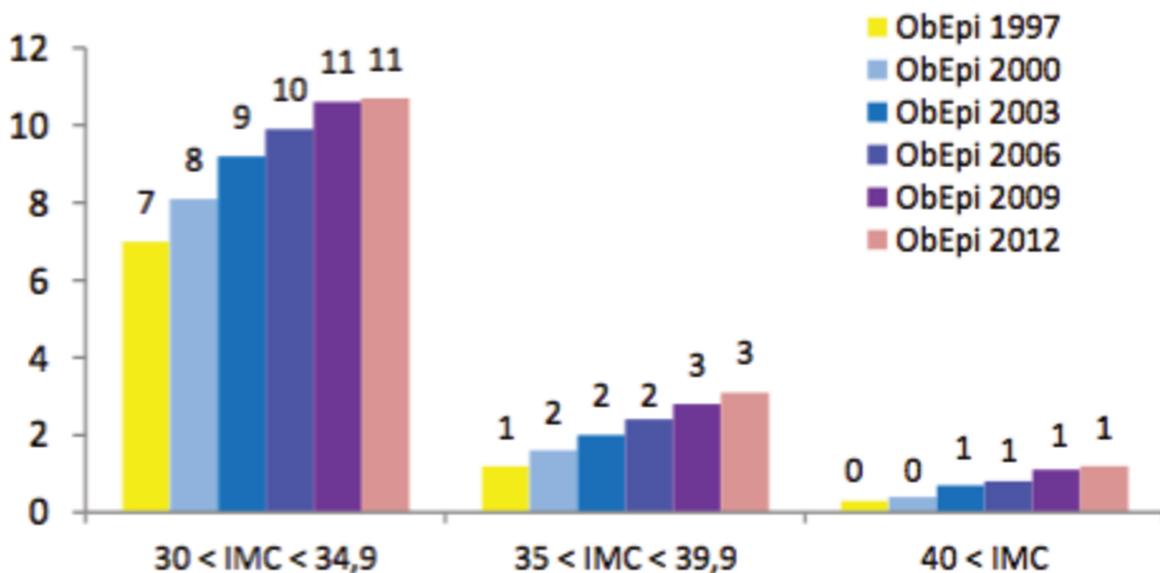
Selon l'étude ObEpi 2012 [8] :

- 32,3% des français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids et 15% présentent une obésité.
- Le nombre de personnes obèses en 2012 est estimé à environ 6 922 000, ce qui correspond à 3 356 000 personnes supplémentaires par rapport au chiffre de 1997.
- L'IMC moyen passe de 24,3 kg/m² en 1997 à 25,4 kg/m² en 2012 (p<0,05), soit une augmentation moyenne de 1,1 kg/m² depuis 1997.

- Comme depuis 2003, en 2012, la prévalence de l'obésité reste plus élevée chez les femmes : 15,7% versus 14,3% chez les hommes (p<0,01).

La prévalence de l'obésité en 2012 était de 15% par rapport à 14,5% en 2009. Elle était de 8,5% en 1997, de 10,1% en 2000, de 11,9% en 2003 et de 13,1% en 2006 [8]. Cette augmentation modeste de la prévalence de l'obésité entre 2009 et 2012 correspond à un ralentissement significatif de sa progression comme le montre la figure qui suit [8].

Figure 1. Evolution des différentes classes d'obésité depuis 1997 [8].



b) La cohorte *Constances* [9]

Constances est une cohorte épidémiologique constituée d'un échantillon cible de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion.

Une étude, réalisée en 2013, en collaboration avec l'Institut National pour la Santé Et la Recherche Médicale (INSERM) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM),

a étudié les données anthropométriques mesurées lors d'un examen de santé chez des individus de la cohorte *Constances*.

Les données de 28 895 personnes âgées de 30 à 69 ans ont été analysées.

L'étude montre que :

- Le pourcentage d'obésité globale est de 15,8% chez les hommes et 15,6% chez les femmes.
- La prévalence du surpoids est de 41% chez les hommes et 25,3% chez les femmes.

2. Chez l'enfant

Selon le Plan Obésité 2010-2013, en France, un enfant sur six est en surpoids [10].

L'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS), réalisée en 2006, fournit des données concernant les enfants français âgés de 3 à 17 ans. Les résultats de cette étude montrent [11] :

- Une prévalence de l'obésité qui s'élève à 3,5%.
- Une prévalence du surpoids à 14,3% (obésité non incluse).
- La prévalence du surpoids était supérieure chez les filles dans la catégorie des 3-10 ans.

IV. Un engagement national [10]

L'obésité a fait l'objet d'un engagement national dans le cadre du Plan Obésité 2010-2013. Les principaux axes de ce plan portent sur la recherche, la prévention et l'organisation des soins. Concernant l'organisation des soins, il s'agit d'améliorer l'accessibilité, la lisibilité de l'offre, la qualité et la sécurité des soins. Ce Plan Obésité place le médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité. Il considère que le rôle du médecin généraliste doit être renforcé dans la prise en charge de cette maladie chronique.

Une des mesures (Axe 1, Mesure 1) propose de réaffirmer le rôle des médecins traitants dans le cadre de la prévention, du dépistage, de la prise en charge initiale et du suivi des patients obèses ainsi que dans la coordination des soins.

La demande de la rédaction de ce Plan Obésité par l'Etat français montre à quel point le surpoids et l'obésité sont des enjeux de santé publique.

Il montre également la volonté et la nécessité de réaffirmer le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité qui se doit d'être globale, centrée sur le patient et sur le long cours.

V. La place de la médecine générale

« La médecine générale – médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité orientée vers les soins primaires. » *Définition européenne, 2002* [12].

La WONCA Europe (Société Européenne de Médecine Générale – Médecine de famille) a défini, en 2002, six compétences fondamentales du médecin généraliste en référence aux onze caractéristiques de la discipline [12] :

Compétences du médecin généraliste	Caractéristiques de la discipline
1) <u>Gestion des soins de santé primaires</u>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Premier contact avec le système de soins.</i> - <i>Utiliser les ressources du système de santé pour la coordination des soins.</i>
2) <u>Soins centrés sur la personne</u>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dans les dimensions individuelles, familiales et communautaires de la personne.</i> - <i>Construction dans la durée d'une relation médecin-patient.</i> - <i>Assurance de soins continus et longitudinaux.</i>
3) <u>Aptitude spécifique à la résolution de problèmes</u>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Démarche décisionnelle basée sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.</i> - <i>Gérer simultanément des problèmes de santé aigus et chroniques d'un même patient.</i>

4) <u>Approche globale</u>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies.</i> - <i>Favorise la promotion et l'éducation pour la santé.</i>
5) <u>Orientation communautaire</u>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>A une responsabilité de santé publique dans la communauté.</i>
6) <u>Adoption d'un modèle holistique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.</i>

Une actualisation en 2013 de la définition de la médecine générale apporte une douzième caractéristique qui est la **responsabilisation du patient** [13].

Ces six compétences permettent d'illustrer la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité en soins primaires. Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la coordination des soins.

La prise en charge est personnalisée, car centrée sur la personne, et globale, car elle prend en compte toutes les dimensions de la maladie.

Le médecin généraliste accompagne la personne obèse ou à risque d'obésité sur le long terme, en créant une relation de confiance.

Cette relation médecin-malade peut débuter à n'importe quel stade de la maladie, que ce soit au stade initial ou au stade de complications.

VI. Objectifs de l'étude

A. Objectif principal

La HAS a rédigé en Septembre 2011 une fiche sur le surpoids et l'obésité de l'adulte, inscrivant neuf items à ne pas faire dans la prise en charge médicale de premier recours [14] (Annexe 1).

Dans une certaine continuité, ce travail a pour vocation d'établir « un bien choisir organisationnel » ou « choosing wisely » afin d'améliorer la coordination des soins en soins primaires en terme de parcours du patient obèse ou à risque d'obésité. Ce bien choisir est établi grâce au recueil de données lors de deux groupes focus.

Ce bien choisir doit pouvoir être diffusable auprès des médecins généralistes et des acteurs de soins primaires.

B. Objectifs secondaires

Deux objectifs secondaires sont ressortis de ce travail :

- Soumettre aux participants du second focus group les items ressortis lors du premier entretien concernant ce bien choisir. Recueillir leurs avis de professionnels de terrain concernant ces propositions, leur paraissent-elles acceptables, faisables et reproductibles en soins primaires ?

- Recueillir la vision des médecins généralistes francophones exerçant au Maghreb sur la prise en charge de l'obésité et du surpoids dans leur quotidien. Un paragraphe intitulé « Regards croisés » est dédié à cet objectif secondaire dans la partie « Résultats ».

MATERIEL ET METHODES

I. Méthode choisie

Pour répondre de façon appropriée à la question posée dans cette étude et à l'objectif principal qui en découle, la méthode de recherche qualitative par la théorisation ancrée a été choisie.

La recherche qualitative naît dans les années 1920. Ce sont des anthropologues et des sociologues qui ont mené les premières recherches sur des phénomènes humains dans leur environnement naturel et d'un point de vue holistique. Cette méthode de recherche sera ensuite utilisée par des chercheurs en santé dans les années 1990 [15]. La recherche qualitative a pour but de recueillir des données afin d'aboutir à une démarche interprétative [15].

La théorisation ancrée vise à produire une « théorisation » à partir de données recueillies auprès de personnes ayant une expérience significative permettant la description approfondie du phénomène à l'étude [16].

Dans ce travail, les données ont été générées à partir d'entretiens collectifs ou « focus groups ». Les entretiens collectifs permettent de créer des échanges et des interactions, de partager des expériences et d'élaborer des hypothèses sur un thème déterminé. Le dynamisme et l'interaction d'un groupe peuvent amener à une grande

richesse d'informations. Cela permet également aux professionnels de santé d'étudier certains aspects de leur pratique.

La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. Elle explore aussi bien les « Comment ? » que les « Pourquoi ? ». Elle n'écarte pas les illettrés [17].

C'est une méthode basée sur l'écoute et l'observation des attitudes des participants.

Tous ces éléments ont favorisé le choix des focus groups par rapport aux entretiens individuels pour la réalisation de cette étude.

Il s'agit ici d'une étude de ressenti de professionnels de santé en vue d'améliorer la coordination du parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité en France en 2016 en soins primaires.

II. Contexte de l'étude

Les focus groups ont été réalisés lors du congrès de Médecine Générale France 2016.

Ce dernier a eu lieu à Paris, au Palais des Congrès, du 31 mars au 2 avril 2016 inclus.

Lors du congrès, deux temps et deux salles ont été dédiés à la réalisation des entretiens collectifs sur deux jours consécutifs, les 1^{er} et 2 avril 2016.

Ce travail de recherche a été organisé en collaboration avec le Collège de la Médecine Générale. Ce projet d'étude et la question de recherche de ce travail sont nés lors d'échanges au cours d'un atelier pendant le séminaire de Saclay, les 8 et 9 Octobre 2015, organisé par le Collège de la Médecine Générale. La prise en charge du surpoids et de l'obésité en soins primaires apparaît comme un enjeu important pour le Collège, l'objectif étant d'améliorer la coordination du parcours de soins de ces patients en établissant un bien choisir organisationnel. Ce bien choisir est destiné aux acteurs de santé de premier recours.

III. Sélection des participants

La sélection des participants a été différente pour chacun des deux focus groups.

A. Focus group 1

Le premier entretien collectif comporte des professionnels de santé investis et/ou impliqués dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Il s'agit d'un focus group fermé (invités).

Les professionnels ont été contactés par mail et/ou par téléphone.

L'objectif est de réunir un groupe interprofessionnel. Des médecins généralistes, des diététiciens, des infirmiers et des kinésithérapeutes ont été contactés.

Aucun des diététiciens et kinésithérapeutes contactés n'était disponible pour participer à ce focus group.

Les personnes ayant accepté de participer ont toutes été informées du thème abordé, du déroulement global et de l'objectif de cet entretien collectif.

Les participants ont été cooptés par deux membres du Collège de la Médecine Générale. Ils ont été repérés par leurs actions ou publications comme impliqués dans le suivi des patients obèses.

Ils ont été invités par le Collège de la Médecine Générale. Le Collège a pris en charge les frais d'inscription au congrès ainsi que l'indemnisation de leurs déplacements.

Les participants étaient tous volontaires et physiquement présents lors du focus group.

B. Focus group 2

Le second entretien collectif s'organise autour de professionnels de santé de soins primaires intéressés par le thème. Ils ne sont pas forcément impliqués ou investis dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité.

Il s'agit d'un focus group ouvert, sans invitation. Les professionnels sont informés par la plaquette du congrès.

Les professionnels n'ont pas été contactés avant le focus group. Il n'y a donc pas eu de sélection des participants au préalable.

Ce sont des professionnels de santé qui se sont inscrits à un atelier organisé lors du Congrès de Médecine Générale 2016 ayant pour thème : « Surpoids et obésité au quotidien, retours d'expériences ». Cet atelier a été créé en collaboration avec le Collège de la Médecine Générale.

Il est composé de médecins généralistes et d'internes de médecine générale francophones, exerçant en France ou au Maghreb.

IV. Les entretiens collectifs

Les deux groupes focus ont été réalisés durant le Congrès de Médecine Générale France 2016, respectivement les 1^{er} et 2 avril 2016.

Ils ont été animés par un même animateur-modérateur, formé à la recherche qualitative et à l'animation des entretiens collectifs, membre du Collège de la Médecine Générale. Son objectif est de faire émerger les différents points de vue des participants, de reformuler et de clarifier les propos des participants afin de faire évoluer les discussions.

Un mot d'accueil a été prononcé avant le début de chaque focus group par l'animateur. Le thème et l'objectif du travail ont été présentés de façon approfondie. Le déroulement et les consignes pour la réalisation d'un entretien collectif de qualité ont été expliqués par le modérateur. L'animateur a également précisé que les données recueillies lors des entretiens serviraient à un travail de recherche de Médecine Générale et a présenté la personne en charge de ce travail. Chaque personne impliquée dans le focus group a été présentée : participants, observateurs externes, animateur-modérateur.

Le thème abordé lors des focus groups est l'analyse de trajectoire de patients obèses ou à risque d'obésité à partir de retours d'expériences d'équipes de premier recours. La question de recherche posée est la suivante : quels sont les freins et les leviers à coordonner le parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité en soins primaires en France en 2016 ?

Un guide d'animation a été prévu au préalable pour chacun des focus groups. Il s'agissait de questions ouvertes permettant ainsi de stimuler le travail du groupe. Celui-ci a évolué entre le premier focus group et le second. En effet, le guide d'animation du second focus group a été élaboré à partir des notes recueillies lors du premier focus afin d'adapter au mieux le déroulement du second.

La prise de notes a été faite par deux observateurs externes non participant aux focus groups. Leur rôle était également de noter les aspects non-verbaux et relationnels qui apparaissaient lors des entretiens.

Une grille de profils a été remplie par chaque participant afin de recueillir leurs caractéristiques : nom, prénom, année de naissance, adresse mail, profession, lieu et type d'exercice, profil de formation complémentaire en rapport avec l'obésité, implication dans une association, un réseau, une maison de santé sur une thématique obésité et/ou autre (Annexe 2).

V. Ethique

Les participants n'ont pas reçu de rémunération pour la participation à ces entretiens collectifs.

Ils ont été invités à remplir une fiche de déclaration d'intérêt (Annexe 3). Une déclaration d'intérêt est revenue positive.

Ils ont également rempli un consentement écrit pour l'enregistrement audio et l'utilisation de ces données dans le cadre d'un travail de thèse de Médecine Générale (Annexe 4).

VI. Recueil des données

Une fois arrivé à saturation des données pour les deux groupes focus, l'enregistrement a été stoppé par l'animateur en accord avec les participants.

L'animateur a recueilli et guidé l'entretien du groupe à l'aide d'un schéma heuristique permettant aux participants d'être relancés ou d'emphaser les données communes.

Le recueil des données a été fait par enregistrement audio pour les deux entretiens à l'aide de deux téléphones portables et d'un dictaphone.

La prise de notes par trois personnes pendant le premier focus group et deux personnes pour le second focus group a également aidé au recueil des données.

VII. Analyse des données

A. Phase de collecte

Les données audio ont ensuite été retranscrites intégralement sur un logiciel de traitement de texte. Les propos « mot à mot » ont été retranscrits.

Des commentaires, différenciés par l'écriture en italique, ont été ajoutés pour signifier des moments de pause, de silence, de rire, d'interruption de l'entretien collectif par un événement.

Plusieurs écoutes ont été nécessaires pour cette retranscription.

Toutes les données ont ensuite été anonymisées.

B. Phase d'analyse

Tout au long des entretiens collectifs, l'animateur s'est astreint à vérifier la concordance entre les messages exprimés par les participants et les messages retenus par le modérateur. Pour cela, l'animateur reformulait l'idée exprimée par le participant et l'inscrivait sur une carte mentale visible de tous.

Le codage et l'analyse des verbatim ont été réalisés via le logiciel QRS NVivo®. Les verbatim correspondent au compte rendu intégral d'un entretien [18].

L'analyse porte aussi bien sur le verbal que sur le non-verbal et l'émotionnel [17].

L'analyse de contenu correspond à un examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des connexions entre celles-ci [19].

Nous avons d'abord créé les sources qui correspondent en fait aux verbatim des différents participants. Puis, nous avons créé des nœuds qui correspondent à des codes de premier niveau et enfin des sous-nœuds. Les nœuds et sous-nœuds correspondent aux grandes idées du bien choisir.

C. Triangulation des données

La triangulation par deux chercheurs indépendants permet d'ajouter un critère de validité interne à cette étude.

En cas de désaccord entre les chercheurs, une réécoute des enregistrements a été effectuée dans le but de trouver un consensus.

RESULTATS

I. Description des entretiens

A. Focus Group 1

Le premier focus group a eu lieu le vendredi 1^{er} avril 2016 de 16h30 à 18h00 en salle 224 M du Palais des Congrès à Paris.

Cet entretien collectif est composé de neuf participants, quatre femmes et cinq hommes, âgés de 49 à 66 ans. Il s'agit d'un focus group interprofessionnel, il est composé de deux infirmiers diplômés d'état et de sept médecins généralistes.

Un participant prévu initialement n'a pas pu être présent lors du focus group.

Les participants viennent de trois régions différentes de France : cinq participants viennent des Hauts-de-France ; un participant vient d'Ile-de-France et trois participants viennent de Centre-Val de Loire.

Sept participants ont une activité libérale et deux participants ont une activité salariée.

Parmi les sept ayant une activité libérale, six sont en milieu urbain et un en milieu semi-rural. Trois participants exercent en cabinet de groupe, quatre en maison de santé pluridisciplinaire et deux participants travaillent en clinique spécialisée.

Trois des participants sont impliqués dans des réseaux ayant une thématique sur l'obésité.

Concernant les formations complémentaires : quatre des participants ont un diplôme universitaire sur l'obésité, six ont reçu une formation à l'Education Thérapeutique du

Patient (ETP), et un participant a réalisé une thèse de sociologie ayant pour sujet l'obésité.

Les participants ont été positionnés en arc de cercle autour de l'animateur.

L'animateur a colligé de manière visible par tous les participants pour aider au suivi des idées émises lors du focus group.

Deux observateurs externes non participants, placés derrière les intervenants, ont pris des notes écrites. Un autre observateur externe non participant a réalisé une carte mentale déroulée qui a servi à l'élaboration du guide d'animation pour le second focus group du lendemain.

La durée de cet entretien collectif est de 81 minutes et 48 secondes.

Le nombre d'interventions moyen par participant pour ce focus group est de 37,3, avec des extrêmes entre 5 et 67 interventions.

B. Focus group 2

Le second focus group a eu lieu le samedi 2 avril 2016 de 9h00 à 10h30 en salle 252 A du Palais des Congrès à Paris.

Il s'agit d'un focus group ouvert comme expliqué précédemment. Devant le nombre de personnes inscrites et présentes lors de l'atelier, nous avons formé trois sous-groupes, animés par trois personnes différentes. Les données qui ont servi à rédiger ce travail ne sont issues que d'un seul de ces trois sous-groupes. Ce focus group a été animé par le même animateur-modérateur que le focus group du vendredi 1^{er} avril.

Cet entretien collectif est composé de sept participants, trois femmes et quatre hommes. Il s'agit d'un focus group formé uniquement de professionnels de santé de premier recours : médecins généralistes ou internes de médecine générale, francophones, exerçant en France ou au Maghreb.

Parmi ces sept participants, cinq sont médecins généralistes et deux sont internes de médecine générale.

Parmi les cinq médecins généralistes, trois sont médecins généralistes au Maghreb : deux au Maroc et un en Algérie ; et deux sont médecins généralistes en France dans les régions Ile-De-France et Grand-Est.

Parmi les deux médecins généralistes exerçant en France, un exerce en milieu rural et un en milieu urbain ; tous les deux travaillent en cabinet de groupe, en libéral. Un est enseignant chercheur dans un département de Médecine Générale et membre d'un Centre Spécialisé d'Obésité (CSO).

Comme décrit précédemment, le guide d'animation du second focus group a été établi à partir des notes et des données collectées lors du premier focus group. En effet, le second focus group a permis de valider ou non les idées principales émises lors du premier focus group. Il a été demandé aux participants du second focus group si ces idées étaient acceptables ou non et réalisables ou non en soins primaires.

Le second focus group a également permis de recueillir des nouvelles données concernant des leviers pour l'amélioration du parcours de soins du patient obèse ou en surpoids en soins primaires.

Les participants ont été positionnés en arc de cercle autour de l'animateur.

Deux observateurs externes non participants placés derrière les participants ont pris des notes écrites.

La durée de cet entretien collectif est de 62 minutes et 38 secondes.

Le nombre d'interventions moyen par participant est de 21,8, avec des extrêmes entre 0 et 49 interventions.

II. L'holistique

A. L'approche centrée sur la personne

- **Connaître l'histoire pondérale de la personne, l'histoire de vie est une étape incontournable pour les intervenants des focus groups.**
 - *« Dans l'histoire pondérale on vient dans l'histoire de vie. C'est-à-dire que l'histoire pondérale n'est jamais que le fil... un peu comme ça qui trace l'histoire de vie. » (FG 1 Int 8)*
 - *« [...] et surtout voilà en reprenant l'histoire pondérale déjà dans un premier temps avec le patient, euh, essayer de voir avec lui, lui demander, d'après lui, qu'est-ce qui a provoqué les prises de poids ? Les pertes de poids ? Et relier aux événements de vie, euh, d'une part... » (FG 1 Int 5)*
 - *« Et qu'est-ce qu'il a pu déjà faire pour peut-être perdre du poids aussi ? » (FG 1 Int 2)*
 - *« Il y a quelque chose dont on n'a pas parlé finalement c'est ses plaisirs et ses déplaisirs dans la vie. Sa biographie. [...] dans mon expérience c'est une porte d'entrée avec tous les gens finalement... obèses ou pas obèses. Quels sont... Racontez moi un petit peu votre vie. » (FG 1 Int 7)*

- **Pour pouvoir construire un parcours de soins adapté à la personne, il est important de connaître les motivations du patient, les ressources qu'il est prêt à mettre en œuvre.**
- *« Et euh on n'a pas non plus forcément l'habitude de demander justement au patient lui ce qu'il en pense, comment il le vit ce poids et pour quelles raisons s'il souhaite perdre du poids, pour quelles raisons... en fait ? Quelles sont ses motivations ? [...] Ses objectifs, ses motivations. » (FG 1 Int 5)*
- *« Donc je rejoins cette remarque qui est la question du pourquoi. C'est-à-dire que, euh, les patients peuvent être des fois dans des obésités même déjà sévères et il n'y a pas de demande. Donc la question du pourquoi, c'est, c'est la première question. Pourquoi voulez-vous perdre du poids ? [...] Pourquoi ? Même si ça paraît... Même si cela paraît une évidence médicale. » (FG 1 Int 8)*
- **Une des particularités de la prise en charge de cette maladie est que le patient est sa propre ressource.**
- *« On a l'habitude d'imposer un traitement pour toutes les maladies chroniques et là en l'occurrence, le seul traitement de l'obésité c'est le patient lui-même, donc, c'est la principale difficulté. » (FG 1 Int 5)*
- *« Sa propre ressource » (FG 1 Int 5)*
- *« [...] on construit le parcours à partir des besoins. De quel niveau de besoin a cette personne à ce moment-là ? Qui peuvent évoluer bien sûr. Et je vais l'accompagner sur les besoins que nous aurons définis ensemble. » (FG 1 Int 8)*

- **L'objectif principal devient la qualité de vie de la personne et non la perte de poids. Les intervenants ont exprimé la nécessité d'attacher l'objectif principal à la personne.**
- *« C'est-à-dire que ce qu'on va travailler avec la personne c'est sa qualité de vie d'abord euh à la fois physique et psychologique euh... et les objectifs... les objectifs ça va d'abord être ceux du patient mais par rapport à sa souffrance préalable. [...] Et... Et se montrer à soi que l'on peut avoir une activité physique, que l'on peut maîtriser un peu son alimentation c'est ça en fait euh qui pourra être mesuré par la personne et le poids n'est plus l'objectif là. » (FG 1 Int 7)*
- *« Je pense euh... à une patiente. Parce que ça a été une conversation que j'ai eue sur deux ou trois consultations. Bon, maigrir pour son mari, pour le désir amoureux de son mari. Donc on a déplacé... pour savoir où était son désir propre. Donc euh... ça me semble être un enjeu. » (FG 1 Int 8)*

B. L'approche globale

- **Un des leviers relevé par les intervenants est de prendre en charge cette maladie de façon globale : à la fois sur le plan nutritionnel, psychologique ou psychiatrique, physique, prendre en compte les potentielles complications de l'obésité, parler de la chirurgie bariatrique etc...**
- *« C'est un tout. L'obésité c'est un tout. » (FG 1 Int 4)*
- *« Bah, c'est-à-dire que pour moi l'intérêt du réseau, ça permettrait justement qu'il y ait une prise en charge sur le plan psychologique, sur le plan, euh, nutritionnel, éducateur sportif, hein... » (FG 1 Int 2)*
- *« Peut-être vous vous sentez pas tout à fait prêt ou prête à aller là mais moi je pense que c'est très important pour vous, votre situation aujourd'hui que nous*

ayons un avis cardiologique, pneumologique sur des apnées du sommeil etc... » (FG 1 Int 8)

- *« C'est-à-dire que ce qu'on va travailler avec la personne c'est sa qualité de vie d'abord euh à la fois physique et psychologique euh... » (FG 1 Int 7)*
- *« On essaie de parler plutôt hygiène de vie qui est valable pour toute la famille aussi bien en alimentation que en activité physique. » (FG1 Int 1)*

C. La prise en charge psychologique

- **Les intervenants ont insisté sur la notion de prise en charge globale de cette maladie et notamment l'accompagnement psychologique de la personne obèse.**
 - *« On sait que euh... 25% des obèses ont subi des maltraitances, 50% ont des symptômes dépressifs euh, et si on ne prend pas ça en compte, euh, il manque quelque chose comme point d'appui. » (FG 1 Int 7)*
 - *« Ben on aurait besoin de psychologues... » (FG 1 Int 1)*
 - *« Mais dans tous les cas, l'intervention du psychologue reste fondamentale » (FG 1 Int 4)*
- **L'accompagnement psychologique apparaît comme primordial car ce sont des personnes en souffrance.**
 - *« C'est ce qu'on fait vraiment en éducation thérapeutique, du premier entretien aussi bien avec les enfants qu'avec les adultes, on prend toute leur histoire, on essaie de déterminer les objectifs, le pourquoi, et souvent au niveau des enfants ils s'effondrent à ce moment-là. » (FG 1 Int 1)*

- « ... le frère ou la sœur ou le mari qui prend pas de poids, qui n'a pas de problème de santé... c'est aussi vrai pour le diabète hein euh... peut à loisir manger les gâteaux, le saucisson etc... mais que, eux, ils y ont pas le droit. Et ça les interdits on n'en a pas parlé mais euh, euh... que ce soit en libéral ou en établissement en deuxième recours on a eu le problème. On a le problème, ça c'est très... c'est très dur à vivre pour les patients. C'est, j'y ai pas le droit. » (FG 1 Int 5)
- « Voilà, et ils sont en souffrance de s'interdire ou d'être interdit par les autres ce qui revient pratiquement au même. Et tout le travail qu'on peut faire avec eux c'est : qu'est-ce qui vous fait plaisir ? » (FG 1 Int 7)

D. La prise en compte de la famille

- **Un des leviers ressorti dans les focus groups est d'impliquer la famille du patient, adulte ou enfant, dans la prise en charge de l'obésité.**
- « Ce que je voulais dire c'était la prise en charge collective des familles. Euh qui est un autre problème... euh dans le sens où euh... ça devient très difficile euh... de travailler avec euh... une personne obèse dans une famille obèse quand on n'a pas travaillé sur la systémique familiale. » (FG 1 Int 7)
- « Euh, sans la famille ça ne va pas tenir longtemps enfin il aura beau... si on veut des changements de comportement durables il faut que ce soit... euh peut-être le moment de ressouder la famille. » (FG 1 Int 5)
- « La famille aura toujours une influence. Donc il faut vraiment l'inclure comme euh pour qu'elle soit notre partenaire parce que, comme je le disais tout à l'heure, elle peut être le pire des ennemis. » (FG 2 Int 10)

- **Plusieurs intervenants notent l'importance de signaler que la nourriture doit être la même pour tous au sein d'une famille.**
 - « Pour revenir justement à la famille... quel que soit l'âge de, de, de la personne obèse euh il est important de faire passer le message en tout cas auprès de la famille que l'alimentation doit être la même pour tous parce qu'il y a toujours une petite stigmatisation et... » (FG 1 Int 5)
 - « Parce que souvent il y a des parents qui disent « oh bah oui mais son frère il est pas gros il est fin comme tout alors on lui donne pas la même chose à manger » et ça fait beaucoup de conflits euh... au sein de la famille. » (FG 1 Int 1)

- **Un participant soulève l'idée de créer des « thérapies familiales » afin d'inclure la famille dans la prise en charge.**
 - « Pour moi ça regroupe la thérapie familiale à ce moment-là. Ca ressemble à ça. Donc on devrait se, se dire... tiens est-ce qu'on créerait pas ce genre de choses ? Pour pouvoir faire participer tout le monde. » (FG 1 Int 2)

- **Un autre levier proposé par les participants serait de promouvoir les activités familiales. La notion de convivialité ressort également dans les entretiens.**
 - « Refaire de l'activité physique ensemble, retrouver justement des liens euh... plutôt que d'être chacun assis dans son coin avec ses écrans, éteindre la télé quand on mange, retrouver la convivialité aussi des repas, de, de bouger ensemble. » (FG 1 Int 5)

- « Cette, cette famille qui euh pourrait effectivement se promener euh ensemble ou sortir à vélo ensemble et puis aller faire le marché à plusieurs pour euh pour discuter de l'alimentation. [...] Euh on peut éventuellement faire la cuisine ensemble et puis apprendre aux enfants à utiliser certains légumes, du poisson etc... Euh ça n'existe dans beaucoup de familles plus du tout et euh cette alimentation rapide, individuelle, éventuellement... Eventuellement devant un écran euh... En dehors de sa composition elle-même qui peut être néfaste euh on se rend compte également qu'il n'y a plus du tout euh cette, cette culture euh et du bouger ensemble, du parler ensemble, de s'écouter les uns les autres et de, et d'avoir du plaisir à partager le repas. » (FG 2 Int 11)

- **Un intervenant apporte un autre levier dans la prise en charge de l'obésité : faire appel aux Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) quand une famille a besoin d'aide.**
- « Ca peut être important quand on a repéré un ou des enfants en difficulté avec des parents, des grands-parents porteurs des choses, donc formés dans le pareil... Les TISF peut, peuvent être un levier effectivement leur... la dimension familiale, la dynamique de la famille est à prendre en considération. » (FG 1 Int 9)

E. La parentalité

- **Durant les entretiens collectifs, il a été discuté de la particularité de la prise en charge de l'obésité chez l'enfant. Plusieurs intervenants ont tenu à mettre en avant la notion de parentalité et de responsabilité parentale.**
- *« C'est-à-dire que laisser aux enfants petits le choix alimentaire, si on doit être un peu technique, me paraissait et me paraît toujours d'ailleurs, je peux garder ma conviction, une absurdité. C'est-à-dire qu'un enfant petit ne choisit pas son alimentation. Voilà. Il doit être imposé par l'autorité parentale. [...] Parentalité, oui, il y a une dimension de la parentalité qui est à prendre en compte pour l'enfant en surpoids ou en obésité, petit. [...] L'idée c'est... que, qui me guidait c'est : aimer son enfant c'est pas nécessairement lui dire oui. » (FG1 Int 8)*
- *« Enfin voilà la parentalité ce sont les parents qui, qui euh éventuellement vont au restaurant avec les enfants, qui font les courses donc de voir dans quel rayon on se euh, on se dirige, qu'est-ce qu'on peut trouver comme alternative au fait que tous les enfants aiment les pâtes, les frites, essayer de proposer d'autres choses et que ça prend du temps, essayer de... de pas se braquer quand euh à tout âge il y a un moment ils vont refuser tel légume, d'apprendre à reproposer, de, de pas se... de passer du temps, d'essayer de ne pas s'énerver parce qu'après c'est associé à ça : à des repas difficiles... » (FG2 Int 10)*

III. La notion d'équipe

A. L'équipe pluri-professionnelle

- **Plusieurs intervenants ont souligné le fait qu'il est important de travailler en équipe pluri-professionnelle du premier au troisième recours.**
 - *« Donc c'est vraiment une prise en charge pluri-professionnelle du premier recours au troisième recours. » (FG 1 Int 4)*
 - *« Euh... Donc, moi j'ai la chance de travailler dans le deuxième recours, dans un centre spécialisé obésité euh on est vraiment une équipe pluri-professionnelle ... » (FG 1 Int 6)*

- **Un intervenant a évoqué les maisons de santé pluri-professionnelles.**
 - *« En restant dans le premier recours nous parlerons d'équipes pluri-professionnelles du style maison de santé pluri-professionnelle. » (FG 1 Int 4)*

- **Un intervenant a mentionné l'utilité des réseaux.**
 - *« Euh l'intérêt c'est parfois justement pour avoir cette psychologie c'est de rentrer dans un réseau, qui peut parfois exister... parfois. Nous, on a la chance d'en avoir un. [...] Donc pourquoi pas... ça peut être une aide à ce moment-là.» (FG 1 Int 2)*

- **Plusieurs professionnels ont soulevé le fait que le médecin généraliste devait s'entourer d'autres professionnels et ne pas assurer seul la prise en charge de l'obésité.**
 - *« Et ensuite, en disant mais oui mais moi je ne peux pas faire tout ça tout seul ou toute seule, alors il va falloir qu'on voit par rapport à ce que vous m'avez dit*

ce qui vous semble être le plus adapté. Et là on fait une analyse des besoins. Et, et donc à partir de là, des interlocuteurs qui vont venir commencer à construire le parcours. » (FG 1 Int 8)

- *« On a aussi des réseaux de correspondants qu'on va utiliser. » (FG1 Int 8)*
- *« ... et le pluri-professionnel bien entendu parce que pour le coup euh, l'histoire de poids, [...] et derrière je sais que c'est une histoire chronique, longue, difficile du coup, il va falloir euh [...] Activer des ressources pour le soignant, pour qu'il soit pas tout seul à supporter ça. » (FG 1 Int 3)*

B. Le bien-être des équipes

- **Plusieurs intervenants ont exprimé leur besoin de bien-être personnel pour exercer leur profession.**
- *« Euh, moi j'ai besoin d'un... et là c'est mon anecdote personnelle, j'ai besoin d'un sentiment d'efficacité personnelle [...] Et c'est quand j'ai un sentiment d'inefficacité euh personnelle je ne vais pas bien en tant que médecin. » (FG 1 Int 7)*
- *« Moi je suis d'accord » (FG 1 Int 2)*
- *« Je suis dans la même situation. Si j'ai pu accueillir tant de personnes en situation d'obésité depuis si longtemps c'est que j'en ai eu du plaisir. » (FG 1 Int 8)*
- *« Alors, donc... Et... Donc il me faut du plaisir, ça régénère ma... mon travail, jour après jour, et en me disant ah quel beau métier je fais. Voilà. Et donc... c'est de l'énergie positive pour moi-même et au service des autres mais euh aussi j'ai besoin de ça. » (FG 1 Int 8)*

- **Plusieurs intervenants expriment le besoin d'outils et de temps dédiés aux équipes qui accompagnent les personnes souffrant d'obésité.**
- *« Donc moi j'ai la chance de travailler dans le deuxième recours, dans un centre spécialisé obésité euh on est vraiment une équipe pluri-professionnelle euh et souvent c'est vrai que les équipes baissent un peu les bras parce qu'il y a des séjours réguliers de plein de patients qui reviennent deux fois... deux fois par an, trois fois par an etc... Donc euh notre stratégie c'est surtout de reformer les équipes à la prise en charge du patient obèse, on va essayer de trouver des techniques, des petits ateliers, d'autres petites façons d'appréhender le problème... et puis de faire des petits retours d'expériences également. » (FG 1 Int 6)*
- *« Groupe d'échange. » (FG 1 Int 3)*
- *« Groupe de parole. » (FG 1 Int 2)*
- *« Et ces infirmières c'est vrai qu'elles n'ont pas le temps euh de me, de me livrer ça que entre deux portes alors que en tant que membre du euh enfin je suis au bureau du CSO à Strasbourg également. Et j'entends donc des endocrinologues, des, des, des chirurgiens, des psychiatres euh qui, qui s'occupent d'obésité et c'est vrai que ces temps de réunion du, du CSO euh j'ai l'impression que ça leur fait du bien. C'est un moment nécessaire pour eux, pour pouvoir livrer leurs difficultés et ça manque un peu dans mon exercice quotidien. » (FG 2 Int 11)*

- **Un médecin généraliste soulève l'existence d'un phénomène de relais qui existe au sein d'une équipe.**
- *« Si je suis en difficulté, merci. L'un des membres de l'équipe peut remonter la pente. Donc... c'est... il y a un relais, un phénomène de relais qui... qui a un seul objectif : l'émulation, pour le bien-être du patient. » (FG 1 Int 4)*

C. Les actions de territoire

- **Deux médecins évoquent les actions de territoire que peut effectuer un médecin généraliste. Ici, l'exemple concerne les professeurs d'Education Physique et Sportive.**
- *« Et je fais systématiquement mais là vraiment je fais systématiquement je fais un mot avec l'accord de euh de l'enfant ou de l'adolescent enfin l'enfant grand enfant euh sinon avec les parents je fais un mot pour le professeur d'éducation physique, en demandant qu'il m'appelle et en disant je vais parler avec ton prof et on va se mettre d'accord pour que tu aies des exercices adaptés. Je n'ai pas eu de refus sauf un mais bon peu importe des, des professionnels, ce sont des pédagogues. J'ai même pas besoin de leur demander quoi faire ils savent mieux que moi. » (FG 1 Int 8)*
- *« Pour abonder dans ton sens euh en notion d'équipe le médecin généraliste il fait partie de son territoire et que moi il m'est arrivé d'aller au collège de ma rue, l'école de ma rue, pour rencontrer les euh éducateurs physiques et les professeurs de sport. En leur disant voilà, effectivement, vous allez avoir tant de pour-cent de patient qui vont avoir tel ou tel problème. [...] Est-ce que vous voulez qu'on en parle avant la rentrée des classes par exemple ? » (FG 1 Int 9)*

IV. La temporalité

A. La notion d'opportunité

- **Certains intervenants ont cité des opportunités pour entamer la démarche de parler de l'obésité avec les patients. Que ce soit avec les adultes ou avec les enfants.**
 - *« Et je pense que c'est à partir de quoi on va, nous, entamer la démarche, euh, de parler de son poids. [...] Oui, je pense qu'il y a beaucoup d'opportunités... »*
(FG 1 Int 2)
 - *« On a travaillé sur l'obésité de l'enfant et donc euh on arrive à aborder le sujet avec les courbes de poids dans les carnets de euh vaccination des enfants, quand elles sont faites. »* (FG1 Int 1)
- **Un intervenant évoque des leviers de changements dont nous pourrions nous servir pour aborder l'obésité avec le patient : nous appuyer sur ce que les patients apportent en consultation et dont eux vont parler pour aborder ce sujet.**
 - *« Les patients que je rencontre par rapport à un problème d'obésité consultent rarement avec comme motif l'obésité. Donc ils vont venir pour un autre motif, et peut-être que cet autre motif il n'est pas question de l'occulter par rapport à l'obésité mais au contraire de la valoriser. Je vais être sur-attentif aux rotules de mes patients obèses. [...] Je vais sur-valoriser les rotules et la gonarthrose. Je vais être très attentif à la glycémie, je vais guetter le diabète en me disant que ça va être un levier de changement dès que ça passe à ... Enfin voilà. »*
(FG 1 Int 3)

- **Un intervenant pense qu'il faudrait aborder le sujet de l'obésité sans passer par une opportunité.**
- *« Non, il faut qu'on..., qu'on trouve, ...enfin euh... qu'on arrive à aborder le poids directement sans justement passer par une porte d'entrée. » (FG 1 Int 5)*

B. Le temps « T »

- **Les intervenants des focus groups ont remarqué que le patient obèse allait parler de son obésité à un certain moment. Ils parlent d'un temps «T» auquel le patient se sent prêt à en parler. Il est important de saisir ce moment pour entamer le début de la prise en charge.**
- *« La deuxième question c'est : pourquoi maintenant ? Parce que le poids, l'obésité, on la voit venir, enfin je veux dire, c'est pas une maladie aiguë hein. Ca traîne des fois pendant des années, pourquoi maintenant ? Pourquoi aujourd'hui on est en capacité vous et moi de parler de ça ? [...] Pourquoi aujourd'hui vous êtes prête ou prêt à envisager cette question ? Je ne parle pas des solutions, je parle seulement d'envisager la question, de parler avec moi de cette question. » (FG1 Int 8)*
- *« Le moment où cette histoire privée qui est vécue tout seul, le patient est tout seul avec sa maladie, à quel moment il s'en décharge un tant soit peu et où il y a une relation de confiance et à ce moment-là il y a quelque chose qui est un peu crucial... » (FG 1 Int 3)*

C. Le long cours

- **La prise en charge de l'obésité doit être une prise en charge sur le long cours. Beaucoup d'intervenants ont insisté sur cette notion et sur une des compétences du médecin généraliste qui est le suivi des patients sur le long terme.**
- *« Alors que pourtant on est quand même son médecin traitant et qu'on continue à le suivre et qu'on sait que les autres structures d'appui ne le suivront que pendant un certain temps. Donc il y a cette notion de ne..., pour moi qui est importante, du non abandon de la personne. » (FG 1 Int 7)*
- *« Et en tant que médecin de famille pour longtemps. » (FG 1 Int 7)*
- *« C'est vraiment un accompagnement de toute une vie ... » (FG 2 Int 10)*
- *« Avec ce bénéfice qu'on a nous de suivre le patient sur la durée et plus ou moins régulièrement euh bon. » (FG 2 Int 10)*
- **Dans cette prise en charge sur le long cours, un intervenant insiste sur le choix du terme de rechute et non d'échec.**
- *« Ponctuellement et dans le temps avec la notion de rechute et non d'échec. » (FG 1 Int 7)*

D. Prendre le temps

- **Le professionnel de santé doit prendre le temps avec la personne obèse pour arriver à une prise en charge de qualité.**
- *« Evidemment ça prend du temps, je crois que peut-être ce qu'on voit bien là, puisque nous sommes donc aux prémices du parcours et déjà le temps qu'on a pris, c'est un temps qui peut être très long il me semble, hein, et ce temps-là*

on ne peut pas en faire l'économie. C'est ce temps-là qui est fondateur ensuite de la qualité du parcours. » (FG 1 Int 8)

- *« Bah il va falloir qu'on aille discuter avec lui. Donc ça veut dire qu'on va aborder un point à la fois. Et pas trop vite. Sinon on va le submerger. » (FG 1 Int 2)*
- *« Aussi surtout lorsqu'ils sont à partir par exemple d'une dizaine d'années ou adolescent euh pour les certificats de sport où c'est vraiment les moments où il y a euh on peut prendre le temps... » (FG 2 Int 10)*

E. Les actions de prévention

- **La notion de prévention de l'obésité a été reprise de nombreuses fois durant les entretiens collectifs. Un levier de prise en charge de la maladie serait de faire des actions de prévention afin de sensibiliser les patients. La prévention chez l'enfant a été la plus relevée dans les focus groups.**
 - *« ... quand on voit qu'il y a certains, certains signes, par exemple un rebond précoce d'adiposité avant 6 ans de donner certains messages. » (FG 2 Int 10)*
 - *« ... je suis en réseau de périnatalité et je fais les entretiens prénatals précoces qui justement vont venir chercher les, le maillage et le tissu de parentalité et que quand on sent qu'il y a une faille c'est important de pouvoir consolider parce que il y a quand même beaucoup d'enfants obèses qui sont issus effectivement de couples parentaux où au moment de la grossesse il s'est passé des problèmes psychologiques et ces entretiens permettent d'aborder la santé et l'alimentation et donc c'est une opportunité comme vous disiez de saisir... l'item. » (FG 1 Int 9)*
 - *« Plus la prévention... comme tu l'avais dit tout à l'heure, en se disant, tiens, si on arrivait en amont en expliquant à la famille comment faire manger l'enfant.*

Mais ça c'est nos visites du premier mois, du deuxième mois etc... » (FG 1 Int 2)

V. La communication

A. Un langage commun entre les professionnels de santé

- **Plusieurs intervenants ont souligné l'importance d'un langage commun entre les professionnels de santé afin de faire passer les mêmes messages aux patients.**

- « ... Et peut-être que c'est important au niveau de la famille avec des guillemets de professionnels que les choses soient partagées parce que euh si dans une équipe professionnelle l'un interdit et l'autre autorise. Si l'un dit un objectif... [...] Qu'il y ait une cohérence de discours. Et là quand même les régimes, pas régime, le poids, l'objectif de poids ou pas... Euh... il y a du boulot quoi. » (FG 1 Int 3)

- « Il me semble important que euh les médecins soient mieux formés à l'obésité. Parce qu'on peut euh... avoir, même si on est très bienveillant, euh si on fixe et ce qui est fréquemment le cas parce que j'avais regardé, j'avais fait une petite, une petite revue des enquêtes qui avaient été faites auprès des médecins généralistes euh souvent, très souvent, trop souvent, ils fixent des objectifs beaucoup trop haut de perte de poids avec leur patient et donc ça décourage euh le patient. » (FG 1 Int 5)

- **D'ailleurs pour un des intervenants, la notion d'obésité en tant que maladie chronique à part entière ne semble pas si évidente.**
- *« Pour moi c'est une maladie. [...] C'est une maladie. [...] En tant que médecin. Voilà c'est, enfin c'est une comorbidité en fait qui engendre euh... » (FG 2 Int 12)*
- **L'objectif de poids devient un objectif annexe dans la prise en charge de l'obésité. L'objectif principal étant le bien-être de la personne obèse.**
- *« Euh, c'est un objectif secondaire. » (FG 2 Int 10)*
- *« Et... Et se montrer à soi que l'on peut avoir une activité physique, que l'on peut maîtriser un peu son alimentation c'est ça en fait euh qui pourra être mesuré par la personne et le poids n'est plus l'objectif là. » (FG 1 Int 7)*
- *« Nonobstant, on peut aussi dire quand même que parfois une perte de poids même minime va améliorer un certain nombre de symptômes. Faut pas y renoncer pour autant, leur dire on s'en fout de votre poids c'est pas un problème... Non, non, ça peut être un problème. Mais de ne pas fixer son attention principale sur la perte de poids. » (FG 1 Int 8)*
- *« Faut-il peser les patients ? Point d'interrogation. » (FG 1 Int 7)*

B. L'information de la personne obèse

- **Pour améliorer le parcours de soins, il faut savoir apporter une information claire et adaptée au patient afin qu'il puisse adhérer pleinement à son projet de santé. Cela nécessite d'informer la personne sur l'ensemble de la prise en charge, sur la physiopathologie, sur les**

objectifs raisonnables de perte de poids, sur les différents recours existants.

- « *Et il est dans ce cadre-là important d'expliquer aux gens que euh ils ne perdront pas de poids au début. S'ils font de l'activité physique, s'ils mangent différemment, ils ne perdront pas de poids au début. Ce n'est pas l'enjeu. Parce que, eux, vont continuer à se peser.* » (FG 1 Int 7)
- « *Euh je pense qu'il faut savoir expliquer d'abord ce qu'est le réseau, à quoi ça va correspondre pour que le patient puisse adhérer aussi à ça, parce que si on l'envoie comme ça sans rien...* » (FG 1 Int 2)
- « *Je pense que c'est pour ça que c'est important d'expliquer physiologiquement euh la perte de poids possible. Parce que si on ne parle pas de chiffre, si on ne parle pas d'objectif chiffré avec le patient... Lui, il a ses propres objectifs.* » (FG 1 Int 5)

C. Les représentations différentes de l'obésité entre les professionnels de santé et la personne obèse

- **Pour les professionnels santé l'obésité est une maladie, les patients ont parfois une tout autre représentation de l'obésité et ne la considèrent pas comme telle.**
- « *La difficulté c'est : est-ce que nous parlons de la même chose ? C'est-à-dire, pour les médecins, l'obésité est une maladie. Pour les personnes en obésité, c'est pas nécessairement vécu comme une maladie. Ca peut être simplement une tradition familiale, ou...* » (FG 1 Int 8)
- « *Euh, la question c'est finalement, quelle conscience a le patient de sa problématique ? Est-ce qu'il en a vraiment pris conscience ? Ou pour lui c'est*

vraiment un truc qui se posait même pas en terme de... de problème pour sa santé ? » (FG 1 Int 2)

- **Un participant souligne l'importance de la part culturelle dans la représentation de l'obésité.**
- *« ... elles étaient en obésité clairement elles étaient pas du tout demandeuses euh de, de perdre du poids ni rien parce qu'en fait c'était une beauté pour elles, c'était... je pense qu'il y a une part culturelle également dans, dans l'obésité [...] » (FG 2 Int 12)*

VI. La posture

A. La notion de confiance

- **Pour que le parcours de soins du patient obèse soit de qualité, les intervenants ont insisté sur l'importance d'une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé.**
- *« ... ça résonne en moi cette histoire de décharge, hein, quel... le moment où cette histoire privée qui est vécue tout seul, le patient est tout seul avec sa maladie, à quel moment il s'en décharge un tant soit peu et où il y a une relation de confiance et à ce moment il y a quelque chose qui est un peu crucial... » (FG1 Int 2)*
- *« Donc cette..., la confiance dont on est dépositaire, cette confiance doit être relayée en permanence. Et je maintiendrai ce propos jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à la chirurgie bariatrique si on... C'est-à-dire il faut être toujours en situation de confiance parce que nous sommes dépositaires de cette confiance*

- initiale du patient ou de la patiente. Et qu'on ne peut pas trahir parce que ce sont des gens qui ont souvent été trahis. » (FG 1 Int 8)*
- *« Oui, je crois qu'il y a un moment où les gens vont parler de ça, au même titre qu'un secret, enfin je ne sais pas. » (FG 1 Int 8)*

 - **Un intervenant précise que cette confiance doit être étendue jusque dans le choix des correspondants.**
 - *« Euh, moi je choisissais des correspondants spécialistes de confiance et de confiance par rapport à ces personnes en situation d'obésité qui sont techniquement difficiles... en échographie cardiaque, en... etc... C'est-à-dire où j'étais sûr qu'il y aura de la bienveillance. Parce qu'il n'y a rien de pire, on peut avoir des gens qui techniquement manient très bien l'échographie cardiaque et qui sont des monstres dans le... dans ce qu'ils vont dire. » (FG 1 Int 8)*

 - **Un intervenant parle d'un partenariat entre le patient et le professionnel de santé.**
 - *« Pour qu'on puisse avoir un partenariat sinon, euh... » (FG 1 Int 2)*

 - **La notion de non abandon du patient est une notion qui est ressortie comme primordiale durant les deux groupes focus.**
 - *« Donc il y a cette notion de ne... , pour moi qui est importante, du non abandon de la personne. Ce n'est pas parce qu'elle va bénéficier de soins d'autres soignants dans un autre contexte qu'elle va quitter le soin que je peux lui apporter. » (FG 1 Int 7)*

B. Un entretien plutôt qu'une consultation

- **La notion d'éducation thérapeutique dans la prise en charge de l'obésité est ressortie de nombreuses fois dans les entretiens collectifs.**
 - *« Euh oui, c'est ce qu'on fait vraiment en éducation thérapeutique, du premier entretien aussi bien avec les enfants qu'avec les adultes, on prend toute leur histoire, on essaie de déterminer les objectifs, le pourquoi... » (FG 1 Int 1)*
 - *« Ben c'est le moment opportun si on arrive au moins à avoir cette base de dialogue avec le patient euh de l'inscrire dans une démarche éducative, dans un programme d'éducation thérapeutique. » (FG1 Int 5)*
 - *« Simplement pour compléter, les notions d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel sont là des outils qui permettent de travailler sur... » (FG 1 Int 7)*
 - *« Dans notre pôle de santé on a créé des, des ateliers d'ETP auxquels je participe... et de travailler avec un groupe de patients, du coup les problématiques des patients ne sont plus partagées simplement avec un professionnel mais sont partagées entre eux. Il y a... Il y a une source d'émerveillement parce que les patients y trouvent quelque chose. Education par les pairs et quand je revois les patients qui me disent ça m'a fait du bien de parler avec untel parce que untel etc etc... » (FG 1 Int 3)*

- **Les participants du second focus group étaient d'accord pour dire qu'il fallait un entretien avec le patient et non une consultation pour la prise en charge de l'obésité en soins primaires.**
- *« Mais c'est clairement euh un entretien et pas une consultation. Je suis comme mon collègue... j'ai jamais vu personne venir en disant je viens pour obésité. » (FG 2 Int 11)*
- *« Euh la situation de vie, les événements de vie et euh l'histoire personnelle parce que dans ce cas euh par exemple des entretiens qui je pense est nécessaire au début de la prise en charge si le patient on ne l'a pas suivi de savoir qu'est-ce qui s'est passé avec euh l'histoire du poids, des événements de vie... » (FG 2 Int 10)*

C. Le regard du professionnel de santé sur la personne obèse

- **Un des participants explique la nécessité pour le professionnel de s'interroger sur le regard qu'il porte sur la personne obèse.**
- *« Alors, hum, ce n'est pas facile au départ mais c'est facilitant après, c'est quel regard j'ai en tant que professionnel, en tant que médecin sur les personnes en obésité ? C'est-à-dire est-ce que j'ai un regard positif inconditionnel ? Ou est-ce que j'ai déjà une réticence ? Et une fois cette situation réglée alors c'est facilitant si on a un regard positif inconditionnel. C'est le début du parcours il me semble, le médecin doit s'interroger comme chaque fois : quel est le regard qu'il porte sur cette personne ? » (FG1 Int 8)*

- **Plusieurs intervenants ont rapporté la nécessité d'une bienveillance envers les personnes en obésité.**
- *« Donc il y a un temps d'écoute, d'attention, de bienveillance et c'est pas forcément en un instant, c'est plutôt une séquence euh c'est plutôt une séquence et de multiplier les occasions de rencontre. » (FG 1 Int 3)*
- *« Positive, accompagnante, bienveillante... » (FG 1 Int 8)*
- *« Euh oui je suis d'accord avec euh ce terme et on évoquait aussi tout à l'heure la bienveillance et je pense qu'il y a un gros problème de, de... hum du regard des médecins sur les patients obèses, bien sûr ce n'est pas une généralité » (FG 2 Int 10)*
- *« Euh la première des bienveillances pour moi c'est déjà l'adaptation du matériel. Euh c'est-à-dire que lors de mon installation, j'ai pris soin par exemple, eh bien euh d'avoir des sièges euh qui n'avaient pas d'accoudoir en face de moi simplement pour que personne ne se sente à l'étroit. » (FG 2 Int 11)*

D. L'accompagnement de la personne

- **Plusieurs intervenants évoquent le terme d'accompagnement de la personne pour améliorer le parcours de soins de la personne obèse.**
- *« Euh, pour moi ce suivi il est euh, il est fait de facto euh c'est-à-dire qu'à aucun moment on abandonne le patient dans ses choix euh même ceux de ne pas aller vers une chirurgie, une activité physique, euh une prise en compte de cet état, on va l'accompagner même dans ses, dans son augmentation de poids, dans ses yoyos, euh, dans ses tentatives euh de perdre du poids euh par euh des, des régimes, euh c'est toujours l'occasion de, de discuter, qu'on soit d'accord ou pas. » (FG 2 Int 11)*

- *« C'est vraiment un accompagnement de toute une vie, en effet, du patient euh et donc réussir à euh ne pas euh voilà se braquer enfin rester... être toujours disponible pour ce patient... » (FG 2 Int 10)*
- **Un intervenant note l'importance de distinguer le terme de prise en charge et d'accompagnement de la personne obèse.**
- *« Euh, moi je ne prends pas en charge les patients. Je les accompagne et je prends en charge leur maladie. C'est à dire... quand je joue sur les mots... pourquoi j'ai dit ça ? Parce que on tend vers une forme d'autonomie de la personne. Donc la prise en charge c'est contraire à l'autonomie, d'une certaine manière. Donc, je les accompagne sur un chemin qu'ils ont et que nous avons défini. » (FG 1 Int 8)*

VII. Le regard sociétal

- **Le regard de la société sur cette maladie a été étudié durant les entretiens, notamment dans le second focus group où la société est vue comme stigmatisante, culpabilisante envers les personnes en obésité ou en surpoids et surtout envers les femmes.**
- *« Pour moi c'est... ça fait partie des maladies entre guillemets avec une stigmatisation euh négative où il y a de la honte, où il y a des choses comme ça... » (FG1 Int 3)*
- *« On peut avoir très bien cette image de l'homme euh floride qui a, qui a réussi dans la vie euh, euh et qui sera beaucoup mieux acceptée euh dans sa, dans sa jovialité, dans sa consommation de bières, dans l'aliment etc... Là où la*

femme va être beaucoup plus culpabilisée euh d'être, d'être obèse. » (FG2 Int 11)

- **Le rôle des médias a également été abordé, notamment le rôle de la presse, de la publicité et des réseaux sociaux. Il ne s'agit pas d'un levier dans la prise en charge de l'obésité mais plutôt d'un frein surtout pendant l'adolescence.**
- *« Et euh, tant qu'on verra euh, euh, des, des squelettes, et pas des, pas des femmes en première de couverture de Grazia, y'aura euh... y'aura de gros problèmes d'obésité. Euh, c'est source de souffrance de se comparer à ces, à ces femmes. » (FG 2 Int 11)*
- *« Du fait de troubles alimentaires qui peuvent apparaître dès l'adolescence parce que justement via maintenant les réseaux sociaux, on parlait avant de couverture de magazine, mais surtout les réseaux sociaux et des modes qui apparaissent là de... par exemple d'avoir carrément un creux euh entre les cuisses enfin le tight gap. Des, des modes comme ça... Des objectifs que se fixent sous forme de jeu, en fait, d'adolescentes, de paris, mais qui faut mais bon pour ça bah c'est par exemple de faire euh tout d'un coup un régime très restrictif, des troubles alimentaires et puis qui peuvent conduire après à euh, à une obésité aussi parce que c'est, ça déstructure le euh la conduite alimentaire et euh... et psychologique. » (FG 2 Int 10)*
- *« Tout le monde met ses photos plus belles les unes que les autres euh qui ne ressemblent pas à la réalité. Et donc euh... Je sais plus ce qui se dit que 95 ou 100% des, des adolescents ont l'impression que la vie des autres est meilleure*

que la leur parce que via ce profil Facebook ou autre tout semble rose et personne n'a de problème. » (FG 2 Int 10)

VIII. L'aspect financier

- **Un des leviers proposés par les participants des focus groups est de faire la demande d’Affection Longue Durée (ALD).**
 - *« Oui, si ça relève de l’ALD, il faut penser tout de suite à faire la demande, de telle sorte à ce que cette personne puisse être dispensée d’avance de frais. » (FG 1 Int 8)*

- **L’intérêt de la prise en charge psychologique de la personne obèse a été soulevé de nombreuses fois durant les focus groups. Cependant, l’intervention du psychologue reste payante. Un intervenant amène le fait qu’une prise en charge par le psychiatre, qui est conventionné et dont la consultation est remboursée, peut apporter une aide financière pour le patient.**
 - *« C’est pas remboursé. » (FG 1 Int 1 et Int 5)*
 - *« Le psychiatre étant déjà conventionné il est beaucoup plus aisé de travailler avec le psychiatre que le psychologue qui n’est pas conventionné et dont les actions sont soit prises en charge par l’ARS soit facturées au patient. » (FG 1 Int 4)*

- **Pour un participant du second focus group, l'argument du remboursement des consultations avec le psychiatre ne serait pas un levier pour l'amélioration du parcours du patient obèse.**
 - *« Même avec un remboursement, avec une proximité euh, une facilité d'accès mais vraiment que j'estime moi euh très euh exceptionnelle eh bien euh ces patients euh ne font pas ce, ce, ce pas pour euh pour être soutenu alors que en consultation ils lient bien leurs souffrances et euh leur condition d'obèse euh... Et pourtant ils ne le font pas. » (FG 2 Int 11)*

- **Pour ce même participant la création d'une cotation particulière avec une rémunération proportionnelle au temps passé avec le patient ne serait pas non plus un levier pour la prise en charge de l'obésité.**
 - *« Hum, la, la création d'un, d'une cotation particulière et la communication sur un entretien euh n'aura à mon sens pas énormément de, de succès. [...] aucun de mes patients agriculteurs ou indépendants ne vient en disant ah bah tiens je vais avoir euh, euh le temps de discuter avec vous et vous, vous allez avoir 2,5 C euh pour faire un point sur ma situation, mes vaccinations, mon poids etc... Je ne sais pas si les patients atteints d'obésité diront je viens pour parler de ça. » (FG 2 Int 11)*

IX. Les regards croisés

Trois médecins généralistes francophones exerçant au Maghreb ont participé au second focus group. Ce paragraphe est dédié aux regards de professionnels de terrain exerçant au Maghreb concernant la prise en charge de l'obésité et du surpoids.

- **En France, l'obésité est reconnue comme une maladie chronique à part entière. Les trois professionnels de santé du Maghreb interrogés lors de l'entretien ont un avis différent.**
 - « *Comme j'ai dit avant, pour moi, euh, je pense que l'obésité en tant que obésité c'est pas une maladie. » (FG 2 Int 13)*
 - « *Pour moi c'est l'entrée de plusieurs maladies chroniques. » (FG 2 Int 13)*
 - « *[...] j'ose pas dire que c'est une maladie mais c'est un facteur de risque comme le tabac. » (FG 2 Int 14)*

- **Ils ont insisté sur le fait que la prise en charge de l'obésité doit être adaptée à chaque personne et prendre en compte sa culture.**
 - « *Oui, parce que normalement l'obésité, ce qu'on n'a pas dit c'est, [Intervenant 12] a dit une chose très importante mais qu'on n'a pas bien précisé c'est que ça dépend des cultures. » (FG 2 Int 13)*
 - « *Donc il ne faut pas généraliser, ce que je veux dire c'est euh il faut prendre chaque malade comme cas par cas. Parce que chaque malade a son propre euh profil, profil. » (FG 2 Int 14)*

- **Un intervenant exprime bien la notion de règles hygiéno-diététiques incluant une prise en charge globale.**
 - *« Euh, je pense qu'il y a une euh unanimité en ce qui concerne le langage, on appelle ça les mesures hygiéno-diététiques. Les mesures hygiéno-diététiques, ça inclut le régime alimentaire qu'on vient de dire, ça inclut le sport, les activités physiques, euh le mode de vie. Il y a plusieurs choses. » (FG 2 Int 14)*

- **Un des intervenants explique qu'il repart de l'entretien collectif avec une autre vision de l'obésité. Il pensait, en participant à l'atelier, apprendre des mesures à appliquer ensuite dans son activité médicale.**
 - *« Par exemple, par exemple, lorsqu'on a vu le thème d'obésité au quotidien et surpoids, on est venu au stand, à la salle. On a cru qu'on allait, qu'on allait euh apprendre des régimes, des choses euh concrètes c'est comme ça qu'on voit nous, en Afrique, l'obésité et le surpoids. Quelque chose qu'on va, qu'on va apprendre et qu'on va appliquer dans notre travail. [...] Alors qu'ici en France ou dans le pays développés... Et, et déjà ils ont dépassé ce cap, ils voient euh de traiter l'obésité et le surpoids comme un, un... d'une autre manière que nous. Ils essaient de partager les, les... la vue comme on la voit, les idées comment... J'ai vu qu'il y a autre chose que nous devons apprendre euh, euh rien que le, le régime, le sport... pour nous c'est du nouveau. » (FG 2 Int 13)*

DISCUSSION

I. Les limites et biais de l'étude

A. Le biais de recrutement

Le choix des participants a été fait de façon différente pour les focus groups.

Le premier entretien collectif est un focus group fermé, les investigateurs ont été recrutés et invités au préalable. Il s'agit de personnes investies dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes obèses ou en surpoids. Tous ont une expérience acquise au suivi de patients obèses ou des formations complémentaires : soit une formation à l'ETP et/ou un diplôme universitaire sur l'obésité.

L'échantillon recruté pour ce premier focus group n'est pas représentatif de la population générale. Ce qui est un biais de recrutement de ce travail.

Le second entretien collectif est un focus group ouvert, il a été intégré à un atelier du Congrès de Médecine Générale 2016. Les intervenants sont donc des personnes ayant fait la démarche de s'inscrire à cet atelier concernant l'obésité. L'échantillon est un peu plus représentatif. Mais il existe tout de même un biais de recrutement car ce sont des professionnels intéressés par le sujet et qui participent à des congrès donc pour qui la mise à jour des connaissances est importante.

B. Le biais d'investigation

Chaque intervenant a des capacités différentes à exprimer ses idées, ses opinions. Rappelons qu'il s'agit d'une étude de ressenti de professionnels de terrain concernant leur expérience sur le parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité. Il n'est pas forcément aisé pour tout le monde de s'exprimer devant des confrères. Il est possible que certains participants n'aient pas exprimé totalement leur pensée. Cela peut donc être un obstacle au recueil des données. Par exemple, un intervenant du second focus group n'a fait aucune intervention pendant l'entretien collectif. Il s'agit d'un biais d'investigation. Celui-ci est cependant inhérent à la méthode choisie et il ne peut pas être complètement maîtrisé.

C. Le biais de déclaration

Nous avons fait remplir des grilles de profils aux investigateurs et des consentements écrits pour l'enregistrement audio et l'utilisation des données pour un travail de thèse à la fin du second focus group. Les trois participants francophones exerçant au Maghreb sont partis sans remplir ces documents. Leur accord pour l'enregistrement et l'utilisation des données a cependant été recueilli oralement. Au début de l'entretien collectif, l'animateur a bien précisé que l'atelier était enregistré et que les données serviraient à un travail de recherche. L'ensemble des intervenants étaient d'accord avec cela.

D. Le biais d'interprétation

Il s'agit également d'un biais inhérent à la méthode. L'analyse des verbatim est sujette à un biais d'interprétation. Pour limiter ce biais nous avons réalisé une triangulation des données.

II. Les forces de l'étude

A. L'originalité de l'étude

Il s'agit d'un travail réalisé en collaboration avec le Collège de la Médecine Générale.

De plus, le travail de recherche s'est déroulé lors du Congrès de Médecine Générale 2016. Nous avons contacté en amont l'équipe d'organisation du congrès pour que les focus groups puissent se dérouler sur des temps dédiés durant le congrès.

Enfin, le paragraphe dédié aux regards croisés des médecins francophones exerçant au Maghreb permet d'ajouter une plus value à ce travail.

Ces trois éléments contribuent à l'originalité de cette étude.

B. Le choix des participants

Le premier focus group est constitué de professionnels impliqués dans la prise en charge de l'obésité et du surpoids. Cela peut être vu comme un biais mais également comme une force. En effet, les participants peuvent être considérés comme des « investigateurs experts » et cela permet de recueillir des données pertinentes.

La taille des effectifs est également une force. Le premier focus group comporte neuf participants et le second sept participants.

L'effectif idéal pour un entretien collectif est compris entre six et dix investigateurs.

C. L'animateur

L'animateur est resté le même pour les deux focus groups, ce qui a permis une constance dans l'animation et le recueil des données. Il a suivi une formation à la recherche qualitative et à l'animation des entretiens collectifs. Son expérience a permis d'ajouter un critère de qualité à cette étude.

D. La saturation des données

Les groupes focus un et deux ont duré respectivement 81 minutes et 62 minutes. Leur durée est conforme aux critères de bonne qualité de la méthode par focus group.

Cela a permis d'obtenir une grande richesse d'informations pour l'analyse.

Cela nous a également permis d'arriver à une saturation des données qui est un critère nécessaire à la réalisation d'une étude qualitative.

E. La méthode choisie

La méthode qualitative a été choisie car elle permet d'étudier de façon approfondie un phénomène. La méthode des focus groups permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions et de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle peut également faire émerger des nouvelles idées inattendues pour le chercheur [17].

Cette méthode nous a semblé être la plus appropriée pour répondre à la question posée.

F. La triangulation des données

La triangulation des données a été réalisée avec un chercheur indépendant.

En cas de désaccord, l'enregistrement a été réécouté pour arriver à un consensus. Il s'agit d'un critère de validité interne à cette étude.

III. Une posture d'entretien

A. Un entretien

Nous avons vu dans la partie Résultats que la prise en charge de l'obésité devait se faire à l'aide d'entretiens avec les patients. Le terme d'entretien est à différencier du terme de consultation. Cette notion de consultation ne semble plus adaptée pour le suivi des maladies chroniques et en particulier du surpoids et de l'obésité.

Cet entretien se veut centré sur la personne, sur son histoire de vie, son histoire pondérale afin de favoriser une prise en charge globale. L'histoire de vie du patient englobe son environnement familial qui est un élément à prendre en compte pour que le patient puisse adhérer aux soins sur le long terme.

De cette notion d'entretien découle la notion d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Cette dernière apparaît comme un enjeu majeur dans le parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité. Elle est d'ailleurs inscrite officiellement dans la loi numéro 2009-879 de Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Selon l'article L. 1161-1 du code de la Santé Publique : « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » [20].

L'ETP permet d'intégrer le patient dans les décisions prises avec les professionnels de santé pour sa maladie chronique et non plus lui imposer un choix [21]. Elle permet au patient d'avoir une place prépondérante dans la démarche de soins et d'être acteur de sa santé [22].

B. Un accompagnement

Nous venons de voir qu'un levier à l'amélioration du parcours de soins du patient obèse serait que celui-ci soit acteur de sa santé et participe activement aux soins.

Dans les entretiens collectifs, la notion d'accompagnement de la personne est apparue comme primordiale. L'accompagnement, contrairement à la prise en charge du patient, tend à l'autonomie du patient. Si nous voulons des modifications thérapeutiques du mode de vie sur le long terme, le patient doit pouvoir être autonome. D'ailleurs, dans le premier focus group, un participant souligne bien que dans l'obésité le patient est sa propre ressource. Le traitement dans le surpoids et l'obésité, c'est bien le patient lui-même.

De cette notion d'autonomie du patient découle le concept d'« *Empowerment* ».

Dans son sens général, l'*Empowerment* signifie la capacité des personnes de mieux comprendre et de mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci [23].

En se recentrant sur le parcours de soins du patient en surpoids ou obèse : le but est donc que la personne développe des ressources et des compétences qui vont lui permettre de tendre vers une autonomie et d'améliorer sa qualité de vie avec une maladie chronique.

La responsabilisation du patient a d'ailleurs été retenue comme douzième composante de la Médecine Générale lors de l'actualisation de la définition de la Médecine Générale en 2013 [13].

C. Une révélation

De nombreux participants aux groupes focus remarquent qu'il existe un moment clé où les personnes souffrant de surpoids ou d'obésité vont parler de leur maladie avec les professionnels de santé.

Ce temps « T » est ce moment clé. Il est très important pour la suite de la prise en charge. A quel moment ces personnes vont se sentir suffisamment en confiance pour entamer cette discussion avec leur médecin généraliste ? Il existe un temps où ces personnes vont être en capacité d'en parler, au même titre que la révélation d'un secret par exemple.

Il apparaît donc comme primordial de saisir cet instant et de faire comprendre à nos patients qu'ils ne sont pas seuls avec leur maladie. Les professionnels de santé seront là pour les accompagner dans leur parcours de soins et pour longtemps.

Il est possible de faire un parallèle avec le mal être : à quel moment ces personnes en souffrance vont être prêtes à parler de ce qui les fait souffrir ? Et pourquoi ce moment-là ? Toutes ces questions sont à évoquer et à approfondir avec nos patients, il s'agit du début du parcours de soins. Le temps que nous allons prendre avec nos patients pour discuter de tout cela avec eux est fondamental et pose les bases du parcours de soins.

IV. Une maladie chronique

A. Un concept récent

Selon les référentiels [4], l'obésité est définie comme une maladie chronique. Il s'agit d'un concept assez récent car elle était auparavant considérée comme un facteur de risque cardio-vasculaire.

Pour autant, cette conception de l'obésité comme une maladie chronique à part entière ne semble pas si évidente pour tous les professionnels de santé. Par exemple, un participant du second focus group hésitait entre définir l'obésité comme une maladie ou une comorbidité.

Il existe également des différences de représentation de l'obésité et du surpoids entre les patients et les professionnels de santé. En effet, pour la profession médicale, l'obésité est bien considérée comme une maladie chronique. Cependant, nombreuses sont les personnes en situation de surpoids ou d'obésité à ne pas se sentir « malade ». On peut faire le parallèle avec une autre maladie chronique comme le diabète où bon nombre de patients ne se sentent pas malades.

Une thèse de sociologie de 2015 [24] renforce ces propos. Des personnes peuvent ne pas se considérer comme malade car il n'y a pas de symptôme. Là est toute la difficulté : comment se sentir malade alors qu'il n'y a pas de manifestation clinique ? C'est quand apparaissent des complications ou des symptômes que les personnes considèrent l'obésité ou le surpoids comme une maladie à part entière.

B. La bienveillance

Le Plan Obésité 2010-2013 [10] met en avant les difficultés rencontrées par les personnes obèses dans le système de soins. La mesure 3 de l'axe 3 de ce plan met en avant la nécessité d'une « bientraitance » envers ces personnes. C'est également ce qui est ressorti à de nombreuses reprises dans les entretiens collectifs.

La bienveillance se définit selon le Littré [25] comme « une disposition favorable de la volonté. »

Le médecin généraliste doit s'interroger sur sa propre perception et sa propre représentation qu'il a de la personne obèse : a-t-il un regard positif envers ces personnes ? Ou non ? C'est une question que le professionnel doit se poser avant de commencer l'accompagnement des personnes en obésité ou en surpoids. En effet, le soignant est à la fois un individu et un professionnel de santé. Il est porteur de représentations personnelles constituées par son vécu, ses expériences antérieures personnelles et professionnelles, sa formation, etc... Les représentations sociales de la personne obèse étant majoritairement négatives, pourquoi le professionnel de santé penserait-il autrement ?

La notion de bienveillance envers ces patients est déterminante pour un parcours de soins de qualité.

Cette notion de bienveillance doit s'étendre jusqu'au choix des correspondants médicaux : choisir des correspondants de confiance chez qui il y aura de la bienveillance envers ces patients.

C. Les équipes de professionnels de santé

Le médecin généraliste ne peut accompagner seul un patient obèse ou à risque d'obésité dans son parcours de soins. Il doit s'entourer d'autres professionnels de santé afin que la prise en charge soit pluri-professionnelle et donc globale.

Dans cette équipe pluri-professionnelle, chaque professionnel doit porter un discours commun. Les objectifs doivent être partagés par les différents soignants. Si l'un interdit, et l'autre autorise, le patient risque de ne pas adhérer pleinement à la thérapie et cela peut favoriser l'apparition de doutes.

Les objectifs doivent donc être les mêmes pour tous. L'objectif principal est bien d'améliorer l'état de santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes en situation d'obésité ou de surpoids [2]. Nous voyons bien ici que la perte de poids et/ou la stabilisation pondérale ne sont plus l'objectif principal, cela devient un objectif secondaire dans la prise en charge de l'obésité et du surpoids. Cependant, cette perte et/ou stabilisation pondérale n'est tout de même pas un objectif à négliger, car elle revêt un caractère très important pour les patients.

Un autre point concernant les équipes a été abordé pendant les entretiens collectifs : le bien-être des professionnels de santé. Il semble primordial que les équipes se sentent bien pour accueillir et accompagner les patients. La prise en charge d'une maladie chronique est longue, souvent difficile et jalonnée de rechutes. De ce fait, certaines équipes pluri-professionnelles ont mis au point des techniques et astuces pour maintenir le bien-être des soignants : par exemple des groupes de paroles entre les professionnels sont organisés. Ces temps leur permettent d'exprimer leurs difficultés et d'échanger avec les autres pour trouver des solutions à des problèmes

rencontrés. D'après le témoignage d'un participant du premier focus group, cette technique s'est montrée efficace sur le bien-être des équipes.

Nous pouvons ici faire un parallèle avec les unités prenant en charge les enfants en situation palliative. Dans un document de 2011, la HAS préconise l'organisation d'un soutien pour les soignants sous la forme de lieux de parole et d'analyse des pratiques [26].

D. L'aspect sociétal

Durant les focus groups, les participants ont discuté du regard de la société sur les personnes obèses ou en surpoids. Ils ont tenu à souligner l'importance de la stigmatisation et de la discrimination dont souffrent ces personnes. Dans une société où l'idéal physique est la minceur, il semble extrêmement difficile pour ces patients d'y trouver leur place.

Il s'agit encore une fois d'une des mesures du Plan Obésité [10] qui a pour objectif de lutter contre les discriminations dans le système de soins et contre la stigmatisation des personnes obèses dans la société. Nombreuses sont les associations à se battre contre cette discrimination chaque jour. A titre d'exemple, le Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO) organise tous les ans et pour la septième fois en 2016 les Journées Européennes de l'Obésité (JEO) qui sont toujours une occasion pour faire passer un message de bienveillance envers ces personnes.

Il apparaît évident que la prise en charge de l'obésité est soumise à ce facteur externe qu'est la société. Cette dimension sociale de la maladie est aussi à prendre en compte par les professionnels de santé, de par ses représentations.

E. La prévention

Comme pour toute maladie chronique, la prévention est un enjeu majeur.

Le Plan Obésité [10] met en avant cinq axes dans la prévention de l'obésité et du surpoids :

- L'amélioration de la qualité nutritionnelle et de l'accessibilité à une alimentation équilibrée pour les personnes en situations économique, sociale ou somatique précaires.
- La promotion de l'activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité.
- L'action sur les déterminants environnementaux de l'obésité.
- La réduction de la stigmatisation des personnes obèses.
- La réduction des inégalités sociales de santé.

C'est dans l'enfance et l'adolescence que les actions de prévention sont les plus importantes. En 2003, ont été créés les Réseaux de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP). C'est une organisation qui réunit, dans un maillage étroit autour de l'enfant obèse et de sa famille, les multiples compétences professionnelles nécessaires à une prise en charge optimale [27]. Les RéPPOP assurent la coordination territoriale des soins. Il s'agit de réseaux ville-hôpital qui agissent selon trois axes : la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge multidisciplinaire, personnalisée et de proximité.

F. La parentalité

La notion de parentalité est ressortie à plusieurs reprises dans les deux entretiens collectifs concernant la prise en charge de l'obésité et du surpoids chez l'enfant.

Selon le Conseil de l'Europe en 2006, la parentalité « comprend l'ensemble des fonctions dévolues aux parents pour prendre soin des enfants et les éduquer. La parentalité est centrée sur la relation parent-enfant et comprend des droits et des devoirs pour le développement et l'épanouissement de l'enfant [28]. »

La notion de parentalité positive est également définie par le Conseil de l'Europe : « la parentalité positive se réfère à un comportement parental fondé sur l'intérêt supérieur de l'enfant qui vise à l'élever et à le responsabiliser, qui est non violent et lui fournit reconnaissance et assistance, en établissant un ensemble de repères favorisant son plein développement [28]. »

La prise en charge de l'obésité de l'enfant comprend naturellement l'implication des parents et de la famille toute entière si l'on souhaite des changements durables.

L'alimentation doit être choisie par les parents tout en respectant les goûts de l'enfant.

Un des participants a relevé l'importance de partager les repas tous ensemble, en famille, sans écran et dans un esprit de convivialité. Le repas ne doit surtout pas être associé à un moment difficile pour l'enfant.

Un autre intervenant proposait de faire la cuisine avec les enfants pour leur apprendre des notions sur l'alimentation, découvrir de nouvelles saveurs et partager un bon moment en famille et pourquoi pas les emmener faire les courses alimentaires.

Enfin, un participant pense qu'il est important de savoir reproposer à un enfant un aliment qu'il n'a pas aimé une première fois. En effet, les goûts évoluent avec l'âge et l'enfant peut apprécier par la suite un aliment qu'il n'aimait pas auparavant.

V. Les regards croisés

Un des objectifs secondaires de cette étude a été de recueillir la vision des médecins francophones exerçant au Maghreb sur la prise en charge de l'obésité et du surpoids en soins primaires. Ceci permet de confronter des contextes culturels et des systèmes de soins différents.

Il nous semblait intéressant de recueillir l'avis de professionnels exerçant dans des pays où la prévalence de l'obésité et du surpoids est importante.

Comme exprimé dans la partie Résultats, l'obésité n'est pas forcément vue comme une maladie chronique mais plutôt comme un facteur de risque cardio-vasculaire.

Selon les intervenants, la prise en charge doit être centrée sur la personne comme cela a souvent été relaté dans ce travail. Le patient est au centre de la prise en charge car il est sa propre ressource.

Pour eux, il est impératif d'intégrer la part culturelle de chaque individu dans la prise en charge de l'obésité. Un des intervenants expliquait que, selon les régions du Maghreb, l'obésité était vue comme une beauté pour les femmes.

Ils rejoignent l'idée développée plus haut : celle d'une stigmatisation et d'une discrimination envers les personnes obèses. Ils ajoutent que les médias, tels que la publicité, peuvent paraître agressifs et culpabilisants pour les patients en obésité ou en surpoids.

CONCLUSION

Nous avons donc vu que l'obésité et le surpoids sont un problème mondial de santé publique et d'actualité. Le but de ce travail a été d'établir un bien choisir organisationnel concernant le parcours de soins des personnes en obésité ou à risque d'obésité diffusable aux professionnels de santé de soins primaires. Nous sommes partis des leviers relevés durant les entretiens collectifs pour créer ce bien choisir. Ce dernier est composé de sept points :

1. **L'holistique** : l'accompagnement doit être centré sur la personne, son histoire de vie, son histoire pondérale et sur sa psychologie. La prise en charge doit inclure la famille du patient. La notion de parentalité apparaît comme un enjeu important dans la prise en charge de l'obésité chez les enfants.
L'objectif principal devient le bien-être du patient.
- 2- **Une équipe pluri-professionnelle** : la prise en charge de cette maladie doit être globale. Le bien-être des équipes est indispensable pour un accompagnement de qualité de la personne obèse ou en surpoids. De plus, ces professionnels pourraient réaliser des actions de territoires.
- 3- **Le temps** : il s'agit d'une notion qui est fortement ressortie durant les entretiens. La prise en charge de l'obésité passe par un accompagnement sur le long cours, cela demande du temps. Il est important de saisir le moment où la personne en obésité va se sentir prête à parler de sa maladie. D'ailleurs les

participants ont apporté la notion d'un temps « T » à saisir pour débiter ce parcours de soins. Mais ce parcours peut commencer avant et il apparaît comme primordial que les professionnels de santé effectuent des actions de prévention.

4- **La communication** : la communication avec le patient est un autre levier dans le parcours de soins. L'équipe de professionnels doit véhiculer un message commun à toutes les personnes afin d'aboutir à une cohérence de discours. Le patient doit recevoir une information détaillée et adaptée pour qu'il s'implique dans son projet de soins.

5- **La bienveillance** : la bienveillance envers ces personnes est indispensable pour créer une relation de confiance entre les professionnels et les patients. Les personnes en obésité doivent pouvoir avoir confiance en l'équipe qui les accompagne. Cette notion de confiance a un impact direct sur le parcours de soins.

Par ailleurs, il convient de privilégier le terme d'accompagnement du patient car il tend à une autonomisation de la personne dans ses soins contrairement au terme de prise en charge. Cet accompagnement doit se faire à l'aide d'entretiens et non de consultations. Ce terme de consultation ne semble plus adapté dans le parcours de soins.

6- **La société** : le regard de la société sur les personnes en obésité et en surpoids a été discuté également durant les entretiens. Il semble être un frein car la société porte très souvent un regard négatif, stigmatisant et culpabilisateur envers ces personnes.

- 7- **Le levier financier** : Il est indispensable de faire la demande d'affection longue durée si cela est possible car elle permet une dispense d'avance de frais pour les patients. Rappelons cependant que l'obésité en tant que maladie chronique à part entière n'est pas reconnue comme une affection longue durée.
- L'idée d'une cotation particulière pour les entretiens dans le cadre de la prise en charge de l'obésité en soins primaires a été débattue durant les entretiens collectifs et les avis divergeaient.

Nous avons donc établi ce bien choisir organisationnel composé de sept leviers dans le but d'améliorer le parcours de soins des patients obèses ou à risque d'obésité en France.

Pour améliorer encore ce bien choisir, il serait souhaitable de le soumettre à un groupe de patients experts. Ces derniers valideraient ou non les propositions de ce bien choisir et pourraient y apporter des améliorations. Ce bien choisir pourrait également être expérimenté avec des patients traceurs.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité et surpoids. Aide-mémoire n° 311. [En ligne]. Organisation Mondiale de la Santé ; Juin 2016. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/> [cité le 19/09/2016]
- [2]. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, Basdevant A. Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'Offre de soins. 4 Octobre 2014. Lavoisier SAS ; 2014.
- [3]. Organisation Mondiale de la Santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. OMS, série de rapports technique 894. Genève ; 2003. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42734/1/WHO_TRS_894_fre.pdf [cité le 19/09/2016]
- [4]. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Synthèse des recommandations de bonne pratique. France : HAS ; Septembre 2011. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf [cité le 21/09/2016]
- [5]. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Actualisation des recommandations 2003. Argumentaire scientifique. Recommandation de bonne pratique. France : HAS ; Septembre 2011. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_argumentaire.pdf [cité le 22/09/2016]

[6]. Evaluer et suivre la corpulence des enfants. PNNS. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ; Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé ; 2011. Disponible sur :

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/imc/docimcconf.pdf>

[cité le 22/09/2016]

[7]. Courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique. Ministère chargé de la santé ; Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

Disponible sur :

http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/courbes_enfants.pdf

[cité le 22/09/2016]

[8]. Institut Roche de l'Obésité, INSERM. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Enquête ObEpi-Roche 2012.

[9]. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, Czernichow S. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. Bull Epidemiol Hebd. 2016 ; (35-36) : 640-6. Disponible sur :

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.html

[cité le 06/12/2016]

[10]. Plan Obésité 2010-2013. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf[cité le 27/09/2016]

[11]. Etude Nationale Nutrition Santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13 ; Premiers résultats. Colloque du PNNS ; 12 Décembre 2007.

[12]. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. WONCA Europe 2002. Disponible sur :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> [cité le 27/09/2016]

[13]. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. Elsevier Masson. Presse Med. 2013 ; 42 : 258.

[14]. Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours : Il n'y a pas lieu de... . France : HAS ; Septembre 2011.

Disponible sur:

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-12/surpoids_et_obesite_de_ladulte_-_il_ny_a_pas_lieu_de.pdf [cité le 20/09/2016]

[15]. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 84 : 142-5.

[16]. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. 2002 ; 3 : 81-90.

[17]. Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat Médecine générale. 2004 ; 18 (645) : 382-384

[18]. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative, Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer. 2009 ; 88 : 111.

[19]. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative, Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer. 2009 ; 87 : 74.

[20]. Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet 2009. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo#JORFARTI000020879791> [cité le 04/12/2016]

[21]. Drahi E. ETP séquentielle en médecine générale. Rev Prat Médecine Générale. Octobre 2010 ; Tome 24 (847) : 539-541.

[22]. HAS, Inpes. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007.

[23]. Doumont D, Anjoulat I. L'empowerment et l'éducation du patient. Août 2002.

Disponible sur :

<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos18.pdf> [cité le 04/12/16]

[24]. Cornet P. Corps obèse et société Regards croisés entre médecins et patients. [Thèse de Doctorat d'Université en sciences humaines et sociales, Spécialité Sociologie]. Paris : Université Paris Est ; 2015.

[25]. Le dictionnaire Littré. Disponible sur : <http://www.littre.org/definition/bienveillance>

[cité le 04/12/2016]

[26]. Haute Autorité de Santé. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Décembre 2011. Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/format2clics_enfants_v3.pdf [cité le 18/12/2016]

[27]. Haute Autorité de Santé. Les Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP). Mars 2013. Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_liste_reppop.pdf [cité le 06/12/2016]

[28]. Le Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2006)19 du Comité des Ministres aux Etats membres relative aux politiques visant à soutenir une parentalité positive. 2006.

Disponible sur :

http://eurocef.eu/wp-content/uploads/2014/01/recommandations_parentalite_positive.pdf

[cité le 07/12/2016]

ANNEXES

Annexe 1 : Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Il n'y a pas lieu de ... [14]



Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours

Il n'y a pas lieu de...

Septembre 2011

1. Il n'y a pas lieu d'inciter un patient en simple surpoids, stable et sans comorbidité associée, à perdre du poids, mais il est important de prévenir une prise de poids supplémentaire.
2. Il n'y a pas lieu de faire un dosage de la glycémie pour un patient en simple surpoids stable, de moins de 45 ans, avec un IMC < 28, sans comorbidité associée (seule l'évaluation d'une anomalie lipidique est recommandée pour ce patient).
3. Il n'y a pas lieu de rechercher une hypothyroïdie, une maladie de Cushing ou une acromégalie en l'absence de signes cliniques d'appel.
4. Il n'y a pas lieu de faire un dosage de TSH en l'absence de signes cliniques en faveur d'une hypothyroïdie.
5. Il n'y a pas lieu de faire un dosage de cortisol libre urinaire/24 h en l'absence de signes cliniques en faveur d'une maladie de Cushing.
6. Il n'y a pas lieu de conseiller les régimes très basses calories (moins de 1000 Kcal par jour) sauf cas exceptionnels. Ils doivent être supervisés par un médecin spécialisé en nutrition.
7. Il n'y a pas lieu de conseiller l'orlistat ni un autre médicament contre l'obésité.
8. Il n'y a pas lieu de faire maigrir systématiquement un sujet âgé ayant une obésité mais il faut tenir compte du retentissement de l'excès de poids sur la qualité de vie.
9. Il n'y a pas lieu de mesurer le pli cutané ni le rapport tour de taille/ tour de hanche en médecine de premier recours.

~

© Haute Autorité de Santé – 2013



Source : RBP« Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours »
- Septembre 2011 - Consultable sur www.has-sante.fr

Annexe 2 : Grille de profils distribuée aux participants lors des entretiens collectifs

Surpoids et obésité au quotidien, retours d'expériences

Le focus group auquel vous allez participer a pour but de recueillir les retours d'expérience de professionnels de premier recours sur les freins et les leviers à coordonner le parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité en soins primaires en France en 2016.

Cet entretien collectif va me servir de base pour la réalisation de mon travail de thèse de médecine générale.

Pour que ce travail soit le plus précis possible, il est recommandé d'établir une grille de profils des participants à ce focus group. Vous trouverez ci-dessous un questionnaire à remplir et à me remettre à la fin de l'atelier.

Merci pour l'intérêt que vous portez à ce projet.

Julie Plattey

1) Nom – Prénom – Année de Naissance – adresse mail

2) Profession

3) Lieu et type d'exercice (urbain, rural, semi-rural / libéral, salarié, en structure, en centre de santé, mixte...)

4) Profil de formation complémentaire en rapport avec l'obésité (DU, formation à l'éducation thérapeutique du patient...)

5) Implication dans une association, un réseau, une maison de santé sur une thématique obésité, et /ou autre ?

Annexe 3 : Fiche de déclaration d'intérêts remise aux participants des focus groups.

DECLARATION D'INTERETS

Déclaration sur l'honneur de.....

Intervenant au titre de

Au sein de.....

A :....., le

Avez-vous, dans les cinq dernières années, reçu pour vous ou pour une association que vous animez, une rémunération quelle qu'elle soit (salaire, honoraire, rémunération boursière, etc.), ou un avantage financier ou en nature (cadeaux, frais de déplacements, frais de congrès, matériel médical ou informatique , etc...), ou détenez-vous des participations financières (actions, obligations, etc...) de la part d'un organisme privé, industriel ou commercial qui pourrait tirer profit ou désavantage de votre prise de parole durant cet entretien collectif (focus group) ?

OUI => Conflit d'intérêt déclaré par le professionnel

NON => Absence de conflit d'intérêt déclaré

Date:

Signature :

Si OUI description de la nature du conflit d'intérêt:

Conflit d'intérêt n°1 :

Année concernée :

Type de rémunération et/ou d'avantage financier et/ou de participation financière :

Nom de l'organisme privé et/ou industriel et/ou commercial :

Conflit d'intérêt n°2 :

Année concernée :

Type de rémunération et/ou d'avantage financier et/ou de participation financière :

Nom de l'organisme privé et/ou industriel et/ou commercial :

Annexe 4 : Consentement écrit rempli par les participants pour l'enregistrement audio de l'entretien et pour l'utilisation des données dans le cadre d'un travail de thèse de Médecine Générale.

Je, soussigné(e),, atteste avoir donné mon accord pour l'enregistrement audio de l'entretien collectif du vendredi 01 Avril 2016 et atteste avoir été informé de l'utilisation de ces données dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

Date:

Signature:

Je, soussigné(e),, atteste avoir donné mon accord pour l'enregistrement audio de l'entretien collectif du samedi 02 Avril 2016 et atteste avoir été informé de l'utilisation de ces données dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale.

Date:

Signature:

Annexe 5 : Retranscriptions des deux entretiens collectifs.

Retranscription Focus Group 1 Vendredi 1^{er} Avril 2016

Animateur : Alors, selon vous, immédiatement comme ça si je vous pose la question, dans le parcours de soins d'un patient obèse qu'est-ce qui vous semble le plus facile ?

(Silence de quelques secondes)

Intervenant 2 : Qu'ils viennent nous voir. Intervenant 2. Qu'ils viennent nous voir. Une démarche.

Animateur : Donc, Intervenant 2, il est médecin généraliste. *(Note au tableau)*

Intervenant 3 : Euh... Intervenant 3, euh médecin généraliste à Maubeuge. D'identifier l'obésité, surpoids. D'obtenir des données quantitatives, puisque...

Animateur : Je vais écrire le « Quoi ? » *(Note au tableau)*

Intervenant 4 : Intervenant 4. Classifier l'obésité.

Animateur : Donc là, on est sur la personne obèse. Donc identifier ce qu'elle est... et... classifier. Ok. Je vais vous poser une ...

Intervenant 8 : Intervenant 8. Euh... son histoire pondérale.

Animateur : Médecin, tu dis médecin.

Intervenant 8 : Oui, médecin, à Paris.

Animateur : Alors le patient il a une histoire...

Intervenant 8 : Reconstituer son histoire pondérale. Histoire pondérale.

Animateur : Oui, oui, je vais le noter.

Intervenant 8 : Après, rien n'est facile pour moi...

(Approbations des autres intervenants)

Animateur : J'ai posé cette question volontairement puisque on est là pour repérer ce qui est positif.

Intervenant 8 : Oui. Positif. *(murmuré)*

Animateur : Bon. Parce que si je parle de tous les freins, je pense que tous les freins vont venir et après il faut qu'on trouve les leviers, hein, donc euh...

Intervenant 5 : Oui c'est sûr.

Animateur : Donc maintenant je vais... je vais vous poser, euh, une autre question. Hum, dans vos territoires, il y a peut-être des expériences en place, euh, qu'est ce qui est difficile et comment pensez-vous qu'on pourrait effectivement contourner les difficultés ?

(Silence de quelques secondes)

Animateur : Alors, euh, je vous rappelle quand même que dans le sujet on est bien sur les parcours et les trajectoires... des patients...

(Quelques approbations et murmures)

Animateur : Donc si je vous entends, il y a des choses à identifier au niveau de... du, d'un repérage, donc qu'est-ce qui pourrait être positif, qu'est-ce qui est nécessaire pour ce repérage ? Intervenant 8 ?

Intervenant 8 : Alors, hum, ce n'est pas facile au départ mais c'est facilitant après, c'est quel regard j'ai en tant que professionnel, en tant que médecin sur les personnes en obésité ? C'est-à-dire est-ce que j'ai un regard positif inconditionnel ? Ou est-ce que j'ai déjà une réticence ? Et une fois cette situation réglée alors c'est facilitant si on a un regard positif inconditionnel. C'est le début du parcours il me semble, le médecin doit s'interroger comme chaque fois : quel est le regard qu'il porte sur cette personne ?

Animateur : Donc le regard qu'il portera sur la personne...

Intervenant 8 : Sa représentation, hum.

Animateur : Sa représentation. Si c'est une représentation positive...

Intervenant 8 : Positive, accompagnante, bienveillante...

Animateur : Ça serait un élément...

Intervenant 8 : Alors c'est un élément, ensuite...

Animateur : Bienveillance, je vais le noter, puisque c'est... un verbatim

Intervenant 8 : De bienveillance qui va faciliter, qui va faciliter. A l'inverse, ça va être un frein. Donc ça part d'abord du professionnel avant même le parcours, le tout début du parcours.

Animateur : Comment vous réagissez ? Alors...

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin. Euh... certes, ils viennent nous voir facilement, mais, ils ne viennent pas facilement pour leur poids directement, donc euh, c'est comment, nous, aborder le poids, justement...

Animateur : Donc comment selon vous ...

Intervenant 5 : Plus facilement...

Animateur : *(suite de la phrase)* il est plus facile de faire venir les patients ...

Intervenant 5 : Pour autre chose que le poids...

Animateur : Non, tu... je vais te tutoyer...

Intervenant 5 : Oui, oui, bien sûr.

Animateur : Tu penses que du coup il faut avoir une porte d'entrée, quelque chose... ?

Intervenant 5 : Non, il faut qu'on..., qu'on trouve, enfin euh... qu'on arrive à aborder le poids directement sans justement passer par une porte d'entrée.

Animateur : Aborder le sujet à partir d'autre chose ?

Intervenant 5 : Oui, c'est-à-dire en présentant le poids comme un problème de santé.

Animateur : Voilà autre chose. *(Note au tableau)*

Animateur : Intervenant 2.

Intervenant 2 : Intervenant 2. Médecin dans le Nord. Euh, le motif premier de la consultation n'est certainement pas le poids.

Intervenant 5 : Hum.

Intervenant 2 : Voilà, après je pense que c'est un peu ce que tu voulais dire.

Intervenant 5 : Tout à fait.

Intervenant 2 : D'accord. Et je pense que c'est à partir de quoi on va, nous, entamer la démarche, euh, de parler de son poids.

Intervenant 5 : Hum.

Animateur : Une opportunité ? Pour aborder ça ?

Intervenant 2 : Hum.

Animateur : Et ça, ça serait facilitant ... si on avait des opportunités ?

Intervenant 2 : Oui, je pense qu'il y a beaucoup d'opportunités.

Animateur : Alors les opportunités en médecine générale... Donc on n'a pas que des généralistes ici autour, qu'est-ce que vous en pensez ?

Intervenant 1 : Bah, Intervenant 1. Maubeuge. Euh... Nous, on a travaillé...

Animateur : Votre profession ?

Intervenant 1 : Infirmière. *(Rires)*. On a travaillé sur l'obésité de l'enfant et donc euh on arrive à aborder le sujet avec les courbes de poids dans les carnets de euh vaccination des enfants, quand elles sont faites.

Animateur : Donc d'avoir quantifié...

Intervenant 1 : D'avoir quantifié et de montrer aux parents, déjà, les changements de couloir.

Animateur : Donc vous mettez des nouveaux interlocuteurs : les parents.

Intervenant 1 : Les parents.

Animateur : Et vous allez indiquer un changement ?

Intervenant 1 : Oui.

Animateur : En fait, ça rejoint effectivement, euh : identifier le poids qui avait été, euh, emphasé, donc je vais me permettre du coup de le remettre ici, que, il y a nécessité pour

les soignants, de tout au moins, d'identifier quelque chose.

Animateur : Intervenant 3.

Intervenant 3 : Oui je rajoute que quand...

Animateur : Ah pardon. J'ai pas vu, je vais te faire intervenir après.

Intervenant 3 : ... Compléter par rapport à ...

Animateur : Donne ta profession, ton nom à chaque fois.

Intervenant 3 : Intervenant 3. Médecin. Maubeuge. Par rapport, euh..., les opportunités, le caractère bienveillant, c'est facile d'aborder par rapport à des sujets médicaux et donc d'être dans du non-jugement. L'obésité c'est pas un vice, mais ça fait partie de toute une maladie. Euh... et que du coup, euh, d'être encore peut-être plus médecin c'est-à-dire d'être encore peut-être plus bienveillant et clinique par rapport à ce corps, euh, qui n'est pas, entre guillemets, bien vu ou mal vu.

Animateur : Alors. Du coup il y a beaucoup de choses qui sortent. Attends. Donc il y a l'image du corps.

Intervenant 3 : Oui.

Animateur : Qui pourrait être vue donc du point de vue du soignant, mais aussi du point de vue du patient.

Intervenant 3 : Du patient...

Animateur : C'est ce que j'entends, après si j'interprète, tu... tu m'arrêtes, hein ! Point de vue du patient, (*note en même temps au tableau*), c'est pour qu'on s'y retrouve. Et que tu penses que du coup, il faut encore être plus bienveillant.

Intervenant 3 : Plus... Plus bienveillant, plus entre guillemets maternant.

Animateur : Vous l'avez ressorti plusieurs fois... Donc il y a peut-être une posture... (*Note*) qui va permettre... Okay... Alors j'ai entendu, euh, maladie, hein, tout à l'heure j'ai entendu poids, là j'entends maladie.

Intervenant 3 : Et...

Animateur : Je vais faire... Attends... Parce que... faut qu'il...

Intervenant 4 : Oui. Intervenant 4. Médecin. A Denain. Euh, pour abonder dans le sens de la bienveillance, il faut aussi améliorer le parcours du patient obèse.

Animateur : Voilà, c'est pour ça qu'on est ici.

Intervenant 4 : Donc du dépistage à la prise en charge.

Animateur : Alors, identifier, je vais aussi le mettre dans dépister. (*Note au tableau*). Fluidifier le parcours, améliorer le parcours.

Intervenant 4 : Fluidifier oui. Tout à fait.

Animateur : Alors, c'est quoi pour vous fluidifier le parcours ?

Intervenant 4 : C'est à dire... Euh, clarifier ce parcours, dès le dépistage jusqu'à la prise en charge, passant bien sûr par l'éducation thérapeutique comme l'infirmière l'a évoquée tout à l'heure.

Animateur : Donc si on parle d'ETP, c'est qu'on est bien sur une maladie.

(*Murmures d'approbation*)

Intervenant 4 : C'est un problème de santé pub.

Animateur : Ah ! (*Note au tableau*). Réactions ?

Intervenant 6 : Donc Intervenant 6, directrice des soins à la clinique du ..., dans l'Indre. Je pense que...

Animateur : Votre profession ? Directrice de soins pour moi...

Intervenant 6 : C'est infirmière à la base.

Animateur : Voilà, infirmière.

Intervenant 6 : Euh, je pense que le...le point essentiel à mon avis, c'est déjà de connaître de quoi on parle. Qu'est-ce que réellement cette obésité ?

Animateur : Le quoi.

Intervenant 6 : Voilà. De quoi on parle, parce qu'on ne sait pas. Les différents professionnels,

euh, de la santé ne savent pas réellement ce qu'est cette maladie euh c'est souvent, il y a souvent des préjugés en disant c'est... un feignant qui mange trop par exemple. Et on ne connaît pas les tenants et les aboutissants. Et en même temps derrière, on ne connaît pas non plus quelles sont les différentes ressources pour l'accompagner. Toute la cartographie derrière ...

Animateur : Alors. De quoi est-ce que nous parlons ?

Intervenant 6 : Ouais.

Animateur : Si je te comprends bien... Je vais reformuler pour que vous puissiez réagir. Si j'entends bien, c'est que si nous savions entre professionnels de quoi nous parlons...

Intervenant 6 : Oui.

Animateur : Est-ce que nous parlons du contenu de l'assiette, est-ce qu'on parle de masse, est-ce qu'on parle d'indice de masse corporelle ?

Intervenant 6 : Voilà.

Animateur : Est-ce qu'on parle d'une maladie, est-ce qu'on parle d'un comportement ?

Intervenant 6 : Tout à fait. Ouais.

Animateur : D'accord. Bon, donc déjà ce qui pourrait être facilitant c'est que l'on soit sur une base commune.

Intervenant 6 : Oui.

Animateur : De quoi parle-t-on ?

Intervenant 6 : Oui.

Animateur : (*Note au tableau*). Bon, ce que j'écris, c'est réducteur, c'est juste pour qu'on ait le fil conducteur, la saisie elle est faite à côté. Qui veut réagir à ça ? Intervenant 8 ?

Intervenant 8 : Intervenant 8. Médecin. Paris. Hum. La difficulté c'est : est-ce que nous parlons de la même chose ? C'est-à-dire pour les médecins, l'obésité est une maladie. Pour les personnes en obésité, c'est pas nécessairement vécu comme une maladie. Ca peut être simplement une tradition familiale, ou... Donc, et la difficulté c'est : est-ce qu'il y a une souffrance ? C'est-à-dire, est-ce qu'on va provoquer de la souffrance là où il n'y en a pas ? Simplement parce qu'on considère que cette situation qui est une maladie requiert des soins. Donc, quand on parlait tout à l'heure de la demande. C'est à dire qu'y a pas de demande. Il y a des gens qui ont une demande, en disant je commence vraiment à... ça me pose un problème... mais y a beaucoup de gens, y a pas de demande. Donc, notre inquiétude de médecin en disant, potentiellement c'est une maladie, est-ce que ça rejoint pour cette personne en obésité le sentiment qu'elle est malade ? Et là il y a une grande divergence, hein. Souvent. Donc, c'est une difficulté, donc on n'est pas sur les facilités, mais comment rejoindre cette personne là où elle en est de son image ? Ce qui a été dit tout à l'heure. De sa perception de son corps. Hein. Et de ce corps particulier dans sa conformation... hein... particulier. Comment vit-elle avec ce corps ? Comment elle est en empathie ou pas avec son propre corps ? Et c'est un long travail au départ quand il n'y a pas de demande.

Animateur : Alors.

Intervenant 4 : Oui. Intervenant 4. Médecin. Denain. C'est un tout. L'obésité c'est un tout.

Animateur : C'est un ?

Intervenant 4 : Un tout.

Animateur : Un tout.

Intervenant 4 : C'est un tout. C'est-à-dire, euh, la personne peut peut-être ne pas se percevoir comme malade. Alors il faudrait voir dans quelle mesure... qu'est-ce qui faut mettre dans ce tout ? Est-ce que c'est le trouble alimentaire ? Est-ce que c'est la perception psychologique ? Est-ce que ce sont les conséquences de surpoids qu'on va mettre en avant ? Donc c'est à nous de savoir ce qu'on met dans ce tout et comment prendre facilement, comment faire facilement une prise en charge de ce tout ?

Animateur : Alors si je reformule... pour qu'on avance. Effectivement ça veut dire que, si on

considère du point de vue soignant, on est bien sur une maladie...

Intervenant 4 : Oui.

Animateur : ... qui va correspondre à une image qu'a le patient dans lequel il y a plusieurs facteurs à aborder.

Intervenant 4 : Exact.

Animateur : D'accord. Et que donc je, je... (*Note*). C'est pas les couleurs qui font la force des choses mais... que je vois la psychologie, vous avez mis histoire pondérale, on voit la souffrance, la maladie, le plan alimentaire. Mais, et que donc tu dis que si... on pourrait améliorer les choses, si on considérait bien à chaque fois toutes les branches... D'accord...

Intervenant 3.

Intervenant 3 : Intervenant 3, médecin. Maubeuge. Je continue une réflexion de tout à l'heure, c'est : les patients que je rencontre par rapport à un problème d'obésité consultent rarement avec comme motif, l'obésité. Donc ils vont venir pour un autre motif, et peut-être que cet autre motif il n'est pas question de l'occulter par rapport à l'obésité mais au contraire de le valoriser. Je vais être sur-attentif aux rotules de mes patients obèses.

Animateur : Alors, ça veut dire que...

Intervenant 3 : Je vais sur-valoriser les rotules et la gonarthrose. Je vais être très attentif à la glycémie, je vais guetter le diabète en me disant que ça va être un levier de changement dès que ça passe à ... Enfin voilà.

Animateur : Alors... tu viens de citer ce que t'appelles des leviers de changement que les patients vont apporter en consultation et dont eux vont parler.

Intervenant 3 : Oui, de l'investissement de leur corps en tant que peut-être corps en souffrance ou en risque de souffrance avant qu'ils ne le sentent eux même.

Animateur : Intervenant 2.

Intervenant 2 : Intervenant 2, médecin dans le Nord. Euh, la question c'est finalement, quelle conscience a le patient de sa problématique ? Est-ce qu'il en a vraiment pris conscience ? Ou pour lui c'est vraiment un truc qui se posait même pas en terme de... de problème pour sa santé ?

Animateur : Et c'est important pour qui ça ?

Intervenant 2 : Bah, pour que le médecin puisse avancer avec lui.

Animateur : Donc je l'écris là, mais je dois l'écrire là aussi.

Intervenant 2 : Pour qu'on puisse avoir un partenariat sinon, euh..., si on est les seuls à se poser la question, lui ne sera pas partie prenante.

Animateur : Tu viens de trouver un levier. La notion de partenaire. (*Note au tableau*).

Intervenant 2 : Ouais.

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin dans la région Centre. Est-ce que le problème c'est pas justement, euh, qu'on attend le stade de complication pour aborder le problème de l'obésité, d'une part ?

Animateur : Donc là, on avait le quoi et maintenant on a le quand.

Intervenant 5 : Comment ?

Animateur : Y avait le quoi et maintenant y a le quand.

Intervenant 5 : Voilà. Et euh on n'a pas non plus forcément l'habitude de demander justement au patient lui ce qu'il en pense, comment il le vit ce poids et pour quelles raisons s'il souhaite perdre du poids, pour quelles raisons... en fait ? Quelles sont ses motivations ?

Animateur : Comment il le vit...

Intervenant 5 : Ses objectifs, ses motivations. On a l'habitude d'imposer un traitement pour toutes les maladies chroniques et là en l'occurrence, le seul traitement de l'obésité c'est le patient lui-même, donc, c'est la principale difficulté.

Animateur : Ca voudrait dire que le partenariat, il est encore plus important à avoir parce que la ressource c'est le patient.

(Approbations)

Intervenant 5 : C'est une démarche qu'on n'a pas forcément l'habitude...

Animateur : C'est pas ordinaire...

Intervenant 5 : Par rapport aux autres maladies, non.

Animateur : C'est pas ordinaire.

Intervenant 2 : Je dirai parfois au niveau du diabète, combien de fois on peut poser la question au patient : vous sentez-vous malade ? Les patients nous répondent non. Ils ont pas mal avec le diabète, et l'obésité c'est pareil.

Intervenant 5 : Oui mais ça se soigne avec des médicaments.

Intervenant 2 : Ouais, mais pas que ça.

Intervenant 5 : Pas que ça, nan, mais bien sûr.

Animateur : Alors, attention, vous êtes en train d'interférer.

Intervenant 5 : Oui, oui, oui.

Animateur : Intervenant 2, tu n'as pas dit que t'étais médecin.

Intervenant 2 : Tout à fait.

Animateur : Pour autant, j'entends ce que vous êtes en train de dire, et c'est intéressant, parce vous faites bien un parallèle avec une autre maladie chronique. Donc on entend bien que peut-être un des leviers c'est de bien considérer l'obésité comme une maladie chronique avec un début, un quand, de quoi parle-t-on ? Et, et que tout le pan du patient là il est important à considérer dans, dans toutes ses dimensions et donc que, que le partenariat est d'autant plus important que, euh, le patient est la ressource, euh, si j'entends bien ce que tu dis, la ressource la plus importante.

Intervenant 5 : Sa propre ressource.

Animateur : Sa propre ressource... (Note au tableau).

Intervenant 8 : Intervenant 8, médecin, Paris. Donc je rejoins cette remarque qui est la question du pourquoi. C'est à dire que, euh, les patients peuvent être des fois dans des obésités même déjà sévères, et il n'y a pas de demande. Donc la question du pourquoi, c'est, c'est la première question. Pourquoi voulez-vous perdre du poids ? Même si, ils ont des complications et que pour nous, médecins, ça nous apparaît comme légitime. Ils ont déjà des complications, il faut intervenir. Mais pour autant la réponse au pourquoi peut être ailleurs. Elle n'est pas dans le fait d'avoir des complications. La deuxième question c'est : pourquoi maintenant ? Parce que le poids, l'obésité, on la voit venir, enfin je veux dire, c'est pas une maladie aiguë, hein. Ça traîne des fois pendant des années, pourquoi maintenant ? Pourquoi aujourd'hui on est en capacité vous et moi de parler de ça ? Et...

Animateur : Pourquoi le partenariat, ce jour-là, il va se mettre en place ?

Intervenant 8 : A ce moment-là. Pourquoi ce moment-là ? Pourquoi vous avez choisi ce moment-là ? Pourquoi aujourd'hui vous êtes prête ou prêt à envisager cette question ? Je ne parle pas des solutions, je parle seulement d'envisager la question, de parler avec moi de cette question. Voilà. Donc la question du pourquoi, elle est pour moi un élément essentiel. Vraiment.

Animateur : C'est à dire que, le, le soignant...

Intervenant 8 : Hum, hum.

Animateur : ...qui veut engager ce partenariat, il est important qu'il pose au patient la question du pourquoi.

Intervenant 8 : Pourquoi ? Même si ça paraît... Intervenant 8, médecin, Paris. Même si cela paraît une évidence médicale. Une évidence médicale.

Animateur : Donc c'est la question à poser.

Intervenant 8 : Hein, donc ce que disait Intervenant 2, à propos des rotules, on dit voilà, c'est une évidence médicale.

Intervenant 3 : Oui.

Intervenant 8 : Mais pour autant, ça ne l'est pas nécessairement pour cette personne.

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin, région Centre. Oui, d'autant plus que, euh, les raisons pour lesquelles les patients veulent perdre du poids sont souvent très différentes de celles du médecin et que c'est sur ces euh motivations qu'on va pouvoir s'appuyer pour entamer une démarche d'aide et de soins.

Animateur : Alors, justement... De tout ce qu'on ressort richement... Quels sont vos partenaires et vos aides ? Quels sont les professionnels qui... que vous pouvez engager, que vous avez envie d'engager ? Parce que là on voit, ou médecin-patient, ou infirmier-patient... Selon vous, euh, dans les parcours, euh, comment est-ce que on peut effectivement aller balayer toute cette palette que vous avez sortie ?

Intervenant 2 : Intervenant 2... Pardon.

Intervenant 4 : Intervenant 4, médecin, Denain. Euh, il faut, faudrait une prise en charge pluri-professionnelle.

Animateur : D'accord... Déjà, est-ce que vous êtes tous d'accord avec ça ?

(Hochements de têtes).

Intervenant 4 : Une prise en charge pluri-professionnelle de la PMI au médecin généraliste, de l'infirmière...

Animateur : Alors là, c'est la temporalité.

Intervenant 4 : Ah pardon.

Animateur : Ah oui, non, mais je t'écoute hein, c'est parce qu'il faut que j'arrive à... à trouver maintenant, euh, vas-y continue, j'aurai pas dû te, t'interrompre.

Intervenant 4 : Donc, de la PMI au médecin généraliste, au médecin scolaire, à l'infirmière libérale, à l'infirmière scolaire euh, la diététicienne ou le diététicien, l'endoc, le chirurgien... ainsi de suite...

Animateur : La doc ?

Intervenant 4 : L'endoc.

Animateur : L'endocrino.

Intervenant 4 : L'endocrinologue. Donc c'est vraiment une prise en charge pluri-professionnelle du premier recours au troisième recours.

Animateur : Intervenant 8.

Intervenant 8 : Alors, Intervenant 8, médecin, Paris. Je me décale un tout petit peu de... Intervenant 4. Euh, sur les mots. Euh, moi je ne prends pas en charge les patients. Je les accompagne et je prends en charge leur maladie. C'est à dire... quand je joue sur les mots... pourquoi j'ai dit ça ? Parce que on tend vers une forme d'autonomie de la personne. Donc la prise en charge c'est contraire à l'autonomie, d'une certaine manière. Donc, je les accompagne sur un chemin qu'ils ont et que nous avons défini. C'est-à-dire que, donc, je crois qu'il y a un deuxième temps après cette question-là, c'est, euh, l'évaluation des besoins de cette personne avant de... de... on construit le parcours à partir des besoins. De quel niveau de besoin a cette personne à ce moment-là ? Qui peuvent évoluer bien sûr. Et je vais l'accompagner sur les besoins que nous aurons définis ensemble. Et ça, c'est le premier interlocuteur, que ce soit le médecin traitant ou l'infirmière. C'est dans la confidentialité de : mais qu'est-ce qui pourrait vous aider ? Ah ben j'aurai peut-être besoin de ça ou besoin de ça... Voilà. Et donc une fois qu'on a initié à partir des premiers besoins, on essaie de voir où sont les ressources. Voilà.

Animateur : Donc tu es en train de me dire que c'est important que le premier interlocuteur qui va avoir l'opportunité et le partenariat, qui va le saisir, celui-là il va tracer la route.

Intervenant 8 : Oui. Pourquoi ? Parce qu'il est investi d'une confiance. Et cette confiance, elle n'avait pas eu lieu avant. Si c'est l'infirmière qui vient pour des soins X pour une pathologie qui amorce ça, c'est l'infirmière ou l'infirmier qui est dépositrice de cette confiance. Et...

Animateur : Un initiateur qui aura...

Intervenant 8 : Et le premier engagement, c'est cette personne-là, ce professionnel-là. Si

c'est un kiné, c'est un kiné. Si c'est le médecin traitant, c'est le médecin traitant. Et ensuite, en disant : mais oui, mais moi je ne peux pas faire tout ça tout seul ou toute seule, alors il va falloir qu'on voit par rapport à ce que vous m'avez dit ce qui vous semble être le plus adapté. Et là on fait une analyse des besoins. Et, et donc à partir de là, des interlocuteurs qui vont venir commencer à construire le parcours. Enfin, ça c'est mon expérience, c'est ce que je... j'ai vécu pendant presque vingt ans. Hein, et, et c'est variable d'une personne à l'autre, à un moment de leur vie d'ailleurs, ça peut changer, c'est pas... voilà c'est...

Animateur : Vous nous avez bien parlé d'un instant, d'un temps T particulier, hein.

Intervenant 8 : Oui, je crois qu'il y a un moment où les gens vont parler de ça, au même titre qu'un secret, enfin je ne sais pas. Hein.

Intervenant 7 : Une révélation...

Intervenant 8 : Une révélation...

Animateur : On est dans un comportement...

Intervenant 8 : Voilà. Je peux me confier à cette personne parce que j'ai confiance.

Animateur : Confiance... Posture, confiance... Intervenant 3.

Intervenant 3 : Intervenant 3, médecin, Maubeuge. Je reviens sur... ça résonne en moi cette histoire de décharge, hein, quel... le moment où cette histoire privée qui est vécue tout seul, le patient est tout seul avec sa maladie, à quel moment il s'en décharge un tant soit peu et où il y a une relation de confiance et à ce moment-là il y a quelque chose qui est un peu crucial, et le pluri-professionnel bien entendu parce que pour le coup euh, l'histoire de poids, et la décharge elle est lourde enfin à porter, enfin, sans jeu de mot mais et derrière je sais que c'est une histoire chronique, longue, difficile du coup, il va falloir, euh...

Animateur : Des compétences...

Intervenant 3 : ... Activer des ressources pour le soignant, pour qu'il soit pas tout seul à supporter tout ça.

Animateur : Humhum. (*Note au tableau*). Ca veut dire qu'il y a un individu qui est repéré par le patient comme étant un élément déclenchant, pour autant le soignant ne restera pas seul avec lui, pour se faire aider d'autres compétences.

Intervenant 3 : Voilà.

Animateur : Intervenant 7.

Intervenant 7 : Oui euh... Intervenant 7, médecin, Saint Jean de On a beaucoup parlé là de besoins, on a beaucoup parlé d'analyse finalement de la personne... Il y a quelque chose dont on n'a pas parlé finalement c'est ses plaisirs et ses déplaisirs dans la vie. Sa biographie.

Intervenant 3 : Humhum.

Animateur : Si, l'histoire pondérale...

Intervenant 7 : Mais au-delà de l'histoire pondérale c'est, euh... on sait que, euh... 25% des obèses ont subi des maltraitements, 50% ont des symptômes dépressifs, euh, et si on ne prend pas ça en compte, euh, il manque quelque chose comme point d'appui.

Animateur : Comment il vit, ses besoins, à rattacher à sa biographie...

Intervenant 7 : A sa biographie et ses plaisirs.

Animateur : Plaisirs...

Intervenant 7 : Et déplaisirs.

Animateur : Scribe 1 note tout... C'est juste qu'on se guide un peu...

Scribe 1 : J'essaie de tout noter, (*rires*). Je fais de mon mieux.

Animateur : Oui, oui, je sais bien mais on est plusieurs à prendre des notes.

Intervenant 7 : C'est... dans mon expérience c'est une porte d'entrée avec tous les gens finalement... obèses ou pas obèses. Quels sont... Racontez moi un petit peu votre vie.

Animateur : Toutes ces composantes psychologiques... Qu'est-ce qui pourrait être positif dans l'accompagnement du parcours ? Qu'est-ce qui vous semble, euh, matériellement mieux pour vous faire accompagner d'autres compétences ? Parce que là on a bien, vous

avez bien balayé les... le temps T, ce qui est nécessaire du côté du soignant pour ce premier contact, ce premier déclic... Et après comment est -ce qu'on va plus positivement aborder le reste ? Qu'est-ce qui existe peut-être ou qui pourrait exister ? (*Silence*). Allez...

Intervenant 4 : Intervenant 4, médecin, Denain. On pourrait clarifier le rôle de chacun dans le parcours...

Animateur : Donc on est bien dans les compétences...

Intervenant 4 : Oui, c'est ça. Clarifier le rôle de chacun dans le parcours. Avons-nous défini le parcours ? Si nous l'avons défini, qui intervient dans ce parcours ? Quel est le rôle de chacun ?

Animateur : Qui fait quoi ?

Intervenant 4 : Qui fait quoi ?

Animateur : D'accord. Donc je reviens ici, hein... Parce que dans le quoi, on avait dit ce qu'on avait en commun, les mots communs, qu'on parlait bien de la même chose. Et aussi, on aura besoin de définir dans le quoi quelles sont les compétences ? Qu'est-ce que je peux apporter en complémentarité ? Intervenant 2.

Intervenant 2 : Intervenant 2, dans le Nord, médecin.

Animateur : Médecin.

Intervenant 2 : Quelles sont euh... Le problème c'est qu'on a parlé des représentations du médecin, mais quelles sont pour le, le patient ses représentations de son obésité ? Comment est-ce qu'il la vit ? Qu'est-ce qu'il est prêt à mettre en oeuvre lui, au départ, pour pouvoir le guider par rapport aux compétences qui vont nous aider ensuite.

Animateur : Comment vous allez aller chercher ça ?

Intervenant 2 : Bah, il va falloir qu'on aille discuter avec lui. Donc ça veut dire qu'on va aborder un point à la fois.

Animateur : Un point à la fois...

Intervenant 2 : Et pas trop vite.

Animateur : Bon on est toujours...

Intervenant 2 : Sinon on va le submerger.

Animateur : Dans la continuité, dans le temps, dans un chemin, un point à la fois. (*Note au tableau*).

Intervenant 2 : Et qu'est-ce qu'il a pu déjà faire pour peut-être perdre du poids aussi ?

Animateur : Là, vous êtes dans le pondéral.

Intervenant 2 : Hum.

Animateur : Donc ça rejoint ce qui a été dit tout à l'heure. C'est juste pour voir ce qui... euh... voilà.

Intervenant 2 : Bien sûr.

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin, région Centre. Euh, oui, je rejoins cette idée et surtout, voilà, en reprenant l'histoire pondérale déjà dans un premier temps avec le patient, euh, essayer de voir avec lui, lui demander, d'après lui, qu'est-ce qui a provoqué les prises de poids ? Les pertes de poids ?

Animateur : Les événements ?

Intervenant 5 : Et relier aux événements de vie, euh, d'une part... Donc déjà sur l'origine de son problème de poids et puis, ensuite, d'après lui, quelles sont justement les solutions aussi à mettre en oeuvre ? Parce que souvent ils me disent, euh, je sais très bien ce qu'il faut manger, ce qu'il faut pas manger, mais peut-être que c'est dans la tête que ça ne va pas.

Animateur : J'ai écrit « se marque dans une démarche ». C'est plutôt quelque chose qui faudrait analyser régulièrement.

Intervenant 5 : Voilà, qui s'auto-analyse...

Animateur : Dans une démarche... Ce n'est pas seulement à ce temps T là qu'on va tout régler.

Intervenant 5 : Tout à fait.

Animateur : D'accord. Intervenant 8.

Intervenant 8 : Ça rejoint ce que dit Intervenant 7, c'est... dans l'histoire pondérale on vient dans l'histoire de vie. C'est-à-dire que l'histoire pondérale n'est jamais que le fil... un peu comme ça qui trace l'histoire de vie. Donc, on a les évènements à un moment ça va venir les évènements de vie effectivement... A quel moment ? Mais il y a aussi d'autre chose qu'est : comment ce poids s'inscrit pour cette personne dans son histoire familiale ? Mes parents sont gros, mon papa est gros, mon grand-père était gros que j'adorais, etc ... Donc on a ici des phénomènes de mimétisme, des phénomènes d'attachement, des phénomènes... évidemment ça prend du temps, je crois que peut-être ce qu'on voit bien là, puisque nous sommes donc aux prémices du parcours et déjà le temps qu'on a pris, c'est un temps qui peut être très long il me semble, hein, et ce temps-là on ne peut pas en faire l'économie. C'est ce temps-là qui est fondateur ensuite de la qualité du parcours.

Animateur : De ce que j'entends, si ça prend beaucoup de temps... Que vous balayez, euh, tous ces champs...

Intervenant 8 : Oui.

Animateur : Que vous êtes dans une démarche euh ça s'appelle comment ? Si on est dans un process comme ça ?

Intervenant 3 : Intervenant 3, médecin, Maubeuge. Pour moi c'est un temps de diagnostic un petit peu de... pour être très médical, enfin...

Animateur : Oui. Il y a une part diagnostic.

Intervenant 3 : Diagnostic de situation.

Animateur : Ouais.

Intervenant 3 : Moi, dans ma petite histoire, je me repère souvent avec 3 grands axes au niveau d'un vécu un peu psychologique, d'une histoire un peu avec, euh, de relation avec l'aliment, et puis d'une relation avec la motricité de tout petit jusque maintenant et comment ça fonctionne dans ces 3 axes là.

Intervenant 4 : Intervenant 4, Denain, médecin. Pour abonder dans le sens d'Intervenant 3, ça pourrait être aussi un dialogue type éducatif ou un bilan éducatif partagé.

Animateur : Donc on n'est plus dans de la consultation, hein... on entend : il faut beaucoup de temps, euh, donc peut-être que dans les leviers que vous signifiez, euh si ça prend du temps, qu'il y a un partenariat, qu'il y a un temps T, des champs à mettre en oeuvre, on est peut-être plus dans une situation d'entretien.

Intervenant 2 : Motivationnel.

Animateur : Alors entretien motivationnel, entretien mais donc un temps plus long. L'idée c'est de pouvoir effectivement voir... euh... le, le temps long, ça peut être aussi un frein. Il y a des gens qui vont dire je ne vais pas vouloir m'investir dans quelque chose de... Okay. Donc les opportunités, euh, selon vous c'est quoi les... Qu'est-ce que vous avez ressenti comme opportunités pour... pour saisir ce temps T ? Comment est-ce qu'on le saisit ce temps T ? (*Silence*) Alors vous n'avez pas forcément la réponse, hein, je pose juste la question. Oui...

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin. C'est... Ben c'est le moment opportun si on arrive au moins à avoir cette base de dialogue avec le patient euh de l'inscrire dans une démarche éducative, dans un programme d'éducation thérapeutique...

Animateur : Dialogue... et j'ai entendu motivation, hein, aussi. Voilà... Donc ça rejoint la posture de confiance, hein, on rejoint beaucoup de choses qui existent dans l'éducation thérapeutique du patient, pour autant est-ce qu'il a pris conscience qu'il a une maladie ? Intervenant 3...

Intervenant 3 : Intervenant 3, médecin, Maubeuge. Pour moi c'est...ça fait partie des maladies entre guillemets avec une stigmatisation euh négative où il y a de la honte, où il y a des choses comme ça... Et que donc, euh, pour moi en tant que soignant je vais avoir à

travailler un peu plus que pour un patient qui va venir dire les choses rapidement enfin facilement. Donc il y a un temps d'écoute, d'attention, de bienveillance, et c'est pas forcément en un instant, c'est plutôt une séquence, euh, c'est plutôt une séquence et de multiplier les occasions de rencontres.

Animateur : Une séquence...

Intervenant 3 : Oui... de multiplier les occasions de rencontres pour pouvoir aborder tout ça.

Animateur : Si vous pouvez renforcer, c'est... ça ne peut qu'emphaser les choses hein c'est pas parce que ça a été dit qu'il ne faut pas abonder.

Intervenant 1 : Intervenant 1, infirmière, à Maubeuge. Euh oui, c'est ce qu'on fait vraiment en éducation thérapeutique, du premier entretien aussi bien avec les enfants qu'avec les adultes, on prend toute leur histoire, on essaie de déterminer les objectifs, le pourquoi, et souvent au niveau des enfants ils s'effondrent à ce moment-là...

Animateur : Alors... ils s'effondrent...

Intervenant 1 : Les adultes moins, mais...

Animateur : Donc vous avez besoin de qui quand c'est comme ça ?

Intervenant 1 : Ben on aurait besoin de psychologues... (*Rires*)

Intervenant 5 : C'est sûr...

Animateur : Je vais un peu chercher...

Intervenant 1 : Oui, mais j'allais le dire... (*Rires*).

Animateur : Alors... Et c'est quoi le problème avec les psychologues ?

Intervenant 1 : Ben... c'est qu'on n'en a pas sous la main.

Animateur : Alors...

Intervenant 1 : Dans notre équipe...

Intervenant 3 : C'est rare.

Intervenant 5 : C'est pas remboursé.

Animateur : Donc peut-être qu'un levier ça serait...

Intervenant 1 : C'est pas remboursé.

Animateur : Oui, oui, alors on essaie de ne pas interférer. Mais c'est pas remboursé.

Intervenant 2 : Médecin dans le Nord, Intervenant 2. (*Rires*). J'essaie de changer un peu... (*Rires*). Euh l'intérêt c'est parfois justement pour avoir cette psychologie c'est de rentrer dans un réseau, qui peut parfois exister... parfois. Nous, on a la chance d'en avoir un.

Animateur : Alors... Quand il y en a un.

Intervenant 2 : Donc pourquoi pas... ça peut être une aide, à ce moment-là.

Animateur : Donc ce qui est facilitant... On est dans ce qui est facilitant, hein... Ce serait facilitant de se faire aider des compétences de psychologue pour tout patient obèse ? Ou pas pour tous ? Voilà, question.

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin. Pour les patients qui en ressentent le besoin.

Animateur : Voilà. (*Note au tableau*).

Intervenant 2 : Intervenant 2, médecin dans le Nord. Euh je pense qu'il faut savoir expliquer d'abord ce qu'est le réseau, à quoi ça va correspondre pour que le patient puisse adhérer aussi à ça, parce que si on l'envoie comme ça sans rien...

Animateur : Tu peux expliquer les recours que tu as dans le réseau qui sont facilitants pour toi ?

Intervenant 2 : Bah, c'est-à-dire que pour moi l'intérêt du réseau, ça permettrait justement qu'il y ait une prise en charge sur le plan psychologique, sur le plan, euh, nutritionnel, éducateur sportif, hein, ce qui permettrait justement d'entamer une prise en charge, sans parler forcément de chirurgie, hein.

Animateur : D'accord, donc l'intérêt d'avoir un réseau thématique dans son entourage, dans son recours, serait de proposer quoi ? Donc tu viens de me le dire et en plus, euh, sans avance de frais ?

Intervenant 2 : Oui, oui, il y a le côté financier, tout à fait. Oui.

Animateur : Voilà.

Intervenant 4 : Intervenant 4, médecin, Denain. Si nous parlons de réseau comme le dit Intervenant 2, nous sortons du premier recours.

Intervenant 2 : Oui.

Intervenant 4 : Nous sortons du premier recours. En restant dans le premier recours nous parlerons d'équipes pluri-professionnelles du style maison de santé pluri-professionnelle. Dans ces maisons de santé pluri-professionnelles, il est possible d'avoir éventuellement un psychologue qui travaille en collaboration ou un psychiatre. Le psychiatre étant déjà conventionné il est beaucoup plus aisé de travailler avec le psychiatre que le psychologue qui n'est pas conventionné et dont les actions sont soit prises en charge par l'ARS, soit facturées au patient. Mais dans tous les cas, l'intervention du psychologue reste fondamentale.

Intervenant 8 : Alors si on quitte le premier niveau, il y a une situation quand même, ça dépend d'abord de l'ancienneté et de la gravité de l'obésité, mais il peut y avoir des comorbidités, donc déjà dans un premier temps, c'est ... du moment où on a établi le niveau de besoin, qu'est-ce que cette personne, cette patiente, ce patient, souhaite pour lui-même ? On a le droit en tant que médecin en tout cas je parle en tant que médecin de donner nos préférences, c'est-à-dire, certes, peut-être vous vous sentez pas tout à fait prêt ou prête à aller là mais moi je pense que c'est très important pour vous, votre situation aujourd'hui, que nous ayons un avis cardiologique, pneumologique sur des apnées du sommeil etc... Donc je crois que c'est comme n'importe quel autre patient c'est-à-dire que si on a besoin du deuxième recours d'organe on va le faire. Enfin, je veux dire, euh... D'accord...

(Approbations des intervenants)

Intervenant 8 : On va le faire. Donc le premier avant même de parler du réseau, je pense qu'il y a déjà ça, c'est-à-dire que le réseau certes peut apporter une prestation de cette nature, mais pas toujours. On a aussi des réseaux de correspondants qu'on va utiliser.

Animateur : Réseaux formels, réseaux informels.

Intervenant 8 : Voilà. Et la deuxième chose c'est que si cette personne a une comorbidité qui relève de l'ALD c'est faire une demande d'ALD hein ça fait partie aussi du recours, c'est-à-dire que il y a un recours institutionnel pour faciliter l'accès aux soins. Donc ça c'est mon deuxième niveau de réflexion avant d'aller vers le réseau.

Animateur : La reformulation que j'entends, c'est que il y a des prestations ou des compétences dont l'accès est payant. Il y a des recours complémentaires qui doivent être facilités d'un point de vue financier et dont l'ALD peut être un levier.

Intervenant 8 : Oui, si ça relève de l'ALD, il faut penser tout de suite à faire la demande de telle sorte à ce que cette personne puisse être dispensée d'avance de frais.

Animateur : Tu veux dire que le patient, il a bien adhéré qu'il avait une maladie chronique...

Intervenant 8 : Bien sûr, on est...

Animateur : Ca, c'était acté...

Intervenant 8 : On est déjà... on l'envoie, on le fait sortir de la première personne de confiance éventuellement qui envoie au médecin traitant, le médecin traitant à un moment dit : il y a un bilan. Enfin je veux dire, l'obésité, quand même, a des complications, sinon on serait même pas là pour en parler, enfin, ça serait qu'un état constitutionnel de la nature, un peu floride, et voilà...

Animateur : Intervenant 3.

Intervenant 3 : Oui, Intervenant 3, médecin, Maubeuge. Pour revenir par rapport à ça, l'obésité, il y a les complications, donc, euh, cardiaques etc. Il me semble que ça serait peut-être intéressant de revenir sur, dans la problématique de l'obésité, est-ce qu'il y a un trouble des conduites alimentaires ? Euh, des, des boulimies ou pas ? Et auquel cas on tombe sur un volet plus particulier peut-être pas de maladie psychiatrique mais de souffrance...

Animateur : De comportement...

Intervenant 3 : De comportement. Qui auquel cas est une ALD en tant que trouble psy. Qui ne l'est pas s'il y a simplement une obésité habituelle, euh...

Animateur : On revient dans le...

Intervenant 3 : Donc c'est des points un peu diagnostiques...

Animateur : Le plaisir, déplaisir, besoin...

Intervenant 3 : Mais qui sont importants peut-être à revoir. Ouais...

Animateur : Intervenant 7.

Intervenant 7 : Oui je reviens un petit peu en arrière, hum, pardon, Intervenant 7, médecin à Saint Jean de Je reviens un peu en arrière, euh, parce que j'ai entendu que, euh, il y avait une alternative. C'est-à-dire c'était l'un ou l'autre. Soit on suit le patient, soit il va dans un réseau ou dans une structure d'appui. Alors que pourtant on est quand même son médecin traitant et qu'on continue à le suivre et qu'on sait que les structures d'appui ne le suivront que pendant un certain temps. Donc il y a cette notion de ne..., pour moi qui est importante, du non abandon de la personne. Ce n'est pas parce qu'elle va bénéficier de soins d'autres soignants dans un autre contexte qu'elle va quitter le soin que je peux lui apporter.

Intervenant 4 : Exact.

Intervenant 8 : Humhum.

Animateur : Donc ce premier contact de confiance va accompagner la démarche et éviter le non abandon.

Intervenant 7 : Et en tant que médecin de famille pour longtemps.

(Approbatons des intervenants)

Animateur : Le « temps » est réapparu.

Animateur : Intervenant 3.

Intervenant 3 : J'aime bien le mot abandon qui arrive parce que c'est souvent des patients qui abandonnent et qui laissent tomber, et qui pendant un temps disparaissent et reviennent et... Bon on voit ça forcément dans l'histoire pondérale et... Et que du coup cette problématique d'abandon comme ça fait entre guillemets partie de leur histoire, souvent, c'est important d'être attentif à ça de notre côté.

Intervenant 7 : Et de... Intervenant 7, médecin. Et de véhiculer un message positif par rapport à ça.

(Approbatons)

Animateur : Si je résume bien, c'est que si ce patient obèse peut comprendre qu'il va avoir un cheminement dans le temps, et il aura des hauts et des bas, mais qu'on l'accompagnera. C'est un premier message qui peut l'aider à continuer.

(Approbatons)

Animateur : D'accord. Si je me trompe, vous rectifiez. De manière à ce que demain on sorte quand même des messages à peu près cadrés.

Intervenant 7 : Intervenant 7. Simplement pour compléter, les notions d'éducation thérapeutique et d'entretien motivationnel sont là des outils qui permettent de travailler sur...

Animateur : Ponctuellement...

Intervenant 7 : Ponctuellement et dans le temps avec la notion de rechute et pas d'échec.

Animateur : Rechute et non échec. Il y a des mots à ne peut-être pas utiliser.

Intervenant 7 : Oui. Tout à fait. D'expliquer que c'est un phénomène normal de prendre du poids et d'en reprendre et d'en perdre. Hum. Et que, euh, on va anticiper sur tout ça.

Intervenant 8 : Intervenant 8, médecin, Paris. Dans l'idée de la confiance, donc on est parti sur la confiance du premier recours, mais... quand je parlais... alors je ne suis toujours pas dans le réseau etc... Et donc je m'inscris dans ce que disait Intervenant 7, c'est-à-dire la continuité de l'accompagnant. Euh, moi je choisissais des correspondants spécialistes de confiance et de confiance par rapport à ces personnes en situation d'obésité qui sont techniquement difficiles... en échographie cardiaque, en... etc. C'est-à-dire où j'étais sûr

qu'il y aura de la bienveillance. Parce qu'il n'y a rien de pire, on peut avoir des gens qui techniquement manient très bien l'échographie cardiaque et qui sont des monstres dans le... dans ce qu'ils vont dire.

Animateur : Des mots assassins

Intervenant 8 : Donc, cette... la confiance dont on est dépositaire, cette confiance doit être relayée en permanence. Et je maintiendrai ce propos jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à la chirurgie bariatrique si on... C'est à dire il faut être toujours en situation de confiance parce que nous sommes dépositaire de cette confiance initiale du patient ou de la patiente. Et qu'on ne peut pas trahir parce que ce sont des gens qui ont été souvent trahis.

(Approbations)

Intervenant 8 : Par les professionnels de santé.

Animateur : Donc on ne parle pas de rechute et...

Intervenant 8 : Voilà. Et souvent trahis.

Animateur : Les mots assassins et la trahison.

Intervenant 8 : Et souvent stigmatisés parce qu'ils renvoient précisément l'idée de l'échec. Mais l'échec aussi du professionnel à ne pas y arriver. A ne pas y arriver. Donc c'est une blessure narcissique pour les médecins, et en général, les médecins se vengent. Voilà, donc... euh... L'idée c'est que... construire un parcours de soins, c'est garder toujours mon fil rouge qui est la confiance. A toutes les étapes. Et la confiance entre les professionnels.

Intervenant 2 : Bienveillante.

Intervenant 8 : Bienveillante, au bénéfice de cette personne. Là vraiment, j'insiste.

Animateur : Partenaire, confiance, posture...

Intervenant 8 : Posture, oui.

Animateur : Il y a beaucoup de choses qui dépendent du soignant et des soignants qui sont dans ce parcours.

Intervenant 4 : Tout à fait.

Animateur : Il y a beaucoup de choses qui dépendent du patient, mais il y aussi beaucoup de choses qui dépendent de sa posture.

Intervenant 8 : Bien sûr.

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin, région Centre. Il me semble important que euh les médecins soient mieux formés à l'obésité. Parce qu'on peut euh... avoir, même si on est très bienveillant, euh si on fixe et ce qui est fréquemment le cas parce que j'avais regardé, j'avais fait une petite, une petite revue des enquêtes qui avaient été faites auprès des médecins généralistes euh souvent, très souvent, trop souvent, ils fixent des objectifs beaucoup trop haut de perte de poids avec leur patient et donc ça décourage euh le patient. Ça décourage le médecin et, euh, effectivement ils peuvent parfois, euh, se venger, se sentir impuissant et puis à être...

Animateur : Est-ce qu'il doit perdre du poids ?

Intervenant 5 : Aigri.

(Rires)

Animateur : Alors ? Est-ce qu'il doit perdre du poids ? ... Intervenant 2.

Intervenant 2 : Intervenant 2, dans le Nord, médecin. Euh... Non, ce qu'il faut c'est qu'il se sente toujours, euh, toujours bien dans sa peau. Quelque part c'est..., c'est avant tout ça. Hein, d'accord. Et la perte de poids, on va pas lui fixer un objectif. Je pense que ça, ça ne sert vraiment à rien, hein, d'accord. C'est à lui de se fixer des priorités progressivement, partager hein c'est ça, tout à fait et sans plus.

Animateur : Est-ce que vous êtes d'accord là-dessus ? Intervenant 8 ? Intervenant 7 ?

Intervenant 7 : Pas du tout. En fait dans le sens où, euh... C'est de la provocation, tu as bien compris.

Intervenant 2 : Non, vas-y, bah, j'ai bien compris. Non, justement ça m'intéresse.

(Rires)

Intervenant 7 : Pas du tout. C'est-à-dire que ce qu'on va travailler avec la personne c'est sa qualité de vie d'abord, euh, à la fois physique et psychologique, euh... et les objectifs... les objectifs ça va d'abord être ceux du patient mais par rapport à sa souffrance préalable. Qu'est-ce qu'il va améliorer ? Et euh... et on sait que pour les patients obèses, derrière il y a forcément enfin il y a forcément, il y a toujours une souffrance, une image... une image qui leur est renvoyée et c'est ça qui va pour eux leur apporter une meilleure estime d'eux mêmes. Et... Et se montrer à soi que l'on peut avoir une activité physique, que l'on peut maîtriser un peu son alimentation c'est ça en fait euh qui pourra être mesuré par la personne et le poids n'est plus l'objectif là.

Animateur : Voilà. Donc c'était la première chose qui était sortie au début du focus et ça... ça passe en second plan.

Intervenant 7 : Tout à fait.

Animateur : Intervenant 8 ?

Intervenant 8 : Oui, je rejoins... Intervenant 8, médecin, Paris. Je rejoins Intervenant 7. Euh... la question c'est : Faut-il faire maigrir les gros ? Donc, d'abord on voit bien que le taux d'échec est si considérable que... précisément pourquoi les médecins généralistes, euh, peuvent être comme ça dans l'abandon, de dire « je jette l'éponge », parce que l'objectif c'est toujours de vouloir aider les gens à perdre du poids. Hors, on sait bien que c'est une très grande difficulté, et donc, en déplaçant les objectifs avec la personne, on se libère de ce poids, si j'ose dire.

(Rires)

Intervenant 8 : Et... Et donc on va pouvoir progresser sur un certain nombre de choses. Nonobstant, on peut aussi dire quand même que parfois une perte de poids même minime va améliorer un certain nombre de symptômes. Faut pas y renoncer pour autant, leur dire on s'en fout de votre poids c'est pas un problème... Non, non, ça peut être un problème. Mais de ne pas fixer son attention principale sur la perte de poids.

Animateur : Moi j'ai noté que ça devenait un second plan.

Intervenant 8 : C'est ça. C'est annexe. C'est... Voilà, si ça se fait, c'est bien. Et si je peux me permettre juste une très courte anecdote : j'ai vu une femme que j'ai suivie longtemps, qui a perdu peu de poids, et elle m'a remercié en disant : écoutez, ce que vous m'avez apporté le plus dans l'accompagnement, c'est que la dernière fois que je me suis regardée dans la glace, je me suis trouvée jolie. Et je vous le dois. C'était donc sur, euh, les émotions positives.

(Approbatons)

Intervenant 8 : Hein ? Alors qu'elle avait perdu que 5-6 kilos à peu près, évidemment elle était encore obèse. Voilà, donc voilà. C'est vraiment ce décalage qu'il faut arriver à opérer. Même pour aussi le plaisir du médecin, hein, ne pas être en échec.

Animateur : Si on travaille plus sur ses champs à lui et non pas sur un objectif biomédical mesurable ça va mieux pour tous les deux.

Intervenant 8 : Voilà, bien sûr.

Animateur : Intervenant 7 ?

Intervenant 7 : Faut-il peser les patients ? Point d'interrogation.

Animateur : Voilà. Donc, euh... si on... dans notre bien choisir... on pourra dire peut-être que... que la mesure du poids existe comme mesure biomédicale, mais que dans ce contexte, elle est pas forcément obligatoire, essentielle. Okay. Euh... Intervenant 3 ?

Intervenant 3 : Euh... Elle est, elle est... un élément, mais à se décentrer et faire un point de bascule vers d'autres éléments tout aussi importants.

Intervenant 7 : Humhum.

Intervenant 3 : Et en ça... Donc je continue avec l'idée de Intervenant 8 par rapport au fait d'un corps beau, et là, on n'est plus sur un point de bascule mais... enfin sur le, le poids mais du coup sur d'autres aspects du corps et donc de bien être dans une relation corporelle

qui ne s'arrête pas à la balance.

Animateur : Aux chiffres de la balance.

Intervenant 3 : Et... Qui passe par plein d'autres choses.

Animateur : Intervenant 7 ?

Intervenant 7 : Intervenant 7, médecin, Saint Jean de Et il est dans ce cadre-là important d'expliquer aux gens que euh ils ne perdront pas de poids au début. S'ils font de l'activité physique, s'ils mangent différemment, ils ne perdront pas de poids au début. Ce n'est pas l'enjeu. Parce que, eux, vont continuer à se peser.

(Silence)

Animateur : Bien...

Intervenant 4 : La question que je me pose... Intervenant 4, médecin, Denain.

Animateur : Alors tu as tout à fait le droit aux anecdotes, on est en retour d'expériences.

(Rires)

Intervenant 4 : La question que je me pose... Intervenant 4, médecin, Denain. Est-ce que, euh..., le bien-être du médecin est réellement fondamental ?

Animateur : Ah...

Intervenant 4 : Ce qui compte, c'est le bien-être du patient. Voilà. Donc, honnêtement...

Animateur : *(murmures)*.

Intervenant 4 : C'est une question que je me pose.

(Silence)

Animateur : Intervenant 8.

Intervenant 8 : Non... Intervenant 7 avait...

Animateur : Ah pardon. Intervenant 7.

Intervenant 7 : Intervenant 7, médecin, Saint Jean de Euh, moi j'ai besoin d'un... et là, c'est mon anecdote personnelle, j'ai besoin d'un sentiment d'efficacité personnelle.

Intervenant 2 : Moi je suis d'accord.

(Rires)

Intervenant 7 : Et c'est quand j'ai un sentiment d'inefficacité euh personnelle, je ne vais pas bien en tant que médecin.

Intervenant 2 : Tout à fait.

Animateur : Aaah...

Intervenant 8 : Alors... Intervenant 8, médecin, Paris. Je suis dans la même situation. *(Rires)*. Si j'ai pu accueillir tant de personnes en situation d'obésité depuis si longtemps c'est que j'en ai eu du plaisir.

(Approbations)

Intervenant 8 : C'est que, certes, j'étais là pour l'autre mais si je ne suis pas médecin pour moi-même alors qu'est-ce que je fais ? Et c'est vrai pour l'ensemble de l'activité médicale, si... D'ailleurs, on laisse tomber les choses qui nous ennuient, qui ne nous donnent pas de satisfaction. Alors, donc... Et... Donc il me faut du plaisir, ça régénère ma... mon travail, jour après jour, et en me disant « ah quel beau métier je fais ». Voilà. Et donc... c'est de l'énergie positive pour moi-même et au service des autres mais euh aussi j'ai besoin de ça.

Animateur : Alors...

Intervenant 8 : Je ne suis pas dans le sacrifice total.

(Rires)

Animateur : Donc on a entendu que c'était pas forcément facile, hein... Au début vous m'avez dit c'est pas... j'ai demandé si c'était facile, euh...bah, c'était pas facile. Il y a beaucoup de choses à prendre en compte, il y a plein de compétences bien spécifiques à mettre en oeuvre et, euh, et j'entends faut continuer à en avoir plaisir. Vous avez aussi donné la notion d'équipe. Alors, concrètement, comment vous faites dans vos équipes pour continuer à avoir du plaisir à suivre les patients obèses ? Comment vous faites ?

Intervenant 4 : Intervenant 4, médecin, Denain. Pour relever un tout petit peu ce que disait

Intervenant 8. On ne se sent pas seul dans une équipe. Quand on est dans une équipe on ne sent pas seul donc on a beaucoup moins de sensation d'échec. On se sent épaulé, on se sent soutenu par l'un comme par l'autre. Donc on a beaucoup moins de sensation d'échec à un moment comme à un autre. On sait qu'on fait partie d'une équipe, on suit un parcours pour le bien-être du patient. Si je suis, comment dirai-je, un tout petit peu, si je n'atteins pas l'objectif...

Animateur : En difficulté, oui.

Intervenant 4 : Si je suis en difficulté, merci. L'un des membres de l'équipe peut remonter la pente.

Animateur : Les relais.

Intervenant 4 : Donc... c'est... il y a un relais, un phénomène de relais qui... qui a un seul objectif : l'émulation, pour le bien-être du patient.

(Silence)

Animateur : Oui ?

Intervenant 6 : Intervenant 6, infirmière, Centre. Euh... Donc, moi j'ai la chance de travailler dans le deuxième recours, dans un centre spécialisé obésité euh on est vraiment une équipe pluri-professionnelle euh et souvent c'est vrai que les équipes baissent un peu les bras parce qu'il y a des séjours réguliers de plein de patients qui reviennent deux fois... deux fois par an, trois fois par an etc... Donc euh notre stratégie c'est surtout de reformer les équipes à la prise en charge du patient obèse, on va essayer de trouver des techniques, des petits ateliers, d'autres petites façons d'appréhender le problème... et puis de faire des petits retours d'expériences également.

Animateur : Alors...

Intervenant 6 : Pour se recentrer...

Animateur : Donc en fait, dans les équipes, vous avez mis aussi en place des outils qui stimulent l'équipe...

Intervenant 6 : Oui, oui. De créer une vraie... Pour vraiment créer une vraie coordination, une cohérence.

Animateur : Parce que les patients qui ont régulièrement des hauts, des bas..., qui reviennent, etc... créent une nécessité de... de... de tenir les équipes en capacité.

Intervenant 6 : Oui. Les équipes s'épuisent, ne savent plus par quel bout prendre ce patient.

Animateur : De ce côté négatif...du coup, vous avez mis en place...

Intervenant 6 : Du coup, on essaie de retravailler dans l'autre sens en se disant « bah, qu'est-ce que nous on peut faire pour effectivement se sentir bien » ...

Intervenant 4 : Exactement.

Animateur : Oui.

Intervenant 6 : Et pour bien les accompagner.

Animateur : Ca veut dire que même en équipe de soins primaires, même si on partage des compétences, il y a quand même une nécessité de temps dédiés aux équipes.

Intervenant 3 : Groupe d'échange.

Intervenant 2 : Groupes de parole.

Animateur : Groupes d'échange, groupes de parole... voilà tous des outils, euh... que vous faites émerger. Intervenant 3 ?

Intervenant 3 : Intervenant 3, médecin, Maubeuge. Moi je trouve, euh... dans notre pôle de santé on a créé des, des ateliers d'ETP auxquels je participe... et de travailler avec un groupe de patients, du coup les problématiques des patients ne sont plus partagées simplement avec un professionnel mais sont partagées entre eux. Il y a... Il y a une source d'émerveillement parce que les patients y...

Animateur : Education par les pairs.

Intervenant 3 : ... trouvent quelque chose. Education par les pairs et quand je revois les patients qui me disent ça m'a fait du bien de parler avec untel parce que untel etc etc... et...

et donc... La rupture de l'isolement du patient qui va parler avec d'autres, euh du patient qui parle avec le professionnel mais les professionnels entre eux. Et dans le pluri-professionnel, c'est : ne pas refaire toujours la même chose. Ben, parfois on va faire... on va être plus sur tel axe, et puis après sur tel autre axe. Et on peut tourner...

Animateur : Des adaptations.

Intervenant 3 : Des adaptations de, de, de séquences, de traitements différents... enfin...

Animateur : Humhum.

(Silence)

Animateur : Encore des choses ? *Silence.* Intervenant 7 ?

Intervenant 7 : Il y a une dimension qu'on n'a pas du tout abordé, c'est la dimension familiale. On en a parlé... on en a parlé en disant que dans des familles il y avait...

Intervenant 3 : Les enfants...

Intervenant 7 : Mais... c'est ça... Et là... Ce que je voulais dire, c'était la prise en charge collective des familles. Euh, qui est un autre problème... euh, dans le sens où euh... ça devient très difficile, euh... de travailler avec, euh... une personne obèse dans une famille obèse quand on n'a pas travaillé sur la systémique familiale.

Intervenant 3 : Humhum.

Intervenant 7 : Et ça nécessite, là, d'être, euh... Alors soit de travailler avec l'ensemble de la famille en groupe, euh... soit d'être le médecin de la famille qui permet de travailler d'une façon systémique et j'ai... pour reprendre des anecdotes... On a une famille, euh, dans notre maison de santé, euh... « morbidement » obèse, euh... et « morbidement » psychologiquement morbide...

(Rires)

Animateur : Oui.

Intervenant 7 : Et notre travail a été...

Animateur : Je vois bien ce que ça peut être.

Intervenant 7 : Voilà... et notre travail a été... et comme les membres de la famille sont soignés par plusieurs médecins, bien sûr, séparés... Qu'il y a notamment une euh... une fille euh... de cette famille qui a tourné entre les médecins pour échapper à une vision qu'on pouvait avoir concertée. Notre travail a été de travailler ensemble pour cette prise en charge de la famille.

Animateur : Alors, si je puis me permettre. Je sais que je suis animateur, mais là ça... ça me démange...

Intervenant 8 : Ca démange, hein !

Intervenant 9 : C'est que... Bon, bah des familles comme ça, j'en suis... j'en ai aussi pas mal à suivre. Moi je suis repérée depuis longtemps comme étant quelqu'un qui a ce déclic, voilà... Et que dans les leviers que j'ai trouvés... c'est, euh... les aidants familiaux, les TISF, les travailleurs familiaux qui peuvent une fois que la famille a accepté qu'ils soient avec eux, c'est que ils sont intégrés à la vie de la famille, ils sont pas un pair mais ils ont ce, cette formation à l'éducation familiale.

Intervenant 7 : humhum.

Intervenant 9 : Et donc euh... ça peut être important quand on a repéré un ou des enfants en difficulté avec des parents, des grands-parents porteurs des choses, donc formés dans le pareil... Les TISF peut, peuvent être un levier effectivement leur... la dimension familiale, la dynamique de la famille est à prendre en considération. J'ai plus rien à dire... Intervenant 8.

Intervenant 8 : Intervenant 8, médecin, Paris. Euh... dans... mon exercice, j'avais distingué ce qui était l'accompagnement des adultes, où je signifiais régulièrement qu'on ne fait pas les choses pour les autres, on les fait d'abord pour soi, des situations de l'enfant. C'est à dire que... quand je, je, je m'explique sur la situation de l'adulte. Des situations où... je pense, euh... à une patiente. Parce que ça a été une conversation que j'ai eue sur deux ou

trois consultations. Bon, maigrir pour son mari, pour le désir amoureux de son mari. Donc on a déplacé... pour savoir où était son désir propre. Donc, euh... ça, ça me semble être un enjeu. Pour les enfants, je distinguais vraiment les adolescents qui ont une autonomie, des enfants. Les enfants ils font beaucoup pour l'autre, ils ne font que pour l'autre. Dire pour eux-mêmes, ça n'a pas beaucoup de sens. Hein, d'accord. Donc là, la dimension familiale, la dimension de... et puis, où est l'autorité ? C'est-à-dire que laisser aux enfants petits le choix alimentaire, si on doit être un peu technique, me paraissait et me paraît toujours d'ailleurs, je peux garder ma conviction, une absurdité. C'est-à-dire qu'un enfant petit ne choisit pas son alimentation. Voilà. Il doit être imposé par l'autorité parentale. Euh... Parce que d'ailleurs c'est, c'est ce glissement du modèle du rapport à l'alimentation, les gens vous disent « non je préfère ça, je veux manger ça, non pas ça, ça j'aime pas », etc... Il y a eu.... qui est venu déstructurer aussi la prise alimentaire... Donc, les parents ont aussi une responsabilité d'autorité sur leurs enfants : en disant, « bah voilà ce qui est proposé à dîner ce soir et nous le partageons ». Et voilà... « Tu n'aimes pas et bien tu ne manges pas ». Bon, donc euh... c'est pour ça que c'est un peu différent, il me semble.

Animateur : Est-ce que j'écris parentalité à côté de parents ?

Intervenant 8 : Parentalité, oui, il y a une dimension de la parentalité qui est à prendre en compte pour l'enfant en surpoids ou en obésité, petit. L'adolescent, c'est encore une autre situation, hein, où la famille... il est dépendant financièrement, il est dépendant dans les prises alimentaires du dîner la plupart du temps, le repas de midi c'est plus souvent à l'extérieur, mais... l'enfant, il est vraiment en situation euh... tutélaire encore... D'accord. Et, et... voilà, donc, donc le travail autour de la responsabilité et de la parentalité me semblait important. Voilà.

Intervenant 9 : J'abonderai dans ton sens. Intervenant 9, médecin. C'est que euh moi je, je, je suis en réseau de périnatalité et je fais les entretiens prénatals précoces qui justement vont venir chercher les, le maillage et le tissu de parentalité et que quand on sent qu'il y a une faille c'est important de pouvoir consolider parce que il y a quand même beaucoup d'enfants obèses qui sont issus effectivement de couples parentaux où au moment de la grossesse il s'est passé des problèmes psychologiques et ces entretiens permettent d'aborder la santé et l'alimentation et donc c'est une opportunité comme vous disiez de saisir... l'item.

Intervenant 8 : Intervenant 8, médecin. Je complète... Juste... L'idée c'est... que, qui me guidait c'est : aimer son enfant c'est pas nécessairement lui dire oui. Voilà, c'est ça.

(Approbations)

Intervenant 4 : Oui, c'est ça.

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin, région Centre. Hum... pour revenir justement à la famille... quel que soit l'âge de, de, de la personne obèse euh il est important de faire passer le message en tout cas auprès de la famille que l'alimentation doit être la même pour tous parce qu'il y a toujours une petite stigmatisation et... les personnes obèses pensent toujours que c'est quand même la loi du tout ou rien l'alimentation et euh que ben... le frère ou la soeur ou le mari qui prend pas de poids, qui n'a pas de problème de santé... c'est aussi vrai pour le diabète hein euh... peut à loisirs manger les gâteaux, le saucisson etc... mais que, eux, ils y ont pas le droit. Et ça les interdits on n'en a pas parlé mais euh, euh... que ce soit en libéral ou en établissement en deuxième recours on a eu le problème. On a le problème, ça c'est très... c'est très dur à vivre pour les patients. C'est, j'y ai pas le droit. C'est souvent...

Intervenant 7 : Ouais. Et ça rejoint cette notion de plaisir. C'est-à-dire que...

Intervenant 5 : Complètement.

Intervenant 7 : C'est-à-dire que... Les, les patients s'auto-censurent ou souffrent de ne pas s'auto-censurer et...

Intervenant 5 : Ou ils culpabilisent...

Intervenant 7 : Voilà, et ils sont en souffrance de s'interdire ou d'être interdit par les autres

ce qui revient pratiquement au même. Et tout le travail qu'on peut faire avec eux c'est : qu'est-ce qui vous fait plaisir ? et comment construire le plaisir ?

Intervenant 3 : Oui.

Animateur : Intervenant 3 ?

Intervenant 3 : Intervenant 3, médecin, Maubeuge. Et je vais revenir par rapport au... on parle de ça et juste avant on parlait de famille... et peut-être que c'est important au niveau de la famille avec des guillemets de professionnels que les choses soient partagées parce que euh si dans une équipe professionnelle l'un interdit et l'autre autorise. Si l'un dit un objectif...

Animateur : Cohérence.

Intervenant 3 : Qu'il y ait une cohérence de discours. Et là quand même les régimes, pas régime, le poids, l'objectif de poids ou pas... Euh... il y a du boulot quoi.

Animateur : Oui, Intervenant 4.

Intervenant 4 : Oui, euh... J'abonde dans le même sens. Mais nous sommes heureusement dans un monde qui ressemble un tout petit peu aux doigts de la main. C'est-à-dire euh...

Intervenant 2 : *murmures*

Intervenant 4 : Voilà, tout à fait... c'est-à-dire, les doigts d'une seule main, qui ne se ressemblent pas. Voilà donc, une famille ne ressemble jamais à une autre. Donc, il faudrait adapter, euh... notre discours en fonction des familles. Euh... tout à l'heure...

Animateur : Faut s'adapter à l'individu, et s'adapter à sa famille.

Intervenant 4 : Voilà, tout à fait. Il a évoqué cette notion d'autorité. Effectivement, elle fait partie de l'éducation. L'éducation qu'on doit mettre en place aussi bien dans les équipes professionnelles ou pluri-professionnelles que dans les équipes mono-professionnelles. Education thérapeutique qui regroupe aussi, euh... l'entretien avec les familles, les familles. Je n'ai que très peu d'expérience avec l'obésité de l'adulte mais, pour les enfants, nous avons l'obligation de rencontrer les familles et de faire une, un entretien avec la famille.

Animateur : Donc on parle bien de posture d'entretien, hein. Beaucoup de fois c'est sorti.

Intervenant 4 : Absolument.

Animateur : On n'est pas dans un domaine de consultation mais bien d'entretien.

Intervenant 4 : Tout à fait. Et... il n'y a pas que cet entretien initial avec la famille, il y a aussi un entretien « post édu »... euh...

Animateur : Non.

Intervenant 4 : Post éducatif.

Animateur : Ca va, ça va suivre...

Intervenant 4 : Une évaluation par la famille.

Intervenant 2 : Une thérapie familiale...

Intervenant 4 : Ca, ça, ça fait partie...

Animateur : Ah! c'est autre chose, ça.

Intervenant 4 : Ca fait partie de l'éducation. Donc le maître mot, pour moi, reste l'éducation.

Animateur : Intervenant 2. Juste, Intervenant 2...

Intervenant 2 : Intervenant 2, dans le Nord. Euh, médecin. Euh... Donc non, non, pour moi, ça regroupe la thérapie familiale à ce moment-là.

Animateur : Ca ressemble à la thérapie familiale.

Intervenant 2 : Ca ressemble à ça. Donc, on devrait se, se dire... tiens, est ce qu'on créerait pas ce genre de choses ? Pour pouvoir faire participer tout le monde. Voilà.

Animateur : Un levier ça pourrait être de faire entrer l'accompagnement des familles de patients obèses dans une thérapie familiale ? Sur ce mode-là.

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin. Oui, c'était... pour aller dans le même sens, dire qu'effectivement il faut vraiment, euh, que la famille soit, fasse partie du traitement. C'est-à-dire aide le patient.

Intervenant 7 : Humhum.

Intervenant 5 : Euh, sans la famille ça ne va pas tenir longtemps enfin il aura beau... si on veut des changements de comportement durables il faut que ce soit... euh peut-être le moment de ressouder la famille.

Animateur : Alors, durable...

Intervenant 5 : Refaire de l'activité physique ensemble, retrouver justement des liens euh... plutôt que d'être chacun assis dans son coin avec ses écrans, éteindre la télé quand on mange, retrouver la convivialité aussi des repas, de, de bouger ensemble...

Intervenant 1 : Intervenant 1, infirmière, Maubeuge. En fait euh, on leur parle le plus souvent quand on reçoit les enfants, les familles, euh... d'hygiène de vie. Qui est valable pour toute la famille.

Intervenant 2 : Bien sûr.

Intervenant 1 : Parce que souvent il y a des parents qui disent « oh bah oui mais son frère il est pas gros il est fin comme tout alors on lui donne pas la même chose à manger » et ça fait beaucoup de conflits euh... au sein de la famille.

Animateur : Ca créé des différences.

Intervenant 1 : Entre frères et soeurs. Oui, parce que les parents croient bien faire en adoptant des menus différents pour les enfants qui sont fins, et pour l'enfant qui a des problèmes de poids.

Animateur : Donc là, on avait tout le champ de l'estime de soi...

Intervenant 1 : On essaie de parler plutôt hygiène de vie qui est valable pour toute la famille aussi bien en alimentation que en activité physique.

Animateur : Certaines règles...

Intervenant 5 : Pour la santé...

Intervenant 1 : Voilà. Pour la santé.

Intervenant 2 : Intervenant 2, médecin, dans le Nord. Euh, la grosse problématique aussi, c'est-à-dire qu'on parle de famille unie, mais il y a beaucoup de familles désunies. Et donc là, euh..., les enfants vont manger à droite, et parfois à gauche.

Animateur : On a dit DES familles, hein.

(Rires)

Intervenant 2 : Ce qui n'est pas évident. Et le problème c'est que...

Animateur : Des familles hein on va rajouter un S.

Intervenant 2 : Avec des enfants d'autres familles, etc...

Animateur : Recomposition.

Intervenant 2 : Recomposition voilà. Donc c'est pas toujours facile.

Animateur : Donc la dimension d'individu, la dimension du premier soignant, ce premier contact dans le cadre d'une équipe de compétences complémentaires, mais aussi dans une dynamique dans le temps, et avec toute la composante de la famille.

Intervenant 2 : Plus la prévention... comme tu l'avais dit tout à l'heure, en se disant, tiens, si on arrivait en amont en expliquant à la famille comment faire manger l'enfant. Mais ça c'est nos visites du premier mois, du deuxième mois etc...

Animateur : Et pendant la grossesse.

Intervenant 2 : Et là, il faut qu'on travaille à ce moment-là, quoi. Pour se dire, tiens, attention à ce que vous faites.

Animateur : Donc on est bien inscrit dans une... dans, dans un... dans le temps.

Intervenant 2 : Oui.

Animateur : Et pas seulement à partir de la naissance, mais ça peut commencer éventuellement avant.

Intervenant 2 : Ah oui. Tout à fait. Tout à fait.

Animateur : Intervenant 8.

Intervenant 8 : Intervenant 8, médecin, Paris. Alors, je fais un petit bond, je jume. Parce que je voulais juste dire dans les recours, euh pour mon expérience avec les professeurs

d'éducation physique. C'est-à-dire que, de principe, j'essaie de ne pas signer de certificat de contre-indication au sport...

Intervenant 7 : Oui, tout à fait.

Intervenant 8 : Et je fais systématiquement, mais là vraiment, je fais systématiquement je fais un mot avec l'accord de, euh, de l'enfant ou de l'adolescent, enfin l'enfant grand enfant, euh, sinon avec les parents je fais un mot pour le professeur d'éducation physique, en demandant qu'il m'appelle et en disant « je vais parler avec ton prof et on va se mettre d'accord pour que tu aies des exercices adaptés ». Je n'ai pas eu de refus sauf un mais bon peu importe, des, des professionnels, ce sont des pédagogues. J'ai même pas besoin de leur demander quoi faire ils savent mieux que moi.

Intervenant 2 : Bien sûr, oui. (*Approbatons*)

Intervenant 8 : Je n'ai pas eu de refus des enfants et des adolescents, je n'ai eu aucun refus. Et j'ai eu très, très peu de certificats à signer, au bout d'un moment parce que, vraiment, ça ne fonctionnait pas... hein. Il n'y a qu'une seule problématique, qui est la piscine, qui était vraiment un moment souvent où il fallait transitoirement...

Animateur : L'image du corps.

(*Approbatons*)

Intervenant 8 : Transitoirement les exclure de la piscine. Sauf si l'enfant dit « je m'en fous ». « Non, non, mais ça, ça va, ça... » Bon. Mais ... donc je lui demandais mais sinon et, et ça fonctionne remarquablement bien. Et les profs, donc c'est un petit coup de téléphone, on dit ...

Animateur : C'est l'histoire de la confiance.

Intervenant 8 : On se reparle. Dans 6 mois on refait le point ensemble, voilà, c'est 2 coups de téléphone, c'est... ça prend 10 minutes, hein. Et je me repose sur la compétence que je n'ai pas, qui est : établir un programme d'éducation physique adapté pour un enfant en surpoids ou obèse.

Intervenant 3 : Humhum.

Intervenant 8 : Et c'était remarquable. Et toujours dans l'idée que l'enfant ait du plaisir. Il va retrouver les sensations de plaisir de son corps, une fatigue musculaire, des tensions musculaires, et le prof lui donne des exercices où il va progresser. Il va pouvoir le noter aussi, comme ses copines et ses copains. Voilà, donc là, c'était par rapport au recours quand on est avant même le réseau j'allais dire avant même de s'appuyer sur les structures de réseau.

Intervenant 9 : Pour abonder dans ton sens euh en notion d'équipe le médecin généraliste il fait partie de son territoire et que moi il m'est arrivé d'aller au collège de ma rue, l'école de ma rue, pour rencontrer les euh éducateurs physiques et les professeurs de sport. En leur disant voilà, effectivement, vous allez avoir tant de pour-cent de patient qui vont avoir tel ou tel problème. Souvent, comme je suis dans la proximité, c'est moi qui les vois. Est-ce que vous voulez qu'on en parle avant la rentrée des classes par exemple ? Donc on a aussi des actions de territoire qui nous permettent en amont de...

Intervenant 4 : D'agir... (*chuchoté*)

Intervenant 9 : ...de jaloner un petit peu ce qui est possible de faire. Alors, ça peut être individuel, et après, ça peut être en équipe.

Approbatons

Animateur : Si vous avez encore une ou deux interventions, on les prend et puis on...

Intervenant 8 : On n'a pas parlé de la chirurgie.

(*Chuchotements*)

Animateur : Premier recours...

Intervenant 8 : Ah, on est dans... que dans le premier recours du parcours.

Intervenant 3 : Que dans le premier recours...

Animateur : Dans le parcours...

Intervenant 8 : Mais, mais, mais c'est ce que disait Intervenant 7. On est dans la continuité en permanence.

(*Approbatons*)

Animateur : Oui, oui, on est dans la trajectoire.

Intervenant 7 : Mais... peut-être qu'il faut en parler justement...

Animateur : Oui.

Intervenant 7 : Parce qu'il y a des demandes des patients...

Animateur : Oui.

Intervenant 7 : Et certains viennent nous voir avec la demande d'une... Euh, Intervenant 7, médecin, Saint Jean de ..., ils viennent, euh, (*rires*) nous voir avec la demande d'une solution miracle...

Intervenant 8 : Ouais.

Intervenant 7 : Parce que cette solution miracle existe... Et on voit de, de plus en plus, on voit vraiment de plus en plus des patients qui nous disent, euh, je veux la chirurgie bariatrique et il me reste encore 3 ou 4 kilos à prendre pour y avoir droit.

Animateur : L'histoire d'ALD...

Intervenant 5 : C'est ça oui...

Animateur : Les critères d'ALD sont très hauts.

Intervenant 7 : Voilà, donc là, là effectivement... et quand en plus il y a dans son secteur des chirurgiens qui poussent de cette façon-là... il y a vraiment cette, euh, cette nécessité d'arriver à travailler avec ces chirurgiens euh... d'une façon positive, et j'ai pas encore réussi.

Animateur : Donc ça voudrait dire que... si on met ça en message de levier. C'est que, euh, l'information donnée au patient au temps T, quand il nous en parle, c'est d'avoir une information claire sur les recours qui existent.

Intervenant 4 : C'est ça.

Animateur : Oui, Intervenant 5.

Intervenant 5 : Oui, euh, Intervenant 5, médecin, je pense que c'est pour ça que c'est important d'expliquer physiologiquement euh la perte de poids possible. Parce que si on ne parle pas de chiffre, si on ne parle pas d'objectif chiffré avec le patient... Lui, il a ses propres objectifs.

Intervenant 7 : Humhum.

Intervenant 5 : Et dans son coin il va refaire des régimes et ... voilà.

Animateur : Je ré-abonde sur le fait que dans les messages importants que vous vouliez faire passer, c'est que le poids n'était pas un objectif principal.

Intervenant 5 : Oui, il n'est pas un objectif principal mais il faut quand même dire euh... se, faire un contrat avec le patient et dire voilà soit pour l'instant on perd pas de poids soit on fixe un objectif mais que nous...

Animateur : Il y a une alliance, hein.

Intervenant 5 : Que nous on négocie... on négocie...

(*Approbatons*)

Animateur : Intervenant 7.

Intervenant 7 : Effectivement, en expliquant...

Intervenant 5 : Mais il faut chiffrer...

Intervenant 7 : Voilà, et en travaillant avec les gens sur le fait que leur attente de perte de poids, ce n'est pas immédiatement qu'elle va être satisfaite.

Intervenant 5 : Absolument, que ce sera...

Intervenant 7 : Et La deuxième chose dont on n'a pas parlé. C'est que là on parle du patient obèse alors que on suit les gens qui vont... dont on perçoit un profil...

Intervenant 2 : Oui.

Intervenant 7 : Dont on perçoit une augmentation, et qu'on mesure une augmentation, euh,

de l'IMC. Et, euh, là, il y a aussi un travail dont on n'a absolument pas parlé, qui est un travail préventif avant que, euh, on dépasse les couloirs.

Animateur : Si.

Intervenant 7 : Notamment chez..., notamment chez les enfants, mais y a pas que les enfants...

Intervenant 2 : Non, les adultes... tout à fait.

Intervenant 7 : Voilà, et, euh, simplement pour dire que, euh, on n'en a pas parlé.

Animateur : Si, c'est le repérage.

Intervenant 7 : Mais que c'est peut-être un autre focus group qu'on va faire sur la prise de poids au départ.

Animateur : Tu sortiras pas d'ici.

(Rires)

Intervenant 8 : Alors je, je... Intervenant 8, médecin, Paris. Trois états. Je reviens au tout début, mais je refais pas tout. Pourquoi voulez-vous perdre du poids ? Voilà. C'est... comment vous imaginez votre vie si vous étiez moins corpulent ? C'est à dire, au fond est-ce, qu'est-ce que j'attends de la perte de poids ? En terme d'estime de moi, en terme d'image, etc. Au moment de la demande de chirurgie : Qu'est-ce que vous attendez de la chirurgie ? Comment vous imaginez que votre corps va être après la chirurgie ? Est-ce que vous savez comment va être votre corps ? C'est à dire que, moi mon travail, en dehors des bilans, etc... Mais c'était de les accompagner dans l'image corporelle et dire bah non... bah je vais... et puis voilà. Et je dis... bah non, non, c'est pas voilà... c'est à dire que, eh ben, la peau tombe euh il y a un certain nombre de choses... ça peut être de la chirurgie derrière etc. Donc, de l'information mais en même temps autour de l'image corporelle. Et euh ensuite, on peut inscrire les gens dans le parcours de la chirurgie bariatrique mais il y a ce préalable qui est fait avec le médecin traitant. Parce que c'est long ça peut durer un an, de travailler sur le changement d'image et qu'est-ce que vous pensez en terme d'image ? Comment vous allez être ? et, et... habillé ? D'accord. Et nu ? Comment vous allez vous percevoir ? Est-ce que vous savez ? Parce qu'il y a des pertes de poids qui peuvent être très considérables. Donc est-ce que vous savez comment va être votre corps ? Est-ce que cette image-là elle sera acceptable parce que votre silhouette habillée vous sera tellement plaisante que vous accepterez ce prix là ? Etc, etc. Enfin, bon hein.

Animateur : Et les contraintes qui...

Intervenant 8 : Et je trouve qu'on est encore, là, dans le premier recours.

(Approbation)

Intervenant 8 : Et ensuite, voilà. Et on est... Et puis après, il y a l'accompagnement en tant que médecin traitant, hein.

Animateur : Donc si j'entends bien, ça veut dire que... euh, on le disait, hein. C'est pas parce qu'à un temps particulier on a recours à une structure ou à une technique particulière qu'on abandonne le patient dans son cheminement.

Intervenant 8 : Surtout pas.

Animateur : Hein, donc il y a vraiment une continuité dans le cheminement.

Approbatons

Intervenant 7 : Jamais d'abandon.

Intervenant 2 : Non.

Animateur : Encore une intervention.

Intervenant 5 : Intervenant 5, médecin. Oui, pour conclure, euh, je crois qu'il faut, euh, voilà, peut-être plus voir dès le départ avec le patient dans sa demande de perte de poids. Voilà ce qu'on peut faire déjà dans un premier temps et puis si ça marche pas, voilà. Et, euh, poser peut-être rapidement la, la ... est-ce qu'il a pensé à la chirurgie ? Si c'est... qui est dans les indications. Euh... Ce qu'il en pense, et voilà. Et puis après, pourquoi pas l'orienter, mais déjà comme ça en consultation en CSO. Par exemple à Orléans, notamment, euh,

bah, ils font des groupes de parole où il y a des opérés, des non-opérés. Bon bah là, je crois que c'est le meilleur vecteur pour se faire une idée ou s'appuyer sur nous.

Animateur : Allez encore une.

(Rires)

Intervenant 3 : C'est curieux... Intervenant 3, médecin, Maubeuge. Moi, ceux que je vois le plus souvent ce sont des gens qui ont une grande obésité mais qui consultent absolument pas pour ça et où je vais passer beaucoup de temps avec eux sur plein d'autres choses mais pas de ça.

Animateur : Oui. On n'est plus dans les leviers. Mais ce qui m'interpelle dans ce que vous dites et ce qui est c'est que à partir du moment où quelqu'un déclenche un processus qui rentre euh dans une prise en charge pour le coup bien cadrée avec des équipes etc, un centre etc. il va pouvoir bénéficier du psychologue, des groupes de pairs, etc. Alors que ce qui pourrait être un levier c'est que si tout ça, ça existait en premier recours et pas seulement en deuxième, troisième recours, ça nous faciliterait certainement les choses.

Intervenant 4 : Exact.

Intervenant 2 : Je suis d'accord.

Animateur : Stop.

(Rires)

Retranscription Focus Group 2 Samedi 2 avril 2016

Animateur : Alors, euh, hier le focus group a duré une heure et demie, euh, il nous a permis effectivement de, euh, donner, euh, les premiers messages d'un bien choisir, euh, par des professionnels issus du système de soins français. Donc, je vais vous les soumettre une par une et, euh, je vous don... Approchez-vous, monsieur. Venez-vous mettre là. Je pense que si l'on veut bien s'entendre... voilà. C'est des conditions un petit peu particulières, hein (*rires*). On fait du surf en ce moment. Hum, alors une, une des premières choses qui est apparue, euh, hier, dans le, dans les entretiens qui sont venus et ce que nous avons colligé, c'est que, dans le cadre de notre exercice de médecine générale, il y avait sûrement des opportunités pour parler de l'obésité. Des moments, des motifs et des opportunités à saisir, qu'est-ce que vous en pensez ?

Si le vocabulaire, le mot opportunité vous gêne, vous me dites... Ca vous gêne ? Ca va ? Ok.

Qu'est-ce que vous pensez de ça ?

(*Silence*)

Intervenant 10 : Alors Intervenant 10 de L..., en Seine et Marne. Euh, est-ce que la population pédiatrique est concernée par, euh, cette étude ou pas du tout ?

Animateur : Alors, on est en soins primaires, donc, euh, on est, euh, de avant la naissance...

Intervenant 10 : D'accord.

Animateur : La naissance, l'enfant, jusque... on est vraiment inscrit dans le temps.

Intervenant 10 : Donc, euh, je vais prendre par ordre chronologique. Euh, ce qui me vient à l'idée en premier, c'est durant l'enfance, euh, lors des consultations de suivi des enfants que ce soit les consultations régulières lorsque les parents les amènent hors pathologies aiguës, infectieuses ou autres et aussi surtout lorsqu'ils sont à partir par exemple d'une dizaine d'années ou adolescent, euh, pour les certificats de sport, où c'est vraiment les moments où il y a, euh, on peut prendre le temps... euh, même si on les pèse à chaque fois, mais là de...

Animateur : Parlez lentement.

Intervenant 10 : De peser, euh, les enfants, de les mesurer, de remplir le carnet de santé, de calculer l'indice de masse corporelle et de remplir surtout les courbes de croissance, parce que, euh, on sait que juste, euh, l'estimation, euh, enfin morphologique du médecin envers le patient parfois, euh, n'est pas juste et il peut ne... euh, considérer qu'un enfant n'est pas à risque, n'est pas en surpoids alors qu'en fait la courbe montre déjà des, des signes d'alerte. Donc je pense que c'est une bonne opportunité, même si, d'après les recommandations on doit peser les patients à chaque consultation mais là de faire vraiment la, la courbe de croissance et c'est une occasion quand on voit qu'il y a certains, certains signes, par exemple un rebond précoce d'adiposité avant 6 ans, de donner certains messages. Euh...

Animateur : Donc si je vous entends bien, pour que ça puisse rebondir. Euh, dans les opportunités de parler de, d'obésité, euh, vous avez déjà, euh, pris, euh, la quantification des choses à des temps particuliers chez l'enfant et vous avez parlé de choses qui prennent du temps. Vous m'avez dit...

Intervenant 10 : Oui.

Animateur : ... pendant la consultation, pour le certificat du sport, je vais avoir le temps. Est-ce que vous pouvez, euh, m'en dire, enfin, est-ce que les autres peuvent réagir sur le fait qui, de cette temporalité nécessaire ?

Intervenant 11 : Intervenant 11, du Bas-Rhin. Effectivement, chez l'enfant, la, la euh la pesée, euh, est quelque chose de central, les parents sont dès la naissance très attentifs

au chiffre qui est affiché sur le pèse-bébé, euh, alors que chez l'adulte quand il y a une comorbidité liée à cette obésité, euh, le problème central, c'est la comorbidité, c'est la gonarthrose, c'est le diabète, c'est l'hypertension mais le poids vient un peu en périphérie de ce problème central, alors que chez l'enfant, le poids c'est quelque chose de très important, y compris pour les parents.

Animateur : Donc, si je vous entends bien. Il y a des champs de représentation différents selon que l'on va parler ou mettre une obésité chez l'enfant, chez l'adulte, en fonction de l'impact que ça aura sur sa santé et que la famille a un regard sur cette mesure qui est différente.

Intervenant 11 : Différente, tout à fait.

Animateur : D'accord. Donc, je vais vous soumettre maintenant la deuxième, enfin, je vais pas... je vais pas. Il n'y a pas d'ordre hiérarchique dans ce qui est sorti hier. D'ailleurs, les groupes ne fonctionnent pas forcément dans le même ordre. Hum, selon ce que nous avons pu entendre hier, euh, l'obésité est une maladie chronique qui nécessite un accompagnement du patient et de ne jamais l'abandonner dans son parcours. Comment réagissez-vous ? Est-ce que c'est faisable ? Acceptable ? Comment ça résonne dans votre oreille ?

(Quelques secondes de silence).

Intervenant 11 : Intervenant 11, du Bas-Rhin. Euh, pour moi ce suivi il est, euh, il est fait de facto euh c'est-à-dire qu'à aucun moment on abandonne le patient dans ses choix euh même ceux de ne pas aller vers une chirurgie, une activité physique, euh, une prise en compte de cet état, on va l'accompagner même dans ses, dans son augmentation de poids, dans ses yoyos, euh, dans ses tentatives euh de perdre du poids euh par euh des, des, des régimes, euh c'est toujours l'occasion de, de discuter, qu'on soit d'accord ou pas.

Animateur : D'accord. Donc j'entends le mot discussion, j'entends le mot accompagnement et j'entends aussi des variations, d'accord. Est-ce que vous êtes d'accord sur le fait que l'obésité est une maladie chronique ? J'aimerais bien que vous puissiez réagir là-dessus.

Intervenant 12 : Euh.

Animateur : Dites bien votre nom et de où vous venez.

Intervenant 12 : Euh, Intervenant 12, interne, de Paris. Enfin, voilà, euh... Oui, pour moi, en tout cas, c'est une maladie chronique. Euh, qui a... qui, qui, qui a plusieurs, euh... enfin, qui a différentes répercussions et, effectivement, c'est pas une maladie parce qu'elle a des comorbidités, comme vous disiez, euh, que ce soit au niveau cardiaque, euh, au niveau respiratoire, euh, ou, euh, articulaire...

Animateur : Qu'est-ce qui vous gêne ? Pourquoi vous me dites ce n'est pas une maladie ? Vous me dites oui c'est une maladie chronique puis après vous me dites ce n'est pas une maladie ?

Intervenant 12 : Ah si, justement, euh, je me, enfin je me suis pas rendue compte. Pour moi c'est une maladie.

Animateur : Oui.

Intervenant 12 : C'est une maladie.

Animateur : Pour vous.

Intervenant 12 : Qui a...

Animateur : En tant que médecin.

Intervenant 12 : En tant que médecin. Voilà c'est, enfin, c'est une comorbidité en fait qui engendre, euh...

Animateur : Ah si vous me dites c'est une comorbidité, ça n'est plus une maladie.

Intervenant 12 : Ouais, c'est différent. J'ai pas réfléchi.

Animateur : Mais vous avez bien dit oui pour moi c'est une maladie. Et selon vous, euh, pour vos patients, est-ce que c'est une maladie ?

Intervenant 13 : Euh, Intervenant 13, Tanger, Maroc, médecin généraliste. Pour moi

l'obésité, euh, c'est, c'est un pas pour un...

Animateur : Attendez, je vais juste... deux secondes.

(Silence de plusieurs secondes).

Animateur : Allez-y, je vous en prie.

Intervenant 13 : J'ai dit que l'obésité c'est un pas qu'on peut imaginer dans un escalier, en haut où il y a plusieurs maladies, on arrive, on arrive par le biais de l'obésité à plusieurs maladies qui sont chroniques.

Animateur : Oui, donc, euh, vous remettez en question donc le fait que, euh, l'obésité ne puisse ne pas être considérée comme une maladie chronique.

Intervenant 13 : C'est elle, c'est elle qui nous emmène à des maladies chroniques.

Animateur : Ca, c'est votre ressenti.

Intervenant 13 : Oui.

Animateur : D'accord. Donc si j'entends bien, c'est pas si facile que ça d'intégrer que, que l'obésité toute seule puisse être une maladie chronique.

Intervenant 13 : Pour moi c'est l'entrée de plusieurs maladies chroniques.

Animateur : Oui, ça va venir interférer. D'accord. Hum. Euh, votre ressenti sur un accompagnement du patient dans un très long cours. Oui ? Ca, c'est quelque chose qui, qui vous paraît... ? Avancez, vous ne pouvez pas rester là-bas derrière. Bon, faut vraiment venir tout près parce que, ici, on enregistre.

Une femme qui vient d'arriver : Ah d'accord.

Animateur : Voilà, bienvenue. Donc, ici, on est dans un groupe focus, donc quand vous prendrez la parole, vous êtes enregistré. Et, euh, de pouvoir dire votre nom, votre prénom et de quel territoire vous venez. Hein, qu'y soit en France ou non, et dans quel système de santé, parce que ça va avoir des, des incidences. D'accord ? Donc, vous avez pas eu la présentation, je vous remets...

Une femme qui vient d'arriver : Oui, merci beaucoup.

Animateur : D'accord. Donc, euh, la troisième chose qui est ressortie du bien choisir, hier, était qu'il était nécessaire d'avoir des outils et un temps dédié pour les équipes qui accompagnent les patients obèses. C'est-à-dire que ces équipes ont besoin d'être soutenues, qu'elles ont besoin elles aussi d'avoir des outils pour prendre soin d'elles, pour accompagner ces patients dans leur trajectoire. Qu'est-ce que vous pensez de ça ?

Intervenant 12 : J'ai pas très bien compris...

Animateur : En fait, les... comme j'étais présente hier, je peux vous expliquer. Les patients obèses, euh, sont des patients qui peuvent décevoir les soignants parce que on aboutit pas forcément aux objectifs que le soignant se serait donné. Que les équipes qui les accompagnent peuvent s'épuiser et que, euh, comme il y a des souffrances à la fois du côté du patient et du côté des équipes, il était nécessaire d'avoir des outils et du temps, euh, pour se soutenir les uns les autres. Hein, donc quand on parle d'équipes, c'est des équipes effectivement pluri-professionnelles. Et selon vous, est-ce que c'est quelque chose qui vous serait utile et important de, d'avoir des, des outils comme des groupes de paroles ou des groupes de pairs, ou, euh, des accompagnements avec un psychologue pour les équipes par exemple, euh, pour accompagner ces patients dans des trajectoires longues ? Oui ?

(Silence de quelques secondes).

Animateur : Dites bien votre nom, parlez fort parce qu'il y a un peu de brouhaha et...

Intervenant 13 : Intervenant 13.

Animateur : Oui.

Intervenant 13 : Tanger, Maroc. Alors, pour moi, le, le nécessaire, une chose la plus importante pour pouvoir, pour suivre l'évolution du... de la personne qui souffre de l'obésité, c'est surtout, surtout la volonté. C'est le...

Animateur : La sienne ?

Intervenant 13 : Oui. C'est la volonté et, euh... le, le pouvoir, c'est, c'est lui qui veut, qui veut

adhérer, euh, aux régimes, aux...

Animateur : C'est lui qui a le pouvoir.

Intervenant 13 : Oui c'est lui.

Animateur : C'est lui qui détient...

Intervenant 13 : Le médecin, lui, c'est seulement... il lui fait un, un, une ligne à suivre dans son trajet, dans son régime.

Animateur : Il l'accompagne dans son trajet.

Intervenant 13 : Oui, mais le point intéressant c'est, c'est euh ça revient toujours au patient.

Animateur : Alors vous avez prononcé plusieurs fois le mot régime.

Intervenant 13 : Oui, (*rires*).

Animateur : Est-ce que vous pensez que ce mot est un mot qui est acceptable et qui devrait figurer dans le bien choisir, euh, dans notre système de soins ? Est-ce que ce mot-là est important pour les patients ou pas ?

Intervenant 13 : Alors, lorsque j'ai dit régime, je, je... je ne veux pas dire ce mot de régime alimentaire, c'est un régime sportif, alimentaire euh, plusieurs choses...

Animateur : Donc, ça veut dire que sous le mot régime, euh, en tant que d'une position de médecin du Maroc et de médecin exerçant en France, est-ce que vous avez la même opinion ?

Intervenant 14 : Intervenant 14, médecin du Maroc. Euh, je pense qu'il y a une euh unanimité en ce qui concerne le langage, on appelle ça les mesures hygiéno-diététiques. Les mesures hygiéno-diététiques, ça inclut le régime alimentaire qu'on vient de dire, ça inclut le sport, les activités physiques, euh le mode de vie. Il y a plusieurs choses.

Animateur : D'accord.

Intervenant 14 : Mais, la chose que... que je veux attirer l'attention c'est le patient. Il faut se mettre à la place du patient qui, qui est obèse. Donc, euh, parfois les patients nous rapportent qu'ils vivent une situation qui est très, très difficile. Donc, si on insiste beaucoup, il va se sentir agressé.

Animateur : Oui.

Intervenant 14 : Toujours, toujours, donc...

Animateur : C'est pour ça qu'on parlait de, de, de ne pas l'abandonner, etc... Alors si je suis, si j'ai rebondi sur ce mot régime, c'est que, euh, dans le système français le mot régime est beaucoup utilisé par les patients en pensant qu'en gérant ponctuellement ce qu'il met dans son assiette ça va solutionner les choses or ça le met en échec. Donc, euh, le mot régime, euh, dans les réflexions qui ont eu lieu, ça serait plutôt le mot à ne pas utiliser. Voilà, c'est pour ça que je voulais vous faire réagir sur ce mot-là. Oui ?

Intervenant 11 : Est-ce qu'on revient sur la souffrance des équipes ?

Animateur : Oui, s'il vous plaît.

Intervenant 11 : Je, je veux bien. Intervenant 11, Bas-Rhin. Euh, moi j'ai une position particulière parce que, en tant que médecin généraliste, euh, j'entends ce que me disent par exemple les, les infirmières qui prennent en charge ces patients...

Animateur : Vous travaillez dans quel mode d'exercice ?

Intervenant 11 : Rural.

Animateur : Oui, en groupe ?

Intervenant 11 : Euh en SCM, oui, de 5.

Animateur : Oui. Vous, vous êtes avec des infirmières ?

Intervenant 11 : Voilà. Bon elles, elles sont indépendantes.

Animateur : D'accord.

Intervenant 11 : Et, euh, quand elles, quand elles viennent de soins d'ulcères ou même d'aide à la toilette, elles sont souvent assez, euh, découragées, euh...

Animateur : Et démunies.

Intervenant 11 : ... Face à, aux difficultés techniques, hein, de mobilisation du patient, euh,

elles sont bien conscientes que cette obésité, euh, elle, elle vient contrecarrer leurs, leurs efforts, euh, de, de soins et elle vient compliquer également la gestion des autres, euh, des autres maladies. Quand le patient il est diabétique, elles se rendent compte que ben gérer l'insulinothérapie, par exemple...

Animateur : Et des sentiments d'échec, hein.

Intervenant 11 : On a beau mettre des aiguilles de 12 mm, c'est toujours un peu compliqué de, de gérer ses glycémies si le patient est sous insuline. Et ces infirmières c'est vrai qu'elles n'ont pas le temps euh de me, de me livrer ça que entre deux portes alors que en tant que membre du euh enfin je suis au bureau du CSO à Strasbourg également. Et j'entends donc des endocrinologues, des, des, des chirurgiens, des psychiatres euh qui, qui s'occupent d'obésité et c'est vrai que ces temps de réunion du, du CSO euh j'ai l'impression que ça leur fait du bien.

Animateur : Voilà.

Intervenant 11 : C'est un moment nécessaire pour eux, pour pouvoir livrer leurs difficultés et ça manque un peu dans mon exercice quotidien.

Animateur : Alors, hier, hier, c'est pas quelque chose qui est sorti comme primordial, mais c'est quelque chose qui est sorti effectivement à la fin des réflexions. C'est que, euh, on est... Idéalement, ne pas être seul avec le patient obèse dans la durée. Que tout ce qui va être un sentiment d'échec, euh, auprès du soignant mais aussi avec les hauts, les bas du patient, nécessitent effectivement du soutien, euh, aussi du côté du, des soignants. Hein, donc, je, j'entends que vous dites oui ça sera acceptable et ça serait même bien. Hum, d'accord.

Hum, alors, euh, une, un quatrième item qui a été abordé pour faciliter les parcours. Effectivement, c'est, euh, à partir du moment où l'on parle de maladie chronique c'est, euh, de pouvoir accéder au remboursement de tout ce qui est nécessaire à l'accompagnement d'un patient obèse. En prenant en compte sa dimension psychologique, euh, de façon majeure, hein, que, qu'il était beaucoup plus important, euh, d'identifier son histoire de vie, son histoire familiale, euh, de pouvoir recueillir les témoignages de ses souffrances, et que le patient obèse est une personne en souffrance, d'abord, et avec un problème de poids, euh, ensuite. Et de pouvoir, donc, accueillir ses failles et que, actuellement, euh, dans son parcours, euh, les professionnels qui peuvent avoir une action sur ce pan psychologique, euh, n'ont pas de remboursement dans le système de soins français, en dehors de centres spécialisés. Donc, est-ce que selon vous, euh, la facilitation du parcours dans cette dimension, euh, psychologique, psychiatrique, psychique, euh, est quelque chose qui est, euh, qui est majeure ? Alors, euh, pouvez, pouvez-vous nous donner, euh, des expériences ou des, des retours, euh, par rapport à ce que vous vivez, euh, dans votre quotidien de, de médecin généraliste là-dessus ? (*Silence de quelques secondes*).

Euh, nan, allez-y, je vais donner la parole après.

Intervenant 12: Euh, Intervenant 12, interne.

Animateur : De médecine générale.

Intervenant 12 : Voilà, médecine générale.

Animateur : Oui, parce que vous pourriez être interne dans une autre discipline.

Intervenant 12 : De, de médecine générale, 6e semestre et, euh... Moi, en fait, j'ai envie de diviser, euh, ça en deux.

Animateur : Oui.

Intervenant 12 : Alors, c'est juste avec ma toute petite expérience. Mais, euh...

Animateur : Oui mais vous en avez quand même. C'est intéressant.

Intervenant 12 : C'est vrai que... Alors, il y a des patients qui sont comme vous le décrivez, c'est-à-dire qui ont, qui ont une vraie souffrance, euh, psychologique, euh, derrière donc une histoire de vie qui est souvent lourde, et qui ont et qui sont, enfin, qui sont dans la démarche pas nécessairement, mais qui voudraient perdre du poids, mais c'est difficile, y

en a qui le réclament pas nécessairement mais ça peut être un, un... on sent bien que la nourriture c'est leur refuge, et ils sont bien en mangeant, et donc, du coup, ils grossissent. Donc y a ça. Et puis y a aussi d'autres patientes, euh, et c'était essentiellement des femmes que j'avais vu et ça, elles étaient pas..., elles étaient obèses...

Animateur : Vous les avez vues, excusez-moi, quand vous étiez en consultation de médecine générale ?

Intervenant 12 : Oui.

Animateur : Ou dans un autre recours ?

Intervenant 12 : Non, en consultation de médecine générale.

Animateur : Voilà, c'est important, hein, de bien replacer ça.

Intervenant 12 : En consultation de médecine générale. Y en a eu 2. Euh, et c'était un... Elles étaient de, d'origine africaine et, en fait, elles étaient pas du tout... elles étaient en obésité clairement elles étaient pas du tout demandeuses euh de, de perdre du poids ni rien parce qu'en fait c'était une beauté pour elles, c'était... je pense qu'il y a une part culturelle également dans, dans l'obésité et selon chaque culture, enfin, une femme, euh, en discutant un peu, une femme africaine en fait qui est mince n'est pas belle aux yeux de son mari, entre guillemets. Enfin moi, c'est ce que j'ai compris.

Animateur : Oui, donc, euh, il y a le ressenti familial, le ressenti dans le couple...

Intervenant 12 : C'est ça.

Animateur : ... Qui va ressortir. L'affirmation que je vous donne, c'est que les parcours des patients seraient facilités s'il y avait un remboursement des soins et des prises en charge psychologiques améliorées. Donc, en fait, pour vous placer le contexte, euh, les psychologues en France ne sont pas des professionnels de santé et les consultations de psychologues ne sont pas remboursées, hors certains centres et des conditions particulières.

Intervenant 11 : Intervenant 11, Bas-Rhin, toujours. Alors moi, j'ai une chance formidable, c'est que dans mon milieu rural, je suis entouré de psychiatres, euh, donc avec une possibilité de remboursement et qui, qui font de l'accompagnement, de la psychothérapie, euh, et malgré cela, euh, eh bien j'ai beaucoup plus de facilité à adresser des patients ayant des troubles du comportement alimentaire de type anorexie, boulimie, à des psychiatres que des patients souffrants d'obésité. Même avec un remboursement, avec une proximité euh, une facilité d'accès mais vraiment que j'estime moi euh très euh exceptionnelle eh bien euh ces patients euh ne font pas ce, ce, ce pas pour euh pour être soutenu alors que en consultation ils lient bien leurs souffrances et euh leur condition d'obèse euh... Et pourtant ils ne le font pas.

Animateur : Alors, ça fait écho à quelque chose qui s'est dit hier, c'est que, euh, le patient obèse va, va livrer, va se livrer à une personne de confiance à un temps T, qui va être un temps privilégié. Et que l'adressage, effectivement, s'il ne se sent pas en confiance aussi avec cette personne, et que cette première personne dans le maillon de la chaîne, à qui il a livré, euh, ses problématiques va être la personne charnière, la personne-clé. Alors le remboursement, c'est un des items, hein, mais, euh, de ce que j'entends que vous dites, c'est pas forcément, euh, le, le levier le plus important.

Donc on a bien abordé, euh, tous la dimension psychologique, hein, euh, qui, qui est prégnante. Il n'y a pas que... vous avez parlé de comportement alimentaire et non pas d'alimentation, euh on, on entend qu'on gère l'assiette mais pas que l'assiette, hein, il y a, il y a tout un panel, euh, vous le disiez sur, euh, ce qui va être abordé avec le patient qui est en obésité. Et ce qui est ressorti aussi comme affirmation, c'est que, euh, la, la maladie obèse était une maladie stigmatisée, avec des patients qui recevaient une pression sociale importante. Euh, comment vous ressentez, euh, vous ressentez cela ?

Intervenant 12 : Intervenant 12. Alors, je suis, je suis entièrement d'accord avec ça, hein. C'est, euh... Alors là c'est plus, euh, dans la pratique, euh, c'était pas tellement au cabinet

mais plus...

Animateur : D'individu, humhum, en tant que personne.

Intervenant 12 : Comment ?

Animateur : Vous le ressentez en tant que personne dans, dans les gens que vous voyez autour de vous ?

Intervenant 12 : Bah c'est vrai que... Oui. Enfin, en dehors du contexte médical, on passe, ils, on peut avoir des remarques, euh il est gros il prend trop de place, euh, dans l'avion, c'est des problèmes. A l'hôpital, c'est des problèmes aussi, hein, quand, euh, une équipe, euh, va recevoir un patient de plus de 100 kg, euh, ils sont pas contents, hein. Moi j'ai déjà vu des médecins qui, euh, qui essayaient de se redonner un patient qui pouvait partir, soit, euh, en post-urgence soit, euh, en médecine polyvalente, euh, parce que il était gros.

Animateur : Voilà. Donc, euh... était ressortie effectivement une dimension de bienveillance envers les patients obèses mais tout au long de la chaîne de soins ou d'accompagnement, hein, on n'est pas toujours dans du soin, euh, médical. Mais, euh, comment est-ce que, euh, on peut décrire cette bienveillance vis-à-vis des patients obèses ?

Animateur : Intervenant 11.

Intervenant 11 : Intervenant 11, Bas-Rhin. Euh, la première des bienveillances pour moi c'est déjà l'adaptation du matériel. Euh c'est-à-dire que lors de mon installation, j'ai pris soin par exemple, eh bien euh d'avoir des sièges euh qui n'avaient pas d'accoudoir en face de moi simplement pour que personne ne se sente à l'étroit. Ma table électrique elle me permet de monter 150 kg très facilement, mon pèse-personne va assez loin aussi. J'ai un brassard euh de taille suffisante pour pouvoir mesurer une tension chez un patient obèse. Hum, en libéral j'ai l'impression que c'est plus facile d'adapter son matériel par rapport aux collègues hospitaliers qui font avec euh avec ce qui est contraint.

Animateur : Donc, en fait, euh, on voit que, euh, ces patients, euh, dont les, les soignants disent qu'ils ont des maladies chroniques, selon vous, est-ce que vous pensez que les patients obèses se sentent des malades ? (*Silence de quelques secondes*). Allez-y.

Intervenant 13 : Intervenant 13. Comme j'ai dit avant, pour moi, euh, je pense que l'obésité en tant que obésité c'est pas une maladie.

Animateur : Oui. Ca, j'ai bien entendu, vous me l'avez dit tout à l'heure.

Intervenant 13 : Oui, parce que normalement l'obésité, ce qu'on n'a pas dit c'est, Intervenant 12 a dit une chose très importante mais qu'on n'a pas bien précisé c'est que ça dépend des cultures. Par exemple, nous au Maroc, la région du sud, l'obèse elle est vue, elle n'est pas vue comme un malade, il est vu comme une personne qui est ... comment dirai-je... une personne qui est belle, une personne qui...elle aime la morphologie d'être grosse... Elle est vue d'une façon, euh, mieux que celle qui est maigre.

Animateur : Oui, c'est quelque chose qui est positif.

Intervenant 13 : Oui, quelque chose de positif. Parce que si je pense ici en France, vous le voyez d'une façon différente que chez nous.

Animateur : Donc ça veut dire, effectivement, c'était ce qui était ressorti hier, hein, euh, tout territoire confondu on l'a dit. C'est que d'abord, euh, se rendre compte de la perception qu'a, euh, le malade entre guillemets de ce qu'il est, hein.

Intervenant 13 : Oui.

Animateur : En sachant que, pour le soignant, de faire intégrer quand même qu'il s'agit d'une maladie chronique aujourd'hui c'est quand même un nouveau concept. Depuis très longtemps, l'obésité n'était qu'un symptôme ou qu'une mesure. Et aujourd'hui de la prendre dans une dimension de maladie avec un parcours dans le long cours, c'est quelque chose de nouveau, donc, je vois, moi, des, des jeunes médecins pour lesquels ça a l'air d'être assez au clair, je suis pas sûre que ce soit aussi clair pour tous les praticiens en exercice. Ce qui a suivi aussi, c'est que, qui est ressorti fortement hier, c'est que l'objectif de perte de poids n'est pas un objectif initial. Faut parler, comment se ressent la personne, euh, qu'est

ce qui lui fait plaisir, etc ? Euh, comment est-ce que vous, vous placez cet objectif de perte de poids, vous ?

Intervenant 10 : Intervenant 10, de Seine et Marne. Euh, je pense, en effet, que lorsqu'on a en face de nous un patient qui est au niveau des critères, euh, médicaux...

Animateur : Disons que c'est défini, il est bien obèse.

Intervenant 10 : Voilà. Il est obèse. Mais lui, en effet, ne le perçoit déjà pas forcément, euh, et, euh, parfois n'a pas, euh, c'est pas le jour où il a envie en tout cas de parler de ça et il vient vous voir pour autre chose, donc, déjà si, euh, nous on s'enquiquine à chaque fois parce qu'on estime que c'est son facteur de risque principal, à lui parler de ça tout le temps, euh, il peut se sentir persécuté et penser qu'on n'est pas en phase avec lui, qu'on ne répond pas, qu'on n'est pas dans l'écoute avec lui, et se détourner de nous, donc, c'est vraiment du coup... on a tout échoué à ce niveau-là. Euh, euh, pardon juste la question, c'était ?

Animateur : La question, c'est que de se dire que l'objectif de perte de poids n'est pas l'objectif initial.

Intervenant 10 : Oui. Oui, donc c'est un petit peu par rapport à ce qu'on a dit précédemment. Je pense vraiment que, euh, l'approche centrée sur le patient...

Animateur : Sur la personne.

Intervenant 10 : Sur la personne... De recueillir, euh, euh, quelles sont ses attentes, quelle est sa perception ? Euh, de voir quel est son problème ? C'est-à-dire lui son... euh, cette obésité est peut-être secondaire à un syndrome dépressif ou à une conduite alimentaire qu'il a eue... symptomatique d'autre chose ?

Animateur : On revient sur le champ psychologique de tout à l'heure.

Intervenant 10 : Et du coup, euh, il faut, il faut d'abord, euh, s'enquérir, enfin de voir quel est, euh... ce qui bloque, parce que pour tous les patients, si juste donner une feuille avec, euh, les règles hygiéno-diététiques et l'activité physique conseillée, on sait ça que c'est voué à l'échec.

Animateur : Il n'y aurait plus d'obèse, hein... si ça marchait.

Intervenant 10 : Oui. Déjà y aurait plus... Oui y aurait plus d'obèse. Donc c'est sûr que si personne ne mangeait, euh, dans les pays, euh, où y a pas, y a pas à manger, y a pas d'obèse, mais on sait que c'est pas si simple que ça, et c'est lié à différents déterminants. Donc si on parle de perdre du poids, ça va parfois paraître en total décalage avec ce qui le fait souffrir, euh, et, euh, et en tout cas il faut... c'est maintenant qu'il faut rester modeste sur la perte de poids et que même si euh pour un poids avec un indice de masse corporel à 25, on calcule qu'il faudrait qu'il ait 20 kg de moins, c'est totalement illusoire et que déjà viser à, à identifier chez cette personne comment l'aider euh, voir qu'est ce qui la fait souffrir, dans quel contexte et...

Animateur : Donc là, là j'entends bien que vous, vous donnez un objectif raisonné, raisonnable de perte de poids mais est-ce que, euh... est-ce que c'est un objectif ?

Intervenant 10 : Euh, c'est un objectif secondaire. De D'abord identifier euh que si par exemple c'est à chaque fois que euh il est contrarié avec son épouse...

Animateur : Dans son histoire de vie.

Intervenant 10 : ...qu'il se met à manger. Voilà. Donc corriger ce facteur-là et qu'éventuellement en se sentant mieux, en ayant un, un bien-être il, euh, euh, l'objectif sera enfin peut-être atteint d'avoir une perte de, euh, 5 à 10% de poids et qu'il y aura en plus un effet vertueux avec l'amélioration des, de certaines douleurs, de souffrances.

Animateur : Qu'est-ce que ça améliorera pour lui ?

Intervenant 10 : Voilà.

(Quelques secondes de silence).

Animateur : Intervenant 11.

Intervenant 11 : Oui, euh, Intervenant 11, Bas-Rhin. J'ai envie de, de rebondir sur la problématisation du poids pour le patient et pour le médecin. J'ai l'impression que si c'est

un problème pour le médecin ça ne l'est pas forcément pour le patient parce qu'il y a un troisième acteur qui est la société. Et, et euh j'ai une situation un peu différente par rapport à mes collègues du Maghreb, mais pas si éloignée que ça parce que dans le Bas-Rhin on a une forte prévalence et malgré une adaptation euh sociale où on roule dans des grosses voitures hein euh on a de la place euh selon le genre euh la problématisation n'est pas la même hein. On peut avoir très bien cette image de l'homme euh floride qui a, qui a réussi dans la vie euh, euh et qui sera beaucoup mieux acceptée euh dans sa, dans sa jovialité, dans sa consommation de bières, dans l'aliment etc... Là où la femme va être beaucoup plus culpabilisée euh d'être, d'être obèse.

Animateur : Oui ça, ça veut dire que si pour le soignant, euh, l'objectif de perte de poids a plutôt intérêt à être secondaire si on est dans le bien choisir. Il est fort possible que du côté du patient, ce soit un motif qui vienne en avant.

Intervenant 11 : Tout à fait.

Animateur : De le faire accepter, de le... éventuellement de ne... ce ne soit pas le principal objectif.

Intervenant 11 : Tout à fait.

Intervenant 14 : Intervenant 14, du Maroc. Je pense que, que le problème il ne faut, il ne faut pas généraliser. Il faut prendre chaque malade comme cas particulier. Ca dépend du profil du patient.

Animateur : Tout à fait.

Intervenant 14 : Donc si j'ai devant moi un malade dont, euh, les, les, les reculs intellectuels, dans son arrière-pensée il, il se sent mieux quand il est obèse, j'explique que c'est, c'est... je, j'ose pas dire que c'est une maladie, mais c'est un facteur de risque comme le tabac. Il est d'ailleurs classé comme la société de cardiologie comme un facteur de risque.

Animateur : Ici on n'est pas en cardiologie.

Intervenant 14 : Mais si j'ai devant moi un patient qui est... lui, il est sensibilisé, il veut perdre du poids. Donc pourquoi ne pas là, l'aborder avec lui. Donc il ne faut pas généraliser, ce que je veux dire c'est euh il faut prendre chaque malade comme cas par cas. Parce que chaque malade a son propre euh profil, profil.

Animateur : Tout à fait. Donc ce qui est aussi, euh, ressorti hier c'est que, euh, et on en a parlé déjà un peu entre nous, hein. On a encore 5 minutes, hein. Euh... (*chuchotements*). Hum c'est que, euh, effectivement, euh, pouvoir négocier avec ses patients, aller dans leur champ psychologique, voir leurs souffrances, les accompagner dans le temps, ça prenait du temps. Et que on était plutôt dans une posture d'entretien plutôt que dans une posture de consultation. Qu'est-ce que vous pensez de, de, de cette affirmation ? La posture d'entretien et pas de consultation, et de prendre plus de temps avec ces patients-là ?

Intervenant 15 : S'il vous plaît. Intervenant 15, Algérie. Euh, voilà, euh, jusqu'à présent je n'ai reçu aucune euh... euh aucune patiente ou patient pour obésité. Ils laissent en dernier lieu comme si euh... pour terminer leur consultation... surtout pour les femmes. Donc je dirai entretien parce qu'ils ne consultent pas pour obésité.

Animateur : Non.

Intervenant 15 : En trente ans je n'ai pas vu quelqu'un... Enfin en ce qui me concerne hein.

Animateur : Alors, en général, en France, il y a, euh, 2 ou 3 situations où en fait on peut faire de l'entretien. Alors l'entretien motivationnel pour l'arrêt du tabac, ou l'arrêt d'une autre consommation de drogue; l'entretien prénatal précoce où là, il y a une vraie rémunération pour un entretien qui, effectivement, peut aborder le champ de la personne et, euh, donc la réflexion d'hier, c'était de se dire, eh ben, on devrait pouvoir, comme dans l'entretien prénatal précoce, avoir une rémunération à la hauteur du temps passé et de la dimension, euh, de la personne, du ressenti de la personne et son accompagnement dans le temps. Qu'est-ce que vous pensez de... est-ce que c'est acceptable ? Est-ce que c'est réalisable ? Parce que faut aussi que ce soit réalisable parce que on dit souvent bah les médecins

généralistes de toute façon ils ont pas le temps (*rires*).

Intervenant 11 : Effectivement.

Animateur : Oui.

Intervenant 11 : Intervenant 11, Bas-Rhin. Hum, la, la création d'un, d'une cotation particulière et la communication sur un entretien euh n'aura à mon sens pas énormément de, de succès. Euh, je prends comme comparatif par exemple des, des temps offerts par euh des régimes un peu annexes comme euh le, le, la RSI ou le, la MSA euh aucun de mes patients agriculteurs ou indépendants ne vient en disant ah bah tiens je vais avoir euh, euh le temps de discuter avec vous et vous, vous allez avoir 2,5 C euh pour faire un point sur ma situation, mes vaccinations, mon poids etc... Je ne sais pas si les patients atteints d'obésité diront je viens pour parler de ça.

Animateur : Alors, y a, y a le temps du professionnel de santé et après, y a le temps que le patient veut bien consacrer.

Intervenant 11 : Tout à fait.

Animateur : Donc, effectivement, dans le facteur temps... Mais qu'est-ce que vous pensez d'une posture d'entretien ? Plus que d'une posture de consultation ?

Intervenant 11 : Mais c'est clairement euh un entretien et pas une consultation. Je suis comme mon collègue...

Animateur : On est d'accord.

Intervenant 11 : ...j'ai jamais vu personne venir en disant je viens pour obésité.

Animateur : Alors moi je fais... pendant 25 ans, j'ai eu des gens en, en consultation, entre guillemets d'obésité mais adressés en second recours pour lequel ils ont eu un entretien en fait.

Intervenant 11 : Voilà.

Animateur : Alors, il y a un mot qui est revenu beaucoup hier c'est qu'il y avait donc une notion de confiance avec le patient et qui ne se laisserait accompagner que par une personne avec qui il est en confiance ou des personnes avec qui il est en confiance dans... selon vous, par rapport à votre expérience ça, ça résonne comment ce mot-là ?

Intervenant 10 : Intervenant 10, Seine et Marne. Euh, oui je suis d'accord avec, euh, ce terme et on évoquait aussi tout à l'heure la bienveillance et je pense qu'il y a un gros problème de, de... hum du regard des médecins sur les patients obèses, bien sûr ce n'est pas une généralité, mais ce problème-là, euh, par les soucis techniques qu'on voit et aussi parce que ce sont des patients qui souvent nous mettent en échec, parce que c'est un domaine où, euh, voilà il suffit pas de...

Animateur : C'est pas facile, hein, on l'avait dit hier, ce n'est pas facile.

Intervenant 10 : ... pas d'une antibiothérapie de 7 jours pour régler le problème, ça nous prend du temps, les résultats... on pense savoir ce qu'il faudrait faire, mais, euh... ça marche rarement, euh, et c'est vraiment un accompagnement de toute une vie, en effet, du patient euh et donc réussir à euh ne pas euh voilà se braquer enfin rester... être toujours disponible pour ce patient et que euh de ne pas le rejeter euh suite à un échec, de pas mettre ce problème au placard et de le laisser juste comme antécédent, enfin dans... comme antécédent dans, dans le dossier mais de montrer à chaque fois une... qu'il y a une porte ouverte, alors pas forcément via une stigmatisation, à chaque fois de monter sur la balance et, ah bah... donc c'est toujours pareil mais... en tout cas...

Animateur : Une écoute.

Intervenant 10 : Avec ce bénéfice qu'on a nous de suivre le patient sur la durée et plus ou moins régulièrement euh bon...

Animateur : Donc, la place du généraliste effectivement, on a parlé au début de votre intervention qui est inscrit dans le temps. Vous m'avez demandé c'est à quel moment ? Il est inscrit dans le temps. Il a probablement une place importante à prendre.

Intervenant 10 : Oui. Et qui connaît, euh, l'environnement, qui connaît, euh, l'histoire des

parents.

Animateur : Oui.

Intervenant 10 : Euh, la situation de vie, les événements de vie et, euh, l'histoire personnelle parce que dans ce cas, euh, par exemple des entretiens qui, je pense, est nécessaire au début de la prise en charge, si le patient on ne l'a pas suivi, de savoir qu'est ce qui s'est passé avec, euh, l'histoire du poids, des événements de vie...

Animateur : L'histoire du..., l'histoire pondérale.

Intervenant 10 : Oui.

Animateur : D'accord. Alors, euh... On, vous avez parlé... vous, vous parlez, euh... de moi ce que je fais. Est-ce que certains d'entre vous donc travaillent en équipe, euh, pluriprofessionnelle autour des patients obèses ? Il a été dit hier il fallait une cohérence de discours des professionnels : de quoi parle-t-on ? Et, euh, éviter les contre-messages. Si on se dit, par exemple, que le poids c'est, c'est pas l'objectif principal, c'est d'abord le bien-être de la personne, si un des intervenants dans le parcours, euh, donne le message inverse, ça peut gêner effectivement le, euh, le... ce qui va se passer au sein de l'équipe. Est-ce que vous travaillez en, en équipe pluripro ?

Intervenant 11 : Intervenant 11, Bas-Rhin, oui, en tant que membre du bureau du CSO à Strasbourg, je travaille en équipe pluripro et je pense que les plus grands euh, les plus grandes difficultés communicationnelles sont avec nos collègues chirurgiens qui ne résonnent qu'en « excess weight loss ». C'est leur seul objectif et ils... et finalement ils ne se sont rendus compte que très tardivement qu'il fallait intégrer le généraliste dans cette réflexion parce que devant le nombre de perdus de vue, euh, devant le nombre de carencés, euh, devant euh, euh, le, le retour des scléroses combinées de la moelle par carence en B12, de neuropathies diverses et variées, ils se sont dit tiens peut-être qu'il n'y a pas que l'«excess weight loss ». Mais on est vraiment, euh, euh très éloigné des uns des autres, hein, euh. Mais on progresse.

Animation : Il y avait une communication, ici, pendant le congrès parce que moi j'ai, j'ai vu passé des, des abstracts. Euh, à 5 ans, il n'y a plus que 30% des patients qui prennent leurs compléments.

Intervenant 11 : Humhum.

Animateur : Et donc effectivement, euh, le suivi dans le long cours, qu'il y ait eu intervention ou non, ces, ces patients sont bien des malades chroniques, ils ne sont pas réparés par la chirurgie bariatrique.

Intervenant 11 : Du tout.

Animateur : Oui. (*Silence*). Je pense que vous avez levé la main, hein ? Non ?

Intervenant 13 : Moi ? Je...

Animateur : Oui, oui, oui.

Intervenant 13 : Bon... J'ai, nous au Maroc, on a... Je, je pense que... En Afrique, on a une autre vue de l'obésité. Je vous donne un exemple. Par exemple, par exemple, lorsqu'on a vu le thème d'obésité au quotidien et surpoids, on est venu au stand, à la salle. On a cru qu'on allait, qu'on allait euh apprendre des régimes, des choses euh concrètes c'est comme ça qu'on voit nous, en Afrique, l'obésité et le surpoids. Quelque chose qu'on va, qu'on va apprendre et qu'on va appliquer dans notre travail.

Animateur : Alors euh...

Intervenant 13 : Alors qu'ici...

Animateur : Alors il y a 20 ans on faisait comme vous.

Intervenant 13 : Alors qu'ici... Pardonnez-nous. Alors qu'ici en France ou...

Animateur : En Europe.

Intervenant 13 : Dans le pays développés... Et, et déjà ils ont dépassé ce cap, ils voient euh de traiter l'obésité et le surpoids comme un, un... d'une autre manière que nous. Ils essaient de partager les, les... la vue comme on la voit, les idées comment... J'ai vu qu'il y a autre

chose que nous devons apprendre euh, euh rien que le, le régime, le sport... pour nous c'est du nouveau.

Animateur : Donc il y a 25 ans quand... ou 30 ans quand on a fait nos études. Quand moi j'ai fait mes études, j'ai appris comme vous. Et on s'est rendu compte qu'on avait, euh, beaucoup d'échecs et que en fait, euh, il y a, il y a 25% des obèses qui ont eu des, des sévices dans l'enfance. Euh... on, on se rend compte que l'origine de l'obésité est une origine de comportement et de mal-être de la personne et que pendant longtemps on a fait beaucoup de biomédical et qu'on pensait qu'il n'y avait que l'assiette et l'activité physique. Ça fait partie effectivement de la prise en charge mais ça n'est pas le principal. Vous voyez dans le bien choisir qui arrive c'est : le poids, l'assiette c'est important mais ça va faire partie d'une hygiène de vie du patient qu'il aura définie lui-même. Hein.

Intervenant 13 : Oui.

Animateur : Alors vous voyez déjà c'est bien que vous soyez venu parce que vous allez revenir avec un bagage, euh, un peu différent. Même en France, ça a été un grand changement de paradigme de se dire c'est plus un symptôme, ici vous avez des médecins qui sont dans des centres, qui sont, euh, à la pointe du sujet mais que pour la plupart des médecins et des praticiens de terrain, euh, ils sont encore comme vous, hein, euh... on va donner le régime et ça va aller. De toute façon s'ils sont gros, c'est parce qu'ils mangent trop. Voilà. Alors qu'il y a une dimension psychologique beaucoup plus importante.

Alors il y avait la notion de la prévention aussi qui, qui s'est mise en place, hein, euh... Euh, la prévention de l'obésité, euh, elle existe. Comment vous percevez cette notion de prévention de l'obésité ? A quel moment ça pourrait se faire ?

Intervenant 13 : D'après ma petite expérience, prévenir l'obésité ça commence... dès, dès l'âge, dès les, le début de, de la connaissance de, de l'enfant avec l'entourage. L'alimentation, euh, la façon de, de vivre, la façon de se... de pratiquer le sport. Ce que je veux dire c'est euh dès le début de, de la vie de la personne il faut l'éduquer, il faut le, le... Hein ?

Le sensibiliser (*autre personne qui prend la parole*).

Intervenant 13 : Le sensibiliser de l'obésité.

Animateur : Oui. Alors ce qui était venu aussi hier, euh, dans le, dans le focus group un, c'est que l'étayage en parentalité, l'affirmation des parents dans l'éducation, euh, soit par rapport à leur nourriture, soit par rapport à l'activité physique, aujourd'hui en Europe, l'enfant fait vraiment ce qu'il veut euh... le parent n'est plus toujours celui qui va être le parent parce qu'il sait ce qui est bien ou pas pour l'enfant et que, euh, avec les familles recomposées et, euh, éventuellement les gardes alternées il y avait peut-être un petit peu plus de risque, euh... par faille de parentalité. Hein, donc la parentalité c'est être affirmé en tant que parent auprès de son enfant et je sais ce qui est bon pour mon enfant et j'éduque mon enfant. Donc il y a les soignants éducateurs mais y a aussi les parents éducateurs. Alors je parlais d'entretien prénatal précoce, donc là on est avant la naissance, et de pouvoir donc informer les parents sur leur rôle de parents, euh, dans la prévention aussi.

Intervenant 10 : Intervenant 10, hum, Seine et Marne. Oui et surtout impliquer toute la famille, que ce soit des parents ou même frères et soeurs plus grands, dans cette prise en charge et cette prévention de l'obésité donc qui commence, en effet, soit à l'entretien prénatal ou par exemple dans les tous premiers mois de vie. Bon au début ils sont tous au lait mais, euh, ça commence dès un an, deux ans, euh, avec l'alimentation où en effet suite à des images où là c'est normal un bébé bien gros et mais... c'est fondamental ce qu'on lui introduit, euh, à ce moment-là, c'est-à-dire le... du grignotage ou des produits très sucrés qui commencent maintenant, et puis il faut pas rêver...

Animateur : L'éducation du goût.

Intervenant 10 : L'éducation du goût, tout à fait, et puis d'impliquer les parents quand plus tard ils amènent leurs enfants et, euh... et parfois on le ramène comme un problème. Voilà,

il est gros... Alors, parfois, la mère dit ça mais, euh... elle est en surpoids souvent, parfois elle ne l'est pas. Mais c'est toute la cellule familiale. Elle-même, peut-être, fait attention à, à ce qu'elle mange et est sensibilisée à ça, mais par un travail prenant ou autre n'a pas le temps de cuisiner pour son enfant qui, euh, qui se retrouve seul donc qui mange en attendant ou qui est, euh, en sédentarité devant des écrans parce qu'il n'est pas accompagné, parce qu'il y a une, euh, une, euh... enfin un problème familial de, de cohésion familiale et c'est vraiment d'impliquer toute une famille et c'est maintenant ce qui se fait dans les... prises en charge un peu en, en réseau tout ça parce que, euh, dès le début... enfin voilà la parentalité ce sont les parents qui, qui euh éventuellement vont au restaurant avec les enfants, qui font les courses donc de voir dans quel rayon on se euh, on se dirige, qu'est-ce qu'on peut trouver comme alternative au fait que tous les enfants aiment les pâtes, les frites, essayer de proposer d'autres choses et que ça prend du temps, essayer de...

Animateur : Ca prend du temps...

Intervenant 10 : ... De pas se braquer quand euh à tout âge il y a un moment ils vont refuser tel légume, d'apprendre à reproposez, de, de pas se... de passer du temps, d'essayer de ne pas s'énerver parce qu'après c'est associé à ça : à des repas difficiles, euh... à des, à des jugements quand parfois, euh, monte sur la balance et que la mère dit « ah mais t'es vraiment une grosse vache » enfin, des choses que, que moi j'ai entendues...

Animateur : Entendues...

Intervenant 10 : Et puis donc, euh... c'est, c'est...

Animateur : Ce que nous on appelle aussi les mots assassins.

Intervenant 10 : Oui. Et qui vont se répercuter et qu'on sait que ça c'est... elle en a pris pour trente ans, voire perpet' avec, euh, avec cette représentation, euh, -là.

Animateur : Intervenant 11.

Intervenant 11 : Intervenant 11, Bas Rhin. Je souscris à 100%, euh, à ce que dit Intervenant 10. Et j'ai envie juste d'y rajouter que je me retrouve régulièrement en posture de, de réaffirmer la position des parents comme étant, euh, les, euh, les...

Animateur : Ils ont les rênes, hein.

Intervenant 11 : Ils ont les rênes de cette éducation.

Animateur : Je vois tes mains, donc c'est pour ça.

Intervenant 11 : Et je leur dis mais vous savez vous avez le droit d'éduquer votre enfant comme il vous semble bon de le faire. Je fais des références, euh aux, aux travaux de, de Neil Gilbert, de l'école des parents, voire même au code Napoléon (*rires*) en disant vous êtes les parents c'est vous qui dites à votre enfant...

Animateur : Vous savez ce qui est bon pour votre enfant... Eh oui...

Intervenant 11 : Bon.

Animateur : Tout à fait. Alors, ben on va, euh, le dernier item va forcément parler puisque on a parlé beaucoup d'éducation, on a parlé des temps, on a parlé des familles et donc, l'éducation thérapeutique du patient en soins primaires elle est continue, séquentielle, personnelle et familiale. Est-ce que ça, ça vous semble, euh, donc éducation thérapeutique puisqu'on est dans une maladie chronique, puisqu'on a dit qu'on le considérerait comme une maladie chronique. Est-ce important qu'elle soit en soins primaires dans le premier recours... d'emblée ? Euh, en continu ? Puisqu'on voit qu'y a, qu'y a des cycles. En séquence ? Et personnelle ? Donc centrée sur l'individu mais aussi sur sa famille. Est-ce que ça, ça vous semble une phrase, euh, importante ? Est-ce que ça a de l'écho pour vous ? Est-ce que c'est... (*silence*).

Parce que si, si on met vraiment ça en soins primaires, on n'est plus dans des séquences d'éducation thérapeutique dans des centres, euh... Attendez (en s'adressant à quelqu'un). Ca veut dire qu'on doit pouvoir l'intégrer dans les soins. Enfin, dans les soins... dans l'accès, euh, aux soins primaires et pouvoir affirmer que nous faisons ce travail. (*Silence*).

Oui.

Intervenant 12 : Bah oui.

Animateur : Donc ça, ce sont les items qui étaient sortis. Est-ce que, vous, vous voyez, euh, des choses qui manquent, des messages importants qui seraient à faire passer parce que ça sera en fin de travail soumis à la Haute Autorité de Santé pour qu'on puisse sortir avec le Collège quelque chose qui soit notre travail donc c'est important... Donc, en fait ce, ce travail va être soumis à la Haute Autorité de Santé de manière à produire un document diffusé, bon peut-être pas tout de suite, hein, euh, auprès des, des médecins généralistes et des acteurs de soins primaires comme étant le bien choisir. Bien choisir pour les patients obèses.

Intervenant 13 : Notre message à nous à passer au ministère de la santé de France...

Animateur : Oui.

Intervenant 13 : C'est que... il faut laisser les Africains, il faut, euh, il faut étudier la mentalité des, des...

Animateur : Oui, alors ça rentre nous dans, dans ce que l'on appelle le, le, la personne. Dans la personne, y'aura sa culture.

Intervenant 13 : Oui, voilà.

Animateur : Son ethnique, euh, et, euh, ses ressentis c'est-à-dire, euh, ce qui lui semble bon pour lui. Où est-ce qu'il a du plaisir ? Comment est-ce qu'il se voit ?

Intervenant 13 : Voilà.

Animateur : Donc ça, ça fait partie de tout le, le champ de la personne. Mais oui, euh, on ne peut pas, euh, à mon avis prendre en charge, euh, euh, quelqu'un qui a une culture...

Intervenant 13 : Quelqu'un qui se voit bien.

Animateur : Bah oui. (*Silence*). Oui.

Intervenant 11 : Intervenant 11, du Bas-Rhin. Euh, j'ai envie de rajouter, euh, une, euh, une chose par rapport à cet acteur qu'est la, qu'est la société dans la, dans la discussion entre, entre médecins, euh, et patients obèses. C'est euh c'est que la société elle est, elle est très culpabilisatrice surtout vis-à-vis des femmes.

Animateur : C'était ce qui est ressorti aussi. Ouais.

Intervenant 11 : Et euh, tant qu'on verra euh, euh des, des squelettes, et pas des, pas des femmes en première de couverture de Grazia, y'aura euh... y'aura de gros problèmes d'obésité.

Animateur : Y'aura des dégâts.

Intervenant 11 : Euh, c'est source de souffrance de se comparer à ces, à ces femmes.

Animateur : Parce qu'on a dit, hein, maladie stigmatisée, pression sociale importante euh...

Intervenant 11 : Très importante.

Animateur : Ouais.

Intervenant 11 : Et ça ne fait qu'aggraver l'obésité.

Animateur : Très bien.

Intervenant 10 : Intervenant 10. Du fait de troubles alimentaires qui peuvent apparaître dès l'adolescence parce que justement via maintenant les réseaux sociaux, on parlait avant de couverture de magazine, mais surtout les réseaux sociaux et des modes qui apparaissent là de... par exemple d'avoir carrément un creux euh entre les cuisses enfin le « tight gap ». Des, des modes comme ça...

Animateur : Des fenêtres...

Intervenant 10 : Des objectifs que se fixent sous forme de jeu, en fait, d'adolescentes, de paris mais qui faut mais bon pour ça bah c'est par exemple de faire euh tout d'un coup un régime très restrictif, des troubles alimentaires et puis qui peuvent conduire après à euh, à une obésité aussi parce que c'est, ça déstructure le euh la conduite alimentaire et euh...

Animateur : Effectivement hier...

Intervenant 10 : ... et psychologique.

Animateur : ... La période de l'adolescence a été, euh, pas mise de côté mais, mais comme

une période effectivement, euh, où, euh, le futur adulte, euh, peut être partie prenante, euh... pas comme l'enfant, hein, euh, il peut être partie prenante dans son soin et où, toutefois, il subit des pressions, euh, familiales et extérieures, euh, plus importantes, hein. Et j'entends bien ce que vous dites sur les réseaux sociaux et que il n'y a pas que la presse, il n'y a pas que ce qui est vu sur les affiches, mais aujourd'hui peut-être que ça rentre plus dans leur intimité encore avec ces vecteurs-là.

Intervenant 10 : Et de façon permanente. Ca n'est pas comme...

Animateur : Pas ponctuel.

Intervenant 10 : ... Pas comme à notre époque. A l'époque, bon, le temps déjà du collège, qui est un gros temps, mais le soir éventuellement jusqu'à 23 heures et la nuit parce que c'est à la maison, c'est... dans la chambre.

Animateur : Ca peut être obsédant.

Intervenant 10 : Tout le monde met ses photos plus belles les unes que les autres euh qui ne ressemblent pas à la réalité. Et donc euh... Je sais plus ce qui se dit que 95 ou 100% des, des adolescents ont l'impression que la vie des autres est meilleure que la leur parce que via ce profil Facebook ou autre tout semble rose et personne n'a de problème.

Animateur : Alors, on a mis, euh, effectivement ici les, les, les messages principaux qui étaient cohérents, mais il y avait aussi que, en terme de formation initiale et de formation continue des médecins, de pouvoir avoir une formation, euh, à la maladie obésité chronique, euh, avec tout son champ de représentations et son sens sociétal qui évolue, euh, qui est, euh, le regard des autres sur le corps et sur mon image, et le culte de l'image, hein. Et ça, euh, c'est aussi une évolution de notre société.

Intervenant 14 : Intervenant 14, du Maroc. Il faut pas négliger le rôle, euh, des médias.

Animateur : Ah non (*Rires*). Non, non. Loin de là.

Intervenant 14 : Parce que il y a, il y a certains qui culpabilisent, les médias. Regardez comment ils affichent les plaques de publicité, comment ils... Et aussi les stars, comment ils... donc, euh, toute, toute la société elle est focalisée sur ces images-là. On est tous, euh, surpris par beaucoup de médias, soit à la télé, soit des posters. Donc euh... le rôle des médias euh les, les malades, je parle du côté des malades, les obèses eux ils se sentent agressés par ces... par le rôle des médias.

Animateur : Oui. Et, et les jeunes personnes aujourd'hui, euh, via leurs smartphones et ces réseaux sociaux, ils ont en permanence avec eux et à leurs yeux, euh, des images qui sont en plus retravaillées, c'est-à-dire ce ne sont pas des images réelles, hein, elles ont été retravaillées par des correcteurs d'image... en plus... (*rires*). Et, et donc, euh, un impact qui n'est pas uniquement ponctuel à certains endroits. Et puis il y a l'histoire de la mondialisation aussi.

Intervenant 11 : Intervenant 11, du Bas Rhin. Pour rebondir sur ce que disait Intervenant 10, cette activité, euh, de, de, de réseau social, eh bien ça, euh, ça les fixe face à un écran, ça leur réduit leur temps de sommeil. Euh, mais, mais c'est...

Animateur : Ca dérègle tout.

Intervenant 11 : C'est un chemin direct vers, vers l'obésité. Euh, tout en cherchant à montrer la meilleure image.

Animateur : Oui, on vous montre une image qui n'est pas la bonne qui va donner l'effet inverse.

Intervenant 11 : Tout à fait.

Animateur : Voilà. Donc, ça, peut-être que ce sont des messages éducatifs dans, dans le champ de l'éducation thérapeutique, qui vont être des messages forts qui pourront être mis... Alors, comme on est plutôt dans le bien choisir plutôt que le « ne pas faire », le bien choisir serait que, euh, peut-être les jeunes accèdent le plus tard possible, euh, aux tablettes et aux, euh, aux choses sur écran.

Intervenant 10 : Et le rôle central des parents... Intervenant 10. Parce que, on ne peut pas

empêcher non plus ces nouvelles technologies et ces... mais...

Animateur : Avec des règles.

Intervenant 10 : ... Mais qu'il y ait toujours cette cellule familiale qui permet de discuter de ça, et que quand l'enfant... d'être à l'écoute, avec un dialogue avec le jeune qui, lorsqu'on... qui exprime une souffrance ou quelque chose, les parents peuvent un peu relativiser et, euh, et, euh, apporter ce, ce recadrage pour pas que, parce que, euh, le jeune qui est en quête d'identité, qui veut...

Animateur : Donc, si je vous entends bien.

Intervenant 10 : ... Qui n'a pas les ressources...

Animateur : Cette famille elle est aussi bienveillante.

Intervenant 10 : Voilà.

Animateur : Et hier ils s'étaient posés la question de savoir : la famille, où est-ce qu'on la plaçait ? Le proche du patient, proche du soignant, aidante, non-aidante. Et finalement, ils ont décidé, la famille, de la laisser comme une entité, euh, telle quelle. Elle était, ou bienveillante ou non, mais c'était quelque chose qui était un élément important à prendre en considération dans l'accompagnement du patient obèse à tout moment. Famille, entourage, couple, euh, enfin la famille au sens large on va dire. Donc les collègues aussi, hein, c'est... Les collègues de travail, par exemple.

Bien.

Intervenant 10 : La famille aura toujours une influence. Intervenant 10. Donc il faut vraiment l'inclure comme euh pour qu'elle soit notre partenaire parce que, comme je le disais tout à l'heure, elle peut être le pire des ennemis. Mais en tout cas il y aura une influence. L'enfant...

Animateur : Elle existe.

Intervenant 10 : Voilà, elle existe.

Animateur : C'est pour ça qu'ils avaient décidé de la laisser, non pas rattachée à quelque chose, mais comme une entité bien visible.

Intervenant 10 : Oui mais l'impliquer. C'est-à-dire ne pas la laisser de côté, bon...

Animateur : Si on peut.

Intervenant 10 : ... Bon, sauf si tout est bien de toute façon l'impliquer. Mais, euh, le jeune a des répercussions énormes de, de... enfin, l'entourage familial. Donc quand c'est un peu délétère, il faut essayer de faire, euh, pour que ça s'harmonise et que ça devienne bien. Bon, quand c'est bien, tant mieux !

Animateur : Ca veut dire que les programmes d'éducation thérapeutique du patient en soins primaires et continu, séquentiel, personnel et familial, on, on a bien raison donc de rajouter : « et la famille ».

Intervenant 10 : Oui. Et ça déculpabilise le jeune, et ça rapproche la famille.

Animateur : Pour un jeune.

Intervenant 10 : Oui. Pour euh...

Animateur : Alors, on a eu des retours d'expérience hier, qui disaient, euh, il y a quand même des patients qui ne veulent absolument pas impliquer leur famille.

Intervenant 12 : Ca dépend de leurs liens qu'ils ont avec eux aussi.

Animateur : Mais pourquoi ? Peut-être la question est de se poser : comment se fait-il qu'ils ne veulent pas intégrer leur famille ? Et non pas dire : Bon, bah, on veut pas, on la laisse de côté.

Intervenant 12 : C'est ça.

Animateur : Donc de continuer à se dire : il ne veut pas mais pourquoi ?

Intervenant 10 : Oui.

Animateur : Donc quand même se poser la question et ne pas la laisser de côté, hein, c'est ce que vous me dites.

Intervenant 10 : L'obésité, Intervenant 10, est parfois un, une occasion de vraiment régler beaucoup de choses.

Animateur : On est dans l'opportunité de nouveau.

Intervenant 10 : Voilà. Parce que, par exemple, quand des parents nous disent « voilà faites le... mon problème, je vous l'amène, il est trop gros, faites-le perdre du poids ». Mais quand on prend le temps et de, par exemple, proposer, promouvoir l'activité physique, c'est pas forcément de l'inscrire à un cours de judo où il veut pas et... c'est une contrainte, et « tu vas aller te, euh... en plein hiver au lieu de traîner, faire ton ordi, faire ça ». De voir qu'est-ce que vous pourriez faire le week-end ensemble et d'inventer, bah, par exemple, pourquoi pas aller faire une promenade ensemble ou aller au marché ensemble ou, euh, faire du vélo, enfin impliquer. Et parfois les, les familles se sentent ressoudées alors qu'ils ne voient pas ça comme une prescription.

Animateur : Que ce ne soit plus des individus les uns à côté des autres, mais qui retissent les liens.

Intervenant 10 : Voilà, voilà. Tout le monde s'investit et, euh, et tout le monde fait partenaire ensemble pour, euh... mais qui n'apporte, pour l'objectif, n'est pas tellement finalement après l'obésité. Ça refait une cohésion familiale et euh, et ça règle parfois beaucoup de choses au niveau de, de dialogues, de rapprochements entre, entre les personnes.

Intervenant 11 : Intervenant 11, Bas Rhin. Cette, cette famille qui euh pourrait effectivement se promener euh ensemble ou sortir à vélo ensemble et puis aller faire le marché à plusieurs pour, euh, pour discuter de l'alimentation. On se rend souvent compte en consultation que, euh, en dehors même des problèmes de structure familiale parce que séparation, recomposition, même les repas sont déstructurés. Euh et ce temps familial du, du repas...

Animateur : Le partage.

Intervenant 11 : ... partagé. Euh on peut éventuellement faire la cuisine ensemble et puis apprendre aux enfants à utiliser certains légumes, du poisson etc. Euh ça n'existe dans beaucoup de familles plus du tout et euh cette alimentation rapide, individuelle, éventuellement.

Animateur : Toute faite, industrielle.

Intervenant 11 : Eventuellement devant un écran euh... En dehors de sa composition elle-même qui peut être néfaste euh on se rend compte également qu'il n'y a plus du tout euh cette, cette culture euh et du bouger ensemble, du parler ensemble, de s'écouter les uns les autres et de, et d'avoir du plaisir à partager le repas.

Animateur : Alors, le mot convivial pourrait peut-être être à rajouter dans nos mots-clés.

Intervenant 10 : Oui.

Animateur : Parce que la convivialité, c'est ça, c'est échanger et partager autour du partage de repas. Convivial, c'est pas seulement s'accueillir. C'est, c'est vraiment dans sa définition, euh, du Littré, c'est en partageant le repas. Et, euh, et vous voyez dans, dans la culture qui se délite, euh, et que l'on perd, euh, on perd ses marques. Hein, la perte de repères.

Intervenant 10 : Intervenant 10. Pour beaucoup de personnes, surtout souffrant d'obésité, la nourriture c'est l'enfer alors que justement, euh... moi, enfin quand je leur parle et tout, je dis faut que la nourriture reste ou redevienne un plaisir. Et parfois, dès l'enfance aussi, parce que le parent est gros, est en surpoids, obésité, c'est... il apprend dès le début cette image néfaste de l'aliment et ça s'ancre comme ça, euh, dans la tête de l'enfant ou, après, de l'adulte où c'est vu comme quelque chose, même finalement, euh, un aliment à faible composante énergétique. Mais en tout cas, manger c'est tout de suite relié à une aire du cerveau : attention, danger, c'est mon ennemi. Et puis pour d'autres, on voit que, bon, y a pas ce problème, ou pour d'autres, c'est un plaisir, vraiment bon vivant mais en tout cas, euh, quel que soit le... obèse ou pas, il faut que manger reste un plaisir, mais bon avec...

Animateur : C'est pour ça qu'était effectivement, euh, dans la dimension psychologique du patient de savoir où était son plaisir et qu'il continue à avoir du plaisir.

Intervenant 10 : Voilà.

Animateur : Plutôt que d'envoyer des mots interdits.

Intervenant 10 : Oui.

Animateur : Ne pas faire. C'est pour ça qu'on voulait changer le, la plaquette de la HAS qui était, euh, « il faut pas, faut pas, faut pas, faut pas ». Qui était vécu déjà pour les médecins sur une quantité d'interdits, ce qui n'est pas des messages très faciles à faire passer, mais : à quoi avez-vous plaisir ? Euh... Avez-vous plaisir à quelque chose ? Et de pouvoir se fonder sur ce qui fait plaisir à la personne avant d'aller lui enlever, euh, ce qui lui plait. (*Silence*). Bien. Bah, écoutez, euh, je suis très contente d'avoir fait votre connaissance et qu'on ait pu discuter, euh... de renforcer certains messages, d'entendre d'autres d'expériences aussi.

AUTEUR : Nom : PLATTEY

Prénom : Julie

Date de Soutenance : 31 Janvier 2017

Titre de la Thèse : Analyse de trajectoires des patients obèses ou à risque d'obésité par des professionnels de premier recours en vue d'un bien choisir.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés: Obésité; Surpoids; Parcours de soins; Soins primaires; Médecine générale

Résumé

Contexte : l'obésité est une maladie chronique et un problème mondial de santé publique. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2011 une fiche de neuf items à ne pas faire dans la prise en charge de l'obésité et du surpoids de l'adulte en soins primaires. Le travail ici réalisé en collaboration avec le Collège de la Médecine Générale a pour objectif principal d'établir un bien choisir organisationnel concernant le parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité en soins primaires.

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative utilisant la théorisation ancrée. Deux focus groups ont été réalisés durant le Congrès de Médecine Générale 2016. Le premier focus group était un focus group fermé, formé de professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de patients obèses ou en surpoids. Le second focus group était un focus group ouvert, constitué de professionnels de santé de soins primaires exerçant en France ou à l'étranger.

Résultats : sept leviers sont ressortis lors de l'analyse des entretiens collectifs : la prise en charge du surpoids et de l'obésité doit être holistique, centrée sur la personne et son histoire, inclure la famille et la psychologie du patient. L'accompagnement doit être fait avec une équipe pluri-professionnelle. Le temps est une notion qui est revenue à de nombreuses reprises : le suivi doit être sur le long cours et il existe des temps clés pour évoquer cette maladie avec les patients. La communication apparaît également comme un levier primordial : les équipes doivent utiliser un langage commun. La notion d'entretien et de confiance avec les patients est également ressortie. La société a un rôle important dans la perception de l'obésité, les médias ont très souvent un rôle culpabilisateur envers les personnes en obésité et surpoids. L'aspect financier pourrait être également un levier dans la prise en charge de cette maladie. Enfin, un dernier paragraphe a été ajouté concernant les regards croisés recueillis lors du second focus group. Il réfère à l'avis des médecins francophones exerçant au Maghreb.

Conclusion : nous avons établi un bien choisir organisationnel avec des leviers qui pourraient permettre une amélioration du parcours de soins du patient obèse ou à risque d'obésité en soins primaires en France. Pour aller encore plus loin dans la réflexion il faudrait le soumettre à un groupe de patients experts qui validerait ou non ces propositions ou l'expérimenter avec des patients traceurs.

Composition du Jury :

Président : Pr Monique Romon

Assesseurs : Pr Philippe Cornet ; Dr Emmanuel Chazard ; Dr Marc Bayen ; Dr Fabienne Billiaert