

Du surpoids à l'obésité morbide :
une stratégie collective, globale et innovante pour éviter le recours
à la chirurgie bariatrique.

Responsable d'atelier : Pascale Chaput

Diplôme de manager d'organismes à vocation sociale et culturelle
CNAM / CESTES / PARIS

J'atteste avoir lu les chartes anti-plagiat communiquées par le Cestes/Cnam, d'être conscient que le plagiat constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je soussigné Stéphane Nicolai déclare sur l'honneur être personnellement l'auteur du mémoire intitulé « Les stratégies de lutte contre l'obésité. Un projet collectif, global et innovant pour éviter le recours à la chirurgie bariatrique. » réalisé dans le cadre de la formation de Manager d'organismes à vocation sociale et culturelle et de ne pas avoir eu recours au plagiat pour le rédiger.

Je tiens à adresser mes sincères remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire :

- l'ensemble des personnes qui ont témoigné, en entretien ou sur les réseaux sociaux,
- Pascale Chaput, pour sa pertinence, son investissement et sa patience,
- mes collègues de l'atelier mémoire, avec qui j'ai pu avoir des échanges riches, tant personnels que didactiques : Cécile, Hélène, Julie et Marielle,
- l'équipe des salariés et des bénévoles de la 20ème Chaise, pour avoir su s'adapter à mes absences et pour leur soutien dans des moments parfois difficiles,
- Sonia et Steve pour leur relecture éclairée.

Plan détaillé

Introduction	9
1ère partie : Etat des lieux de l'obésité en France	13
1.1 L'obésité en France	15
1.1.1. Qu'est-ce que l'obésité ?	15
1.1.2. L'obésité en France	16
1.1.3. L'impact de l'obésité sur la santé	17
1.1.4. Les personnes concernées	18
1.1.5. Le coût de l'obésité	20
1.2 Les causes de l'obésité	21
1.2.1. Les facteurs physiologiques	21
1.2.2. L'environnement et le comportement	23
1.2.3. L'industrie agroalimentaire	25
1.3 Les prises en charge existantes	26
1.3.1. L'accompagnement médical et paramédical	28
1.3.2. Les « auto-régimes »	30
1.3.3. Les sociétés commerciales	32
1.3.4. Les compléments alimentaires	33
1.3.5. Les opérations bariatriques	35
1.3.6. Les méthodes alternatives	38
1.3.7. La dépense énergétique	39
2ème partie : Les trajectoires de vie des personnes en obésité	41
2.1 Présentation de la méthode	43
2.1.1. Présentation des personnes interrogées	45
2.1.2. Fonctionnement du groupe Facebook	46
2.1.3. La récolte de données du groupe Facebook	49
2.2 Les faits menant à la prise de poids	50
2.2.1. Le miroir sociétal	50

2.2.2.	L'environnement familial à l'enfance	51
2.2.3.	Les accidents de la vie.....	53
2.2.4.	L'environnement familial à l'âge adulte	55
2.2.5.	Le mode de vie	56
2.3	Les stratégies de perte de poids	58
2.3.1.	Les différents régimes	59
2.3.2.	Les causes d'échec	61
2.3.2.1.	La frustration	61
2.3.2.2.	L'environnement	62
2.3.2.3.	La santé	63
2.3.2.4.	Les professionnels de santé	64
2.3.2.5.	Les aspects financiers	66
2.3.2.6.	Le sport et l'activité physique	67
2.4	La prise de conscience	68
2.4.1.	Les causes personnelles	68
2.4.1.1.	L'image de soi	69
2.4.1.2.	La santé	70
2.4.1.3.	Les causes psychologiques	71
2.4.1.4.	La vie quotidienne	72
2.4.2.	Les causes sociales	73
2.4.2.1.	La sphère familiale	74
2.4.2.2.	La sphère professionnelle	76
2.4.2.3.	La sphère publique	77
3ème partie : Un projet collectif, global et innovant		81
3.1	Agir sur les causes en évitant les écueils	83
3.1.1.	Agir sur les causes	83
3.1.1.1.	L'identification des causes et la modification des comportements pathologiques	84
3.1.1.2.	Les connaissances théoriques	85
3.1.1.3.	L'importance de la pratique	87
3.1.1.4.	Le soutien et les groupes de parole	89
3.1.1.5.	La construction de sa stratégie	90

3.1.1.6.	L'accompagnement au changement	91
3.1.2.	Eviter les écueils	93
3.1.2.1.	La frustration	93
3.1.2.2.	L'environnement	94
3.1.2.3.	La santé	94
3.1.2.4.	Les professionnels de santé	94
3.1.2.5.	Les aspects financiers	95
3.1.2.6.	Le sport et l'activité physique	96
3.2	Un projet d'économie sociale et solidaire	97
3.2.1.	Un projet collectif, global et innovant	98
3.2.1.1.	Le suivi individuel	98
3.2.1.2.	Les ateliers collectifs.....	99
3.2.1.3.	La convivialité, le lien social et l'activité physique	101
3.2.1.4.	Les aspects pratiques	102
3.2.1.5.	L'aspect financier et l'engagement	102
3.2.2.	Aspects techniques de la structure	103
3.2.2.1.	Le choix du statut juridique	103
3.2.2.2.	Le modèle économique	106
3.2.2.3.	Le partenariat	108
3.2.2.4.	La communication	109
3.2.2.5.	Le positionnement	110
	Conclusion	111
	Bibliographie	113
	Annexes	117
	Annexe I – Grille d'entretien	119
	Annexe II – Entretien avec Sonia	121
	Annexe III – Entretien avec Martine	129
	Annexe IV – Calcul du budget prévisionnel de fonctionnement de la SCIC.....	149
	Annexe V – Exemple de planning des ateliers de pratique	151
	Résumé	152

Introduction

Lors de l'écriture de ma notice de parcours, deux fils conducteurs sont clairement apparus : les synergies entre diverses disciplines, notamment en sciences humaines, et la problématique du surpoids et de l'obésité, ayant été, tout au long de ma vie, confronté à ce fléau.

J'ai découvert assez tôt que différentes disciplines peuvent être complémentaires et apporter des points de vue, voire des réponses différentes. Objecteur de conscience, puis emploi jeune à l'Université de Provence, j'accompagnais notamment les étudiants handicapés afin de réaliser des prises de notes de leurs cours. J'ai ainsi pu appréhender les programmes de psychologie et de sociologie, entre autres disciplines, jusqu'en licence. J'ai ainsi commencé à comprendre que chacun de ces domaines disposait de son propre paradigme et que, pour une même question, il existait des approches différentes mais complémentaires.

Plus tard, dans mon parcours professionnel, j'ai intégré une équipe de travailleurs sociaux pluridisciplinaire. Là encore, je me suis confronté à diverses modalités. Ainsi, une personne ayant une problématique identifiée recevait une réponse différente selon qu'elle était reçue par un assistant de service social, un éducateur spécialisé ou un conseiller en économie sociale et familiale.

Or, pourquoi ne pas mettre en synergie l'ensemble de ces réponses afin que la problématique de la personne soit traitée de façon définitive, en prenant en compte tous ses aspects ?

Enfin, et depuis presque 20 ans, j'évolue dans le milieu de l'éducation populaire et des centres sociaux. Ce type de structure prend en compte l'individu, certes, mais agit essentiellement sur le collectif, et permet à chacun de devenir acteur de son environnement et de son parcours, d'identifier et d'activer des leviers en se confrontant, notamment, aux savoirs et aux expériences d'autres habitants. Les animateurs interviennent uniquement dans « l'orchestration », en créant les conditions favorables à la mise en œuvre de ces processus.

C'est d'ailleurs dans les centres sociaux que j'ai commencé à prendre du poids de façon exponentielle : les repas favorisent les liens sociaux et les échanges, qu'ils soient culturels, sociaux ou éducatifs. C'est un support que j'ai largement utilisé dans mon cadre professionnel mais qui a commencé à avoir un impact en inter-agissant avec d'autres processus, et m'a

doucement amené sur le chemin de l'obésité. J'ai alors tenté, de manière successive, diverses prises en charges (médicales, psychologiques...) qui, si elles m'ont apportés (parfois) des résultats significatifs à court terme, ont souvent contribué à la prise de poids sur le long terme. Au bout de ce parcours j'accusais un excès de poids d'environ 50 kilos. Mon corps donnant des signaux d'alerte inquiétants, j'ai dû me résoudre à subir l'opération de la « dernière chance » : une opération bariatrique, appelée sleeve-gastrectomie. Il s'agit de l'ablation de la majeure partie de l'estomac, permettant ainsi une perte de poids rapide, et offrant au patient (moi en l'occurrence) une seconde chance en « remettant les compteurs à zéro ». Cette opération, considérée comme lourde, n'est cependant pas une opération miracle : si la perte de poids est réelle (j'ai effectivement perdu mes 50 kilos en trop), elle n'apporte pas une réponse définitive. Si la personne n'a pas identifié les causes de son surpoids, si elle ne modifie pas son comportement alimentaire, elle reprendra le même chemin, l'estomac ayant la capacité de se dilater au fur et à mesure.

L'obésité a le mérite de faire consensus : que l'on soit issu du milieu médical, politique, associatif, journalistique, industriel mais aussi tout simplement parce que nous mangeons tous les jours, nous sommes tous concernés par cette problématique au croisement de l'alimentation et de la santé.

Mais qu'est ce que l'obésité ? Selon L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), « l'obésité correspond à un excès de masse grasse qui entraîne des inconvénients pour la santé et réduit l'espérance de vie »¹. Pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), il s'agit également « d'une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé »². De même, de nombreux organismes proposent leur définition de l'obésité. Elles se centrent toutes sur la santé.

Or, qu'est ce que la santé ? Toujours d'après l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et sociétal, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³.

Si l'on s'en tient à ces deux définitions, la lutte contre l'obésité est-elle simplement une affaire médicale ? Les sciences humaines, que ce soit la psychologie, la sociologie, voire d'autres disciplines, n'ont-elles pas un rôle à jouer dans ce combat ?

1 <https://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/obesite>, page consultée le 23 octobre 2017

2 <http://www.who.int/topics/obesity/fr/>, page consultée le 23 octobre 2017

3 <http://www.who.int/about/mission/fr/>, page consultée le 23 octobre 2017

De même, arrêtons nous sur l'adjectif sociétal. Qu'est ce que la société ? Cette notion est difficile à définir. En effet, on ne parle pas de société mais de sociétés au pluriel : société moderne, société traditionnelle, société industrielle, société de consommation... Larousse propose cependant une définition simple de l'adjectif sociétal : « qui se rapporte aux divers aspects de la vie sociale des individus, en ce qu'ils constituent une société organisée ». Ainsi, une société, quelque soit l'adjectif qu'on y accole, ne peut s'appréhender sans connaître les individus qui la composent. La dimension individuelle est donc incontournable quand on parle de société.

Ainsi, la lutte contre l'obésité est au carrefour de plusieurs aspects essentiels :

- l'intérêt individuel, puisque l'obésité concerne avant tout une personne,
- l'intérêt collectif puisqu'elle intéresse aussi bien l'Etat, les professionnels (de santé ou autres) et les individus,
- l'approche globale, en ce sens qu'elle intéresse à la fois le médical mais également les sciences humaines.

Existe-t-il des méthodes, des concepts, des initiatives qui prennent en compte l'ensemble de ces données ? S'il n'en existe pas, quelle réponse pourrait-on construire ?

Je me suis interrogé sur les causes du surpoids et de l'obésité. J'identifiais, de façon intuitive, qu'il en existait de nombreuses. Mais est-ce vraiment le cas ? Et s'il existe plusieurs causes, il doit également exister plusieurs réponses. Ces réponses fonctionnent-elles ? Sinon, pour quelles raisons ? Ne pourrait-on pas mettre en synergie toutes ces réponses afin qu'elles soient plus efficaces, évitant ainsi « l'opération de la dernière chance » ? Et si oui, de quelle manière ?

Ma question de départ est donc est la suivante : **quelles sont les causes du surpoids et de l'obésité et comment éviter le recours à la chirurgie bariatrique ?**

Pour cela, j'ai d'abord cherché à contextualiser l'obésité en France, afin d'identifier ses causes et de recenser les réponses qui sont actuellement apportées à cette pandémie. Cela m'a permis

de construire mon hypothèse de départ : chaque méthode, chaque régime, prend en compte une seule des problématiques liées au surpoids alors que les causes sont multifactorielles. Or, pour traiter une maladie ayant des causes multifactorielles, il faut traiter l'ensemble des problématiques de façon systémique.

Afin de vérifier cette hypothèse, j'ai donc cherché à comprendre le parcours des personnes ayant subi une opération bariatrique : pourquoi ont-elles pris du poids, quelles stratégies ont-elles mis en place afin d'y remédier et pourquoi ces stratégies ont échoué. Pour cela, j'ai réalisé cinq entretiens avec des personnes qui, suite aux échecs de leurs tentatives de perte de poids, se sont tournées vers une prise en charge chirurgicale. J'ai également observé les échanges entre des personnes présentant les mêmes caractéristiques sur un réseau social, ce qui m'a permis de compléter mon corpus⁴.

Enfin, la dernière partie de ce mémoire présente un projet permettant de mettre en place un accompagnement collectif, global et innovant des personnes en surpoids et en obésité. Ce projet a été construit grâce à mon savoir expérientiel, aux résultats de mon enquête, mais également grâce à des apports théoriques dans le champ psychosociologique. Il a pour but de mettre en synergie plusieurs modalités afin de prendre en compte tous les aspects d'un individu en évitant les écueils identifiés. Je développe ensuite les modalités techniques du développement de ce projet qui relève de l'économie sociale et solidaire.

4 Les prénoms de l'ensemble des personnes a été modifié afin de respecter leur anonymat.

1.1 L'obésité en France

- 1.1.1. Qu'est ce que l'obésité ?
- 1.1.2. L'obésité en France
- 1.1.3. L'impact de l'obésité sur la santé
- 1.1.4. Les personnes concernées
- 1.1.5. Le coût de l'obésité

1.2 Les causes de l'obésité

- 1.2.1. Les facteurs physiologiques
- 1.2.2. L'environnement et le comportement
- 1.2.3. L'industrie agroalimentaire

1.3 Les prises en charge existantes

- 1.3.1. L'accompagnement médical et paramédical
- 1.3.2. Les « auto-régimes »
- 1.3.3. Les sociétés commerciales
- 1.3.4. Les compléments alimentaires
- 1.3.5. Les opérations bariatriques
- 1.3.6. Les méthodes alternatives
- 1.3.7. La dépense énergétique

1.1 L'obésité en France

1.1.1 Qu'est ce que l'obésité ?

Il convient avant tout de circonscrire l'obésité. Si la définition de l'OMS⁵ est claire, elle ne donne cependant pas de critères chiffrés permettant de définir si une personne est en surpoids ou en obésité. De même, il convient de définir à quel moment une personne est en obésité modérée ou en obésité morbide. A cet effet, l'indicateur utilisé de façon internationale est l'IMC (indice de masse corporelle), qui se calcule de la façon suivante : poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres). Ainsi, une personne mesurant 1m78 pour un poids de 70kg aura un IMC de 22,09. L'OMS propose la grille d'évaluation suivante :

IMC	Classification de l'OMS
Moins de 16,5	Dénutrition
Entre 16,5 et 18,5	Maigreur
Entre 18,5 et 25	Valeurs de référence
Entre 25 et 30	Surpoids
Entre 30 et 35	Obésité modérée
Entre 35 et 40	Obésité sévère
Au-delà de 40	Obésité morbide ou massive

Cette grille est cependant à utiliser avec précaution : en effet, l'IMC a un effet trompeur pour plusieurs catégories de personnes. Ainsi, les sportifs de haut niveau (ou toute personne ayant une masse musculaire très développée), ainsi que les femmes enceintes, par exemple, peuvent avoir un IMC élevé sans pour autant être en situation d'obésité. Afin de pouvoir affiner cette première lecture, il convient donc d'utiliser une deuxième grille de lecture qui donnée par le tour de taille. Selon l'INSERM⁶, on parle d'obésité abdominale lorsque le tour de taille est supérieur à 100cm chez l'homme et à 88cm chez la femme.

5 Organisation Mondiale de la Santé

6 Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

1.1.2 L'obésité en France

Si l'on considère l'obésité selon les critères définis ci-dessus, combien de personnes sont-elles concernées en France ? Les chiffres sont-ils croissants ou décroissants ?

L'ensemble des données utilisées ici sont issues de l'enquête Obépi⁷, qui est la plus complète à ce jour et qui permet de croiser des données issues d'un échantillon représentatif de plus de 25 000 personnes âgées de 18 ans et plus, depuis 1997. Les données recueillies sont donc considérées comme une source unique de part sa méthodologie et son suivi « au long cours ».

Il nous faut, à mon sens, considérer trois populations : les personnes en situation d'obésité selon le calcul de l'IMC, les personnes présentant un risque de santé selon le calcul du tour de taille mais également les personnes en surpoids selon le calcul de l'IMC. En effet, chaque individu obèse est passé par une phase de surpoids : on peut donc considérer que les personnes en surpoids ont plus de chance de développer par la suite une obésité.

En 2012, 15 % des français présentent une obésité (donc un IMC supérieur à 30), soit plus de 6 922 000 individus. A la même date, plus de 32 % des français sont en surpoids (donc un IMC compris entre 25 et 30), soit 14 807 000 individus.

Si l'on considère les chiffres relatifs au tour de taille, ils sont encore plus impressionnants : 52,3 % des hommes et 67,6 % des femmes sont au-delà des seuils identifiés comme étant un facteur de risque pour la santé.

Ces chiffres vertigineux montrent que la lutte contre l'obésité concerne la majorité des français.

Mais ces chiffres sont-ils en évolution ? Y a-t-il plus ou moins de personnes concernées au fur et à mesure des années ? Le tableau ci-dessus apporte un premier élément de réponse.

7 L'enquête ObEpi est réalisée tous les trois ans depuis 1997. Cette enquête est reconnue de façon internationale pour le sérieux de sa méthodologie (qui est constante depuis 1997) et la valeur de son échantillon. Conduite sous l'autorité d'un comité scientifique indépendant, l'enquête 2012 a été réalisée en collaboration avec l'INSERM, le laboratoire Roche, l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et Kandar Health qui est une société spécialisée dans le conseil et l'analyse marketing au service du secteur pharmaceutique et médical.

Date de l'enquête ObEpi	% de français en surpoids	% de français en obésité
1997	30	8
2000	31	10
2003	32	12
2006	31	13
2009	32	15
2012	32	15

On s'aperçoit donc que la proportion des français en surpoids reste relativement stable. La proportion de français souffrant d'obésité augmente de façon régulière, même si on constate un ralentissement significatif de sa progression entre 2009 et 2012. S'il est encore trop tôt pour savoir si ce ralentissement est confirmé, voire si la courbe s'inverse, on peut toutefois rapporter ces proportions à la croissance démographique de la population française. Puisque la population française a crû de 1 386 361 individus entre 2012 et 2016⁸, on peut donc estimer que depuis 2012, en supposant que les proportions sont les mêmes, 208 000 individus supplémentaires sont obèses et 444 000 individus supplémentaires sont en surpoids.

Ainsi, la proportion d'individus concernés par le surpoids en France reste à peu près stable depuis 2003. Sur la même période, la part d'individus en situation d'obésité a progressé régulièrement, même si on note un ralentissement de cette progression entre 2009 et 2012. Le nombre d'individus en surpoids ou en obésité n'a lui cessé de croître : en 2016, plus de 21 millions de français sont en surpoids et près de 10 millions sont en situation d'obésité.

1.1.3 L'impact de l'obésité sur la santé

Il faut maintenant définir quels sont les risques de l'obésité pour la santé. En effet, on parle d'obésité morbide à partir d'un IMC supérieur à 40. Cependant, le surpoids et les obésités modérées et sévères sont propices au développement d'autres affections de santé. Quelles sont-elles et que représentent-elles ?

Elles sont malheureusement légion. L'HAS⁹ établit une relation causale entre l'obésité et :

⁸ Selon l'INSEE

⁹ Haute Autorité de Santé

- certains cancers : œsophage, pancréas, colo-rectal, sein, endomètre et rein,
- des maladies cardio-vasculaires : cardiopathie coronarienne, HTA, AVC, insuffisance cardiaque congestive,
- des complications cutanées : mycoses, macération des plis,
- des complications ostéo-articulaires : augmentation du risque de survenue d'une arthrose de la hanche, augmentation du risque d'implantation d'une prothèse articulaire,
- la dépression,
- l'apparition de diabète de type 2,
- la fécondité/fertilité : les femmes ayant un IMC supérieur à 29 mettent plus longtemps pour concevoir, augmentation des fausses couches, diminution du nombre de spermatozoïdes chez les hommes, augmentation de la mortalité foetale et de la mortalité infantile,
- des anomalies foetales : anomalies de fermeture du tube neural, hydrocéphalie, fente labio-palatine, anomalies cardio-vasculaires, malformation cardiaque,
- hépatopathie métabolique : augmentation de la prévalence des lésions histologiques de stéato-hépatique non alcoolique et des lésions histologiques, atteinte hépatique,
- lithiase vésiculaire,
- maladie rénale,
- reflux gastro-oesophagien,
- maladies respiratoires : asthme, troubles respiratoires du sommeil (apnée, hypopnée),
- incontinence urinaire.

Ainsi, l'obésité n'est pas seulement un problème en soi : c'est un terrain propice au développement de nombreuses autres affections.

1.1.4 Les personnes concernées

Il convient également de déterminer qui sont les personnes touchées par l'obésité et le surpoids. Y a-t-il des populations sujettes au surpoids ? La réponse est plus compliquée qu'il n'y paraît et doit être abordée par plusieurs biais.

L'obésité touche tout le monde, sans distinction d'âge, de sexe, de milieu social. Cependant, il nous faut nuancer cette affirmation : nous ne sommes pas égaux devant l'épidémie.

Les chiffres sont clairs : on compte en proportion légèrement plus de femmes que d'hommes dans la population obèse (15,7 % contre 14,3 %) ¹⁰. De plus, on observe que la part de femmes touchées par l'obésité croît plus vite que la part des hommes ¹¹. Il faudrait pouvoir réaliser une enquête afin de déterminer les causes de cette croissance féminine. Peut-être est-elle à mettre en corrélation avec la grossesse ou avec le fait que les métiers les plus physiques (et donc où la dépense énergétique est la plus importante) reste l'apanage des hommes. Plus probablement, on peut aussi penser que le diktat de l'apparence implique davantage les femmes que les hommes, comme le montrent les magazines féminins, par exemple, qui regorgent de conseils et de régimes chaque printemps et qui ont une part importante de responsabilité dans « l'effet yoyo » ¹².

En ce qui concerne l'âge, l'enquête ObEpi nous donne deux informations : la prévalence de l'obésité augmente régulièrement avec l'âge. En effet, en 2003, 5,4 % des 18-24 ans sont touchés, et cette proportion va croissant jusqu'à 19,5 % des 55-64 ans. On observe un léger repli pour les plus de 65 ans avec 18,7 %. Là aussi, il faudrait analyser les causes de cet état de fait. On peut toutefois rappeler qu'on ne devient pas obèse du jour au lendemain. C'est une maladie qui s'installe doucement, avec le temps, et que l'on est d'abord en surpoids avant de devenir obèse. L'obésité est une maladie qui est caractérisée par l'accumulation de masse grasseuse, et cette accumulation peut parfois prendre beaucoup de temps.

L'autre donnée que nous donne l'enquête ObEpi est que plus les générations sont récentes, plus le taux d'obésité de 10 % est atteint précocement. Autrement dit, la génération née entre 1980 et 1986 atteint 10 % d'obésité vers 28 ans alors que la génération née 20 ans plus tôt atteint 10 % d'obésité vers 41 ans. Or, la physiologie de l'être humain n'a pas changé. Les causes sont donc à rechercher ailleurs, notamment dans l'évolution des modes de vie. Deux phénomènes ont ainsi été mis en relief : les personnes qui ne respectent pas le rythme des trois repas par jour sont les plus susceptibles de devenir obèses ¹³. De même, plus on passe de temps à confectionner son repas, moins on a de chance de devenir obèse ¹⁴. En effet, si on passe du temps à cuisiner, c'est parce qu'on le fait à partir de produits de base. On consomme donc

10 enquête ObEpi 2012

11 *Ibid.*

12 L'effet yoyo consiste à alterner prise et perte de poids. Toutefois, la prise de poids est à chaque fois légèrement supérieure à la perte, ce qui se traduit à terme par un surpoids voire une obésité. Son mécanisme est connu et expliqué scientifiquement.

13 INSEE (2012). *Le temps de l'alimentation en France* Première n°1417 octobre

14 LE GUEN Jean-Marie (2005). *Obésité, le nouveau mal français*, Paris : Armand Collin

moins de préparations industrielles, qui sont une des causes de l'épidémie.

Toutes les études le montrent : la courbe de l'obésité est inversement proportionnelle à celle des revenus¹⁵. En clair, plus on gagne d'argent, moins on a de chance d'être obèse. Ici encore, de nombreux facteurs peuvent expliquer ce phénomène. Sans doute existe-t-il une part de responsabilités de la part des industriels et des distributeurs qui produisent des biens de consommation davantage pour optimiser les profits que dans un objectif de santé publique : il est en effet plus rentable de rajouter du sel, du sucre et du gras dans les produits transformés. De même, la courbe de l'obésité est également inversement proportionnelle au niveau d'instruction : plus on a un niveau d'études supérieures, moins on a de chance de devenir obèse. Là aussi, une des explications pourrait résider dans le fait que l'éducation est un facteur de développement de l'esprit critique, qui reste nécessaire pour résister aux diverses tentatives de conditionnement marketing. Patrick Le Lay, ex PDG de TF1 disait d'ailleurs en parlant de la publicité : « Ce que nous vendons à Coca-Cola, c'est du temps de cerveau disponible ».

En ce qui concerne la localisation, on constate que c'est la région du Nord qui est de loin la plus concernée en France métropolitaine, et qui, de plus connaît l'augmentation la plus forte de la prévalence de l'obésité¹⁶. A l'inverse, c'est dans le sud-est que cette proportion est la plus basse et qui augmente le moins¹⁷. Je n'ai pas véritablement d'explications à apporter à ces chiffres mais la question mérite d'être approfondie. Peut-être est-ce lié aux habitudes alimentaires différentes, liées à la culture et aux climats propres à ces régions.

1.1.5 Le coût de l'obésité

Il est très difficile d'estimer le coût de l'obésité en France. En effet, il faut estimer à la fois le coût direct du traitement des pathologies liées à l'obésité, mais également le coût indirect de l'obésité, notamment la baisse de productivité par le chômage ou les arrêts de travail.

Toutefois, et afin d'avoir une idée du poids de la dépense, on peut avancer que le coût direct de l'obésité en France est compris entre 4,5¹⁸ et 5,6 milliards d'euros¹⁹.

15 Enquête ObEpi 2012

16 *Ibid.*

17 *Ibid.*

18 Communiqué de l'Agence Reuters du 02 septembre 2016 citant une étude de la Direction Générale du Trésor

19 SAUNIER Claude (2004). *Les nouveaux apports de la science et de la technologie à la qualité et à la sûreté des aliments*. Rapport au Sénat, 14 avril

En ce qui concerne le coût indirect, la dernière étude significative²⁰ date de 2014 et chiffre l'impact de l'obésité à l'échelle mondiale. La Direction Générale du Trésor a cependant chiffré à plus de 20 milliards d'euros le coût de l'obésité et du surpoids en France en 2012²¹.

Ce coût de l'obésité et du surpoids s'il est impressionnant, est cependant à rapprocher avec le poids du secteur agroalimentaire, qui est le 1er secteur industriel en France. Ainsi, en 2014, ce secteur a généré plus de 156 milliards d'euros de chiffre d'affaires. Plus de 43 milliards d'euros de produits ont été exportés, générant un excédent commercial de près de 8 milliards d'euros²². On peut donc légitimement se poser la question de la primauté du poids économique à celle d'enjeux de santé publique.

1.2 Les causes de l'obésité

Quels sont les facteurs qui favorisent l'obésité ? Y a-t-il des causes uniques ? Ou bien ces causes sont-elles multifactorielles ? Il convient de faire le point et de répertorier l'ensemble des causes qui favorisent la prise de poids.

La prise (ou la perte) de poids peut se résumer par une équation extrêmement simple : il s'agit de la différence entre les apports et les dépenses énergétiques. Ainsi, si les apports énergétiques sont supérieurs aux dépenses, l'individu va prendre du poids. A l'inverse, si les apports sont inférieurs aux dépenses, l'individu va perdre du poids.

A partir de ce constat universel, il convient de se poser deux questions : pourquoi mange-t-on trop (ou mal) ? Et pourquoi ne se dépense-t-on pas assez ?

1.2.1 Les facteurs physiologiques

Abordons tout d'abord les facteurs physiologiques. L'obésité est-elle génétique ? En effet l'inconscient collectif interroge souvent les dispositions familiales à l'obésité. L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) s'est penchée sur la question. Il

20 Réalisée par le cabinet de conseil Mc Kinsey

21 Selon les calculs effectués par la Direction Générale du Trésor

22 ANIA (Association Nationale des Industries Alimentaires)

affirme que « l'existence d'une prédisposition génétique semble établie » mais qu'il n'existe qu'un seul gène impliqué dans une prédisposition à l'obésité et qu'il n'a été retrouvé que chez 1 à 3 % des enfants obèses. Il conclue donc que « l'utilisation de la génétique comme outil de santé publique est donc, dans le cas de l'obésité, actuellement illusoire »²³. Ainsi, la piste génétique ne concernerait qu'une minorité des cas d'obésité.

Il existe toutefois des facteurs physiologiques qui favorisent la prise de poids. Ces facteurs sont essentiellement liés à des périodes de la vie.

Ainsi, il est reconnu que l'allaitement du nourrisson par des laits de synthèse favorise l'obésité, sans que l'on puisse en déterminer les raisons²⁴. Toutefois, il serait intéressant de vérifier si ce facteur est purement physiologique, ou si les mères qui pratiquent l'allaitement maternel présentent certains sociotypes qui permettraient une explication liée davantage à des facteurs environnementaux pour l'enfant.

De même, il existe une corrélation entre puberté et masse adipeuse. Toujours selon l'INSERM, chez les filles, plus la maturation sexuelle est précoce, plus il y a une surcharge adipeuse. Cette corrélation est inversée chez les garçons (plus la maturation sexuelle est précoce, moins il y a de surcharge adipeuse). Toutefois, « si les données épidémiologiques confirment toutes la présence d'une relation étroite entre obésité et maturation sexuelle, elles ne permettent pas en revanche de déterminer de façon claire dans quel sens se fait cette relation »²⁵.

Notons également qu'une femme sur trois qui prennent la pilule constate une prise de poids. Toutefois, 47 % des femmes qui ont changé de pilule ont constaté une amélioration²⁶.

La grossesse est également un facteur de prise de poids. Toutefois cette prise de poids s'explique aisément par l'état de gestation et ne constitue donc pas une anomalie, sauf si la prise de poids est excessive. Dans ce cas, l'état de gestation n'est pas l'unique cause de la prise de poids et les facteurs sont à rechercher du côté du comportement alimentaire ou d'un état psychologique particulier.

23 DUCIMETIERE P. *Génétique des obésités* INSERM

24 SENGIER A (2015). L'étiologie multifactorielle de l'obésité : aspects nutritionnels et centraux. *Revue médicale de Bruxelles*

25 *Lien entre obésité et puberté* INSERM

26 Enquête SOFRES menée en France auprès de 3600 femmes âgées de 15 à 45 ans

Enfin, notons également que les femmes ménopausées constatent également une prise de poids, qui s'explique par le développement de la présence d'une enzyme²⁷.

1.2.2 L'environnement et le comportement

En dehors des aspects physiologiques, les causes de l'obésité sont à rechercher du côté de l'environnement et du comportement de l'individu, même si le comportement est toujours en interaction avec l'environnement, comme l'a démontré Kurt Lewin.

De nombreux facteurs favorisant le surpoids sont à rechercher dans le mode de vie des personnes concernées. Ainsi, entre 60 et 85 % des adultes n'ont pas une activité physique suffisante pour préserver leur santé²⁸, avec une proportion plus élevée de femmes que d'hommes. Au niveau sociologique, on peut constater que les hommes sont légèrement plus actifs que les femmes. Et que dans ces dernières, les femmes mariées, concubines, veuves ou divorcées ont un niveau d'activité physique plus faible que les femmes seules²⁹. La sédentarité est également un facteur important : en France, la durée moyenne passée en position assise est de 286 minutes par jour³⁰, essentiellement à cause des écrans, que ce soit la télévision ou l'ordinateur.

Le rythme de vie influe également fortement sur la prise de poids. Nous avons vu plus haut que quand on ne respecte pas le rythme des trois repas par jour, on développe plus de risques de développer une obésité. Et que plus on passe de temps à confectionner son repas, moins on développe ce même risque. Or, l'évolution des modes de vie implique un bouleversement de la façon de manger. A titre d'exemple, la consommation de produits préparés a été multipliée par 4 à 5 depuis 1960³¹. Ainsi, si la structuration de l'alimentation en trois repas reste bien réelle en France (contrairement à d'autres pays industrialisés), on peut constater une stagnation du temps passé à l'alimentation à domicile et une évolution des repas pris à l'extérieur³². De

27 (2012) Pourquoi les femmes prennent du centre à la cinquantaine. *Le Figaro Santé*, 07 septembre

28 (2004) Destination santé, Obésité, sédentarité : l'OMS part en guerre, 14 mai

29 VUILLEMIN Anne. *Activité physique et sédentarité en France*. Université de Lorraine, Université Paris Descartes, Apemac, EA 4360, Faculté du Sport, Nancy

30 idem

31 (2010) *Les comportements alimentaires*. Synthèse de l'expertise scientifique collective réalisée par l'INRA à la demande du ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche, juin

32 (2012) Le temps de l'alimentation en France. INSEE. octobre

même, on constate une augmentation des repas pris devant la télévision, notamment chez les personnes les plus modestes³³. Enfin, notons que 30 % des individus grignotent entre les repas (avec une sur-représentation des jeunes qui sont 41 % à grignoter)³⁴.

Si la structuration des repas reste réelle en France, il faut souligner que le repas du soir est pris de plus en plus tard³⁵. De même, les repas festifs tardifs se développent. D'une façon générale, on se couche plus tard : augmentation des temps de trajet entre domicile et lieu de travail, obligations sociales et familiales, et bien entendu la croissance de l'usage d'internet de la télévision rendent les nuits de plus en plus courtes³⁶. Ainsi, « En France, 17 % des personnes âgées de 25 à 45 ans accumulent une dette chronique de sommeil correspondant à la perte hebdomadaire d'une nuit complète de sommeil et 33 % des 18-55 ans dorment six heures ou moins en semaine »³⁷. Or ce manque de sommeil a plusieurs effets sur la prise de poids : un effet hormonal tout d'abord, puisque la durée du sommeil influe directement sur la production de la leptine (hormone de la satiété) et de la ghréline (hormone de la faim), qui a pour effet d'augmenter l'appétit (et particulièrement en destination d'aliments gras et sucrés) ; un effet comportemental ensuite car le manque de sommeil « rend plus difficile l'activité physique et favorise le grignotage »³⁸.

L'environnement familial influe également sur le comportement alimentaire. En effet, c'est bien pendant l'enfance et l'adolescence que l'éducation alimentaire est prégnante. L'individu est donc fortement influencé par les pratiques alimentaires familiales. Le rôle des parents et la transmission sont donc fondamentaux. Ainsi, « les parents jouent un rôle crucial dans la promotion d'une vie saine et active et dans la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent. Les responsabilités parentales suivantes sont particulièrement importantes : donner l'exemple, fixer des limites, acheter des aliments sains pour la consommation familiale, maintenir des habitudes familiales saines, gérer le temps et l'argent de manière efficace et s'assurer qu'un divorce ou une séparation cause le moins de traumatisme possible »³⁹. Ainsi, des dysfonctionnements dans l'éducation alimentaire familiale, avec tous

33 *Ibid.*

34 *Ibid.*

35 *Ibid.*

36 Selon la proposition n°15 : Prise en charge des troubles du sommeil liés à l'obésité et à la prise de poids de la Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil.

37 SPIEGEL Karine. *Sommeil et régulation du poids*. Physiologie intégrée du système d'éveil, département de Médecine expérimentale, Université Claude Bernard, Lyon 1 pour l'Institut Danone

38 Selon la proposition n°15 : Prise en charge des troubles du sommeil liés à l'obésité et à la prise de poids de la Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil.

39 NIEMAN P (2012). *Les aspects psychosociaux de l'obésité chez les enfants et les adolescents*. Société canadienne

les codes sociaux et culturels qu'elle comporte, peuvent avoir une incidence forte sur le développement d'une obésité chez l'individu, comme le confirme Michelle Kelly-Irving : « Pris séparément, aucun de ces facteurs ne peut être tenu pour responsable d'un IMC élevé. Mais l'ensemble de ces facteurs renseignent sur la qualité de vie de l'enfant : quantité de sommeil, attention des parents, niveau d'éducation, activité physique... En les compilant, il est ainsi possible de distinguer des environnements peu favorables et d'autres, qui sont au contraire très favorables »⁴⁰

Les facteurs psychologiques jouent également un rôle très important sur la prise de poids en favorisant l'hyperphagie (prise importante et compulsive de nourriture). En effet, en psychologie de la santé, « les habitudes alimentaires constituent une stratégie d'ajustement : face à des situations problématiques, le sujet est incapable d'affronter ses émotions trop violentes et se réfugie dans le plaisir de manger. Consommer de la nourriture en abondance peut faire diminuer les sentiments de crainte. La consommation excessive de nourriture peut devenir un moyen de lutter contre la dépression et de se décharger des tensions internes ; elle témoignerait d'une déficience de la capacité à faire face au stress »⁴¹. Ainsi, toute période de stress (familial ou professionnel), d'anxiété, de vulnérabilité psychologique ou sociale lors d'accidents de la vie (séparation, décès, maladie...), mais aussi une simple fragilité ou un manque d'estime de soi (souvent aggravé par le rôle des médias et le culte de l'apparence) peuvent avoir des conséquences sur la prise de poids.

1.2.3 L'industrie agroalimentaire

Pour 92 % des français, l'industrie agroalimentaire joue un rôle important dans l'augmentation du surpoids dans le monde⁴². Qu'en est-il réellement ?

Le secteur agroalimentaire est la première industrie en France : elle génère plus de 2,3 millions d'emplois directs ou indirects, pèse 172 milliards de chiffres d'affaire et dégage 7,2

de pédiatrie 1er mars

40 FANTIN R (2016). *Disentangling the respective roles of the early environment and parental BMI on BMI change across childhood: A counterfactual analysis using the Millennium Cohort Study*. *Prev Med*, 27 mai

41 SCHILTZ Lony, BRYTEK-MATERA Ania (2011)., Obésité, régulation émotionnelle, estime de soi. Etude comparative et structurale à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. *L'évolution psychiatrique* 78, 24 février

42 Sondage OpinionWay pour l'agence de communication LJ Corporate

milliards d'excédent commercial⁴³ Elle représente donc un secteur puissant, qui n'a de cesse d'accroître ses bénéfices en baissant ses coûts de production et en augmentant ses parts de marché. Cette démarche est incompatible avec la lutte contre l'obésité. En effet, la recherche de la baisse des coûts de production prime sur l'impact nutritionnel sur la santé des produits. Or, les matières premières les moins coûteuses sont aussi celles qui sont le plus néfaste pour la santé et qui favorisent l'obésité : le sucre, le sel, le gras (et notamment l'huile de palme qui est également un véritable désastre écologique). De plus, les industriels disposent de tout un panel de techniques afin de rendre les individus « accros » à leurs produits. Un article du New-York Times, paru le 20 février 2013, indique « un effort conscient, que ce soit dans les laboratoires, les réunions marketings ou les couloirs de supermarchés, de rendre les gens dépendants à la nourriture pratique et peu chère »⁴⁴. L'article évoque notamment une réunion des PDG des grandes compagnies américaines agroalimentaires et démontre « à quel point les industries sont conscientes du mal qu'elles peuvent faire à la santé des consommateurs et leur absence de volonté de changer les choses par peur de perdre des parts de marché »⁴⁵. Afin de vendre toujours plus, la taille des portions ne cesse d'augmenter, les distributeurs de boissons sucrées et de friandises sont présents dans les transports publics, les entreprises, les écoles, et globalement dans tout endroit fréquenté par des groupes.

Les budgets marketings ne cessent d'augmenter et visent à influencer le comportement des consommateurs : ainsi, les budgets publicitaires télévisés de ces industries a augmenté de 20 % entre 2006 et 2010⁴⁶.

1.3 Les prises en charge existantes

Plusieurs stratégies différentes peuvent être mises en place afin de favoriser la perte de poids. Si certaines semblent farfelues, d'autres relèvent du secteur médical, ou paramédical, et devraient donc apporter des réponses scientifiques à cette pandémie. Mais, la plupart du temps, ces régimes, si certains fonctionnent sur le court terme, ont un impact négatif à long terme en raison du fameux « effet yoyo ».

En effet, quel que soit le régime choisi, si celui-ci ne s'accompagne pas d'un rééquilibrage (ou

43 Selon l'ANIA (Association Nationale des Industries Alimentaires)

44 (2013). L'incroyable science de la « junk food » : comment l'industrie agroalimentaire s'y prend pour nous rendre accros. *Atlantico* 15 mars

45 *Ibid.*

46 Kantamédia pour UFC Que Choisir

rééducation) alimentaire, l'échec sur le long terme est plus que probable, par simple effet physiologique, comme nous allons le voir.

De façon schématique, le corps est composé de masse grasse (au sein de laquelle on peut différencier la masse grasse de constitution et la masse grasse de réserve) et de masse maigre (dans laquelle on compte les muscles, les os, le sang et les viscères ou organes). Les personnes en surpoids présentent un excès de masse grasse de réserve. C'est donc bien sur ces réserves qu'il faut agir afin de favoriser une perte de poids durable, tout en préservant au mieux les autres composants.

Notons également que la prise ou la perte de poids s'explique de façon très simple et mathématique : il ne s'agit que de la différence entre les apports et les dépenses énergétiques. Si le solde est positif, on grossit (et on stocke la différence dans la masse grasse de réserve). Si le solde est négatif, on maigrit (dans ce cas, le corps puise dans ses composants organiques, que ce soit de la masse grasse ou maigre). Or c'est bien cela qu'il faut bien comprendre : une prise de poids s'accompagne presque exclusivement de stockage dans la masse grasse de réserve (si l'on exclue certains cas particuliers comme les culturistes ou sportifs de haut niveau, qui ne font pas partie de la population étudiée), alors qu'une perte de poids ne s'accompagne pas exclusivement d'une baisse de cette même masse grasse de stockage, mais potentiellement d'une perte musculaire. Ce phénomène est facile à comprendre : quand on perd du poids, le corps a besoin de moins de muscles pour le faire fonctionner, pour le déplacer. Il va donc réduire cette masse musculaire qui ne sert plus à rien. Or, ce sont les muscles qui consomment les apports énergétiques. Si l'on a moins de muscles, on a donc également besoin de moins d'énergie. Ainsi, quand on a perdu du poids suite à un régime et qu'on se remet à manger normalement, le corps se remet à stocker puisqu'il a moins besoin d'énergie. L'individu va donc se remettre à grossir, reprenant souvent un peu plus que ce qu'elle avait perdu. Puis va faire un nouveau régime. Et va entrer dans un engrenage favorisant la prise de poids sur du long terme, prenant ainsi le chemin de l'obésité.

Mais revenons sur les stratégies mises en place par les personnes qui souhaitent perdre du poids. Nous pouvons classer ces stratégies en plusieurs catégories :

- l'accompagnement médical ou paramédical,
- ce que j'appelle les « auto-régimes », c'est à dire les régimes que l'on pratique seul, sans accompagnement,

- les groupes de coaching, dont l'exemple le plus célèbre est Weight Watchers,
- la consommation de compléments alimentaires,
- la chirurgie bariatrique,
- les méthodes alternatives.

J'ai personnellement testé l'ensemble de ces stratégies, excepté les cosmétiques, n'ayant jamais accordé beaucoup de foi aux crèmes amincissantes miracle.

1.3.1 L'accompagnement médical et paramédical

L'accompagnement médical, ou paramédical, semble la méthode la plus scientifique, et donc efficace, pour la perte de poids. Toutefois, elle rencontre de nombreuses limites.

Examinons tout d'abord l'accompagnement par un diététicien. Il s'agit d'un professionnel qualifié, dont les études sont sanctionnées par un diplôme d'Etat attestant des connaissances et des compétences de ce praticien. Afin de mieux appréhender le contenu de ces études, j'ai moi-même suivi la première année du Brevet de Technicien Supérieur de diététicien. Et j'ai effectivement constaté que cette formation est d'un haut niveau technique : biologie, biochimie, nutrition, physiopathologies, régimes, techniques culinaires et même économie et gestion. Le programme est très complet, avec de nombreuses périodes de stages (20 semaines au total sur les deux ans de formation). A l'issue de cette formation, ces professionnels sont à même de conseiller et d'élaborer des repas et menus en fonction de chaque situation, de chaque pathologie, ainsi que d'animer des ateliers de pratique culinaire. Et c'est bien ce qui se passe in situ. Lors de la première consultation auprès d'un diététicien, celui-ci va d'abord faire un diagnostic en se basant sur les habitudes alimentaires du patient, puis va établir des menus-types que ce dernier devra suivre à la lettre. S'ensuivent des consultations régulières (en moyenne une fois par mois) afin de constater les progrès ou les difficultés rencontrées qui permettront d'ajuster les propositions du praticien. Je me suis cependant heurté à plusieurs écueils. Tout d'abord, au moment de mettre en œuvre les consignes et les menus qui m'avaient été remis, je me suis tout simplement rendu compte que je n'en étais pas forcément capable. N'ayant pas l'habitude de cuisiner, faire un simple gratin dauphinois me semblait d'une extrême complexité. De même, les menus et plats proposés étaient parfois difficilement

compatibles avec mon activité professionnelle et mon mode de vie. Les aspects comportementaux ne sont pas toujours pris en compte. Et s'ils le sont, ils ne sont pas traités en tant que tel mais uniquement sur l'aspect nutritionnel (« si vous mangez devant la télé, mangez des fruits plutôt que du chocolat »). Enfin, une fois sorti du cabinet, je me suis retrouvé tout seul pour gérer mes appréhensions, mon stress, mes doutes, et toutes les composantes sociales et/ou psychologiques inhérentes à ma pathologie. C'est bien là que le bât blesse : le suivi diététique n'aborde pas, ou peu, les aspects psychologiques, comportementaux, sociaux, culturel ni les savoir-faire.

Les consultations et suivis auprès d'un psychologue (ou psychiatre) rencontrent pratiquement les limites inverses : le psychothérapeute va travailler sur les aspects psychologiques et comportementaux. Pour cela, il pourra faire appel à des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), qui sont des thérapies relativement courtes et qui ont fait leurs preuves de façon scientifiques, ou une psychanalyse, qui est une thérapie « au long cours ». Les TCC montrent de bons résultats et peuvent réellement avoir un impact sur certains troubles alimentaires, notamment les obsessions-compulsions et la boulimie⁴⁷. Toutefois, tout comme les diététiciens sont démunis face à ces troubles psychologiques, les psychologues sont démunis sur les questions d'éducation alimentaire, ainsi que sur les questions pratiques des techniques culinaires.

Au vu des actions et des limites de chacun de ces praticiens, il serait facile d'envisager un double suivi, à la fois par un diététicien et par un psychologue. Toutefois, cette possibilité entraîne deux autres problématiques : une problématique financière tout d'abord. En effet, diététiciens comme psychologues ne sont pas des parcours pris en charge par l'assurance maladie. Or, nous avons vu plus haut que l'obésité est inversement proportionnelle au niveau de revenu des individus. Les personnes les plus touchées par cette pathologie sont donc également celles qui ont le moins la possibilité financière de pouvoir assumer une telle démarche. Si certaines mutuelles prennent en compte, et rarement en totalité, ce type de consultations, il s'agit généralement de forfaits dont les cotisations sont également réservées à une population relativement aisée.

Enfin, notons que ce « double suivi » n'apporte toujours pas de réponses à la question des savoir-faire culinaires, ni à celle du lien social (ou de l'isolement selon où on se place) et du

⁴⁷ Wikipedia, page consultée le 03 juillet 2017

soutien quotidien dont les patients peuvent avoir besoin.

En dehors de la chirurgie bariatrique (que nous aborderons plus loin), la médecine traditionnelle ne propose que peu d'outils pour lutter contre le surpoids. En effet, le seul traitement médicamenteux encore autorisé en France est l'orlistat, qui est une molécule bloquant l'absorption des graisses, réduisant par là-même l'apport calorique. Son action physiologique est attestée par des études scientifiques. Il ne s'agit toutefois pas d'un remède miracle, pour plusieurs raisons. Il faut tout d'abord mentionner de nombreux effets secondaires : incontinences fécales, diarrhées, diminution du taux de sucre dans le sang notamment. Ces effets, outre leurs répercussions sur la santé, sont également des facteurs qui peuvent avoir des effets psychologiques et sociaux. En effet, la nécessité de pouvoir accéder à des toilettes de façon immédiate à n'importe quel moment (à défaut de déféquer sur soi) entraîne un stress pour le patient qui peut entraîner un repli sur soi, le refus de toute activité sociale et/ou professionnelle hors de son domicile par exemple. L'autre inconvénient majeur est le coût du traitement. Il faut en effet compter plus de 120 euros par mois (plus le coût de la consultation médicale puisque ce traitement doit faire l'objet d'une ordonnance), qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie en raison des effets secondaires importants. De fait, les personnes aux revenus les plus bas ont difficilement accès à ce traitement. Notons également que, encore une fois, ce traitement n'inclue pas de rééducation alimentaire, et peut ainsi, comme la plupart des autres prises en charge, concourir à l'effet yoyo et donc à une prise de poids sur du long terme.

Tous ces inconvénients expliquent sans doute l'échec relatif de cette stratégie : la perte de poids moyenne est de 3kg, 10 % des patients poursuivent le traitement au bout d'un an et seulement 2 % après deux ans.

1.3.2 Les « auto-régimes »

Avec l'arrivée de la saison estivale, les magazines (mais aussi les sites internet) regorgent de conseils alimentaires et d'articles encensant des méthodes amaigrissantes à faire chez soi, de façon autonome, sans aucun suivi. C'est ce que j'appelle les « auto-régimes ». Ces régimes ont tous deux points communs : ils ont pour principe la restriction (soit en apports énergétiques, soit en nutriments), et ils n'impliquent aucun suivi par un professionnel, quelle que soit sa

spécialité.

Ces régimes ont fait l'objet d'une étude de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), parue en novembre 2010, de laquelle sont tirées l'ensemble des données qui vont suivre.

Il est difficile de faire une liste exhaustive de tous ces régimes : en effet, chaque saison voit l'apparition de nouvelles méthodes miracles, parfois réellement originales, mais qui sont souvent des déclinaison de l'existant. Le rapport se centre donc sur les quinze régimes les plus utilisés, parmi lesquels on peut citer le régime du Docteur Dukan, celui du Docteur Atkins, du Docteur Cohen, du Docteur Fricker, du Docteur Ornish, le régime californien (développé par le Docteur Guttersen), celui de la chrono-nutrition (élaboré par le Docteur Delabos), le régime Miami (du Docteur Agatston), le régime Scarsdale (par le Docteur Tarnower), ainsi que les régimes soupe au chou, Montignac, citron-détox ou mayo. Comme on peut le voir à la lecture, la plupart de ces méthodes sont développées par des médecins. On peut cependant se poser la question de leur motivation : est-ce l'intérêt médical ou financier qui guide leurs démarches ? En effet, les régimes développés par les docteurs font tous l'objet de publications grand public, certains ouvrages devenant des best-sellers vendus à des millions d'exemplaires. A titre d'exemple, les livres du Docteur Dukan (qui est français, cocorico!) sont traduits en 25 langues et ont été vendus à plus de 15 millions d'exemplaires⁴⁸. Plusieurs de ces docteurs, ou devrais-je dire ces entreprises, proposent un site internet où il est possible de s'inscrire afin de bénéficier d'un suivi individualisé. J'ai effectué une inscription fictive⁴⁹ sur le site du Docteur Dukan, afin d'avoir un devis concernant le montant de ce suivi. Le coût qui m'a été proposé était de 353 euros, afin de me donner accès au calcul de mon poids idéal, ainsi qu'à un conseil personnalisé chaque jour pendant 15 mois, en fonction de compte-rendus journaliers que je devrais saisir sur le site.

Mais revenons à l'étude effectuée par l'ANSES. Ses conclusions sont pour le moins alarmantes. « Ce travail a permis de mettre en évidence, sur la base de la littérature scientifique, des risques cliniques, biologiques, comportementaux, ou psychologiques, liés à la pratique des régimes amaigrissants ». « De plus, l'analyse bibliographique souligne que la pratique de ces régimes peut avoir pour conséquences des perturbations somatiques, d'ordre

48 (2015). Régimes alimentaires, un gourou chasse l'autre mais le business reste juteux. *Capital* 24 septembre

49 Inscription réalisée le 09 juillet 2017

osseux et musculaires notamment, ainsi que des perturbations d'ordre psychologiques (notamment troubles du comportement alimentaire), ou encore des modifications profondes du métabolisme énergétique et de la régulation physiologique du comportement alimentaire. Ces dernières modifications sont souvent à l'origine du cercle vicieux d'une reprise de poids, éventuellement plus sévère, à plus ou moins long terme ».

1.3.3 Les sociétés commerciales

Weight Watchers est « une société américaine fondée en 1963 qui propose un programme alimentaire destiné à favoriser la perte de poids. Le principe d'origine est celui de réunions au cours desquelles les adhérents, accompagnés par une animatrice, s'apportent soutien et entraide afin de parvenir à leur objectif de poids »⁵⁰. En ce qui concerne la méthode « technique », il s'agit d'attribuer un nombre de points aux aliments. Le client peut consommer un nombre total de points, en fonction du poids qu'il souhaite perdre. Afin de l'aider dans sa démarche, et c'est bien la spécificité de l'entreprise, il participe à des réunions de pairs, avec qui il peut partager les difficultés et succès rencontrés, trouver du lien social et du soutien. Ces réunions sont organisées par un animateur (le plus souvent une animatrice), qui a pour fonction à la fois d'organiser la réunion en termes logistiques (location de salle, communication, paiement...), de permettre à chacun de s'exprimer, mais surtout de présenter les nombreux produits dérivés de l'entreprise : ustensiles de cuisine, livres, produits alimentaires, tous estampillés de la marque. Ainsi, si le coût du programme est de l'ordre de 45 euros mensuels environs (plus 30 euros de droits d'entrée)⁵¹, la facture est souvent beaucoup plus élevée pour les participants qui voient dans ces produits des réponses aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Si le système de groupe de paroles semble intéressant (et reprend les principes définis par Kurt Lewin et ses réunions de consommatrice d'après-guerre), la méthode se heurte à un point essentiel : attribuer des points aux aliments rend transparent leur intérêt nutritionnel. On pourrait ainsi faire le choix de ne se nourrir que d'un seul type d'aliment, à concurrence du nombre de points auquel on a droit. La perte de poids serait réelle puisque le nombre de calories ne serait pas dépassé, mais l'alimentation serait gravement déséquilibrée. Plutôt que de concourir à une véritable éducation alimentaire, la société prend ainsi ses clients en otage. L'endoctrinement est tel que quand le client perd du

50 Wikipédia, page consultée le 03 juillet 2017

51 Weightwatchers.com consulté le 03 juillet 2017

poids, il attribue ce succès à la méthode. En revanche, s'il reprend du poids, il s'attribue cet échec⁵². Ainsi, la société prend grand soin à conserver ses clients, leur faisant alterner succès et échecs. Ce système est d'ailleurs ouvertement inscrit dans le business plan de l'entreprise, qui prévoit qu'un client s'inscrive à quatre cycles de programmes différents⁵³. Le taux d'échec à 3 ans est de 84 %⁵⁴. Weight Watchers International Inc. Pèse près de 2 milliards de dollars, en proposant une méthode de perte de poids potentiellement dangereuse⁵⁵.

1.3.4 Les compléments alimentaires

Un complément alimentaire est un « produit destiné à être ingéré en complément de l'alimentation courante afin de pallier l'insuffisance réelle ou supposée des apports journaliers »⁵⁶. La grande distribution et les pharmacies regorgent de ces compléments alimentaires, donc certains promettent un effet significatif sur la perte de poids. Il faut distinguer deux pratiques : les compléments alimentaires consommés par automédication, avec l'objectif de favoriser la perte de poids, et les compléments consommés dans le cadre d'un suivi médical et qui servent à pallier certaines carences nutritionnelles suite à une modification de l'alimentation.

Penchons nous d'abord sur l'automédication. Il s'agit bien d'une volonté de la part du candidat d'absorber des substances visant à l'aider à perdre du poids, sous forme de gélules, poudres ou tisanes la plupart du temps. Or, et nous l'avons vu plus haut, la perte de poids n'est possible que si les apports énergétiques sont moins importants que les dépenses. Et pour cela, il n'existe que deux solutions : faire baisser ses apports ou augmenter ses dépenses. L'absorption de compléments alimentaires n'a aucun effet sur l'un ou l'autre de ces items. Une gélule de poudre d'ananas (souvent présenté comme un brûle-graisse) ne remplacera jamais une séance de sport. De même, une tisane de queues de cerise n'effacera pas la tartiflette consommée la veille. Absorber des compléments alimentaires n'a donc aucun effet significatif dans la perte de poids. Au mieux, elle a un effet placebo. Au pire, elle induit un déséquilibre en apportant

52 Emission Temps présent du 21 avril 2016 sur Radio Télévision Suisse

53 Science of us consulté le 03 juillet 2017

54 BBC News « Do slimming clubs work ? », page consulté le 03 juillet 2017

55 Selon l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'environnement et du travail dans son rapport d'expertise collective de novembre 2010 « Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement »

56 (2016) *Dictionnaire médical de l'académie de médecine*

en excès des nutriments, ce qui peut avoir des répercussions sur la santé. Notons également que, comme dans les auto-régimes, le patient est isolé dans son parcours : cette méthode présente donc les mêmes inconvénients que les auto-régimes, sans apporter de bénéfices prouvés, tout en étant cependant moins dangereuse. En effet, il n'y a pas de modification de l'alimentation, qui peut entraîner de graves carences. Le risque ici est d'avoir un excès de certains nutriments, ce qui est à déconseiller, mais qui ne présente des risques graves qu'à haute dose. Les compléments alimentaires ne possédant la plupart du temps qu'un effet actif extrêmement limité, il faudrait en absorber des quantités phénoménales pour se mettre en danger. C'est ce qui explique qu'ils ne sont pas reconnus comme « médicaments » par la pharmacopée.

Les compléments alimentaires sont également utilisés dans le cadre de suivis médicaux. Toutefois, il s'agit ici de pallier aux manques nutritionnels induits par une modification de l'alimentation afin que le patient reste en bonne santé, et non pas de les utiliser pour des vertus amaigrissantes. Là aussi, nous pouvons distinguer deux usages : lors de régimes amaigrissants, et suite à une opération de chirurgie bariatrique.

Un régime amaigrissant est forcément basé sur la modification de l'alimentation, et donc une modification des apports nutritionnels. Quand il est effectué avec un suivi médical, le praticien doit veiller à ce que ces modifications n'entraînent pas d'effets dangereux pour la santé. Il doit donc identifier, en fonction de ce que le patient ingère, les risques de déficit en certains nutriments. C'est dans ce cadre qu'il va donc prescrire certains compléments alimentaires, veillant à ce que le corps dispose de tous les éléments nécessaires à son bon fonctionnement. Cette pratique est donc encadrée, suivie, et ne présente que des avantages en termes de santé. Nous nous heurtons cependant à un écueil majeur : en effet, cette pratique ne prend pas en compte l'éducation alimentaire. Comme nous l'avons vu plus haut, il apparaît essentiel que la personne souhaitant perdre du poids puisse devenir actrice de son alimentation. Par là même, elle doit pouvoir réapprendre à manger et adapter son alimentation à ses besoins, tant énergétiques que nutritionnels. Or, la consommation de compléments alimentaires rend difficile cette rééducation. A l'issue de son parcours de soins, qui aura duré à minima plusieurs mois, voire plusieurs années, saura-t-elle remplacer les compléments alimentaires par des aliments lui apportant les nutriments dont elle a besoin pour s'en passer ? L'absorption de ces compléments constitue une béquille. Or, comme toute béquille, pouvoir s'en passer passe par une rééducation. Dans le cas de l'alimentation, cette ré-éducation passe

par des apports théoriques (qu'est-ce que je dois manger ?), pratiques (comment je fais pour manger ce que je dois manger ?) et souvent comportementaux (qui impliquent la prise en compte d'éléments psychologiques, sociaux et culturels). Malheureusement, ces éléments sont négligés par la plupart des médecins, dont les compétences et missions résident essentiellement dans la santé physiologique.

1.3.5 Les opérations bariatriques

La logique est différente en ce qui concerne les suites opératoires de chirurgie bariatrique. En effet, certaines opérations modifient à vie l'absorption des nutriments : c'est le cas du by-pass, qui court-circuite le trajet classique des aliments, qui ne passent plus par l'estomac ni la partie supérieure du tube digestif, induisant une réduction drastique de l'absorption des nutriments. Il y a donc une obligation de compléter l'alimentation par l'ingestion de compléments alimentaires, de la même façon que pour les régimes, dans l'optique de pouvoir apporter les ressources nécessaires au bon fonctionnement du métabolisme. Il y a cependant une différence fondamentale : le système digestif étant modifié de façon définitive par la chirurgie, l'absorption de compléments alimentaires est également obligatoire à vie. Il n'est donc pas ici question de rééducation mais plutôt d'un nouveau mode d'alimentation dans laquelle ces compléments tiennent une place essentielle.

La chirurgie bariatrique est la solution de dernier recours et s'adresse aux personnes qui ont déjà exploré sans succès les diverses stratégies pour perdre du poids et qui sont en obésité morbide. Ainsi, elle a bien des objectifs médicaux et non des objectifs esthétiques ou de bien-être. En effet, comme tout acte chirurgical, elle présente des risques et ne doit pas être prise à la légère. Si ce type d'opération est pris en charge par l'assurance maladie, c'est donc à condition que le patient respecte un protocole strict auprès d'une équipe pluridisciplinaire, basé sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé⁵⁷, tant pré-opératoire que post-opératoire. Ces recommandations définissent également les conditions d'accès à ce type d'opération : avoir un IMC supérieur à 40kg/m² (ou bien un IMS supérieur à 35kg/m² associé à d'autres facteurs de morbidité), après l'échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique suivi pendant au moins 6 mois, ayant compris la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme, ayant bénéficié d'une évaluation préopératoire

57 (2009). *Obésité, prise en charge chirurgicale chez l'adulte*. Haute Autorité de Santé. janvier

pluridisciplinaire et dont les risques opératoires sont acceptables. Notons cependant que, selon l'endroit où on se fait opérer, ce protocole est plus ou moins respecté : certains centres hospitaliers (ou cliniques) considèrent ce parcours comme purement administratif dans le but d'obtenir une prise en charge de l'assurance maladie, et d'autres l'utilisent comme un véritable accompagnement du patient, avec des objectifs thérapeutiques.

J'ai pour ma part suivi ce protocole dans deux établissements hospitaliers publics différents : à Marseille et à Paris.

L'équipe marseillaise avait mis en place un protocole strict et un véritable suivi pré-opératoire, qui commençait d'abord par une session d'information collective, animée par le chirurgien, afin d'expliquer les différents types d'interventions, mais surtout d'alerter sur les risques et la nécessité pour les personnes de faire évoluer leurs modes d'alimentation. A l'issue de cette séance, chaque patient devait rencontrer à plusieurs reprises un médecin nutritionniste membre de l'équipe du chirurgien, afin d'évaluer les comportements alimentaires d'une part, mais également d'initier un suivi individuel permettant d'initier un accompagnement portant sur la rééducation alimentaire. Il fallait ensuite rencontrer un psychologue indépendant afin qu'il puisse donner son aval au recours à cette opération. Des examens cliniques étaient effectués (notamment un bilan nutritionnel et vitaminique, ainsi qu'une endoscopie œso-gastro-duodénale). A l'issue de ce parcours, qui s'est étalé sur près d'un an, j'ai pu rencontrer le chirurgien à deux reprises : lors du premier entretien, il n'était pas convaincu de la pertinence du recours à la chirurgie, ayant un IMC proche de la limite inférieure. Lors du deuxième entretien, il a finalement donné son accord, ayant évalué que mon parcours et ma motivation étaient suffisamment pertinents pour que cette opération soit un succès. J'ai alors obtenu une date pour une intervention qui aurait dû se dérouler quelques mois plus tard. C'est alors que pour des raisons professionnelles, j'ai déménagé sur Paris. Conscient de la nécessité d'un suivi post-opératoire, j'ai décidé de recommencer l'ensemble du parcours afin de me faire opérer dans un centre hospitalier parisien afin de faciliter ce suivi. Et j'ai donc été confronté à une toute autre démarche. Ainsi, il n'était pas proposé de session d'information collective. Après avoir pris contact avec l'hôpital, il m'a simplement été remis une feuille indiquant l'ensemble des examens que je devais faire avant de prendre rendez-vous. Une fois ces examens effectués (ce qui m'a pris environ deux mois), j'ai rencontré une seule fois un assistant du chirurgien qui devait m'opérer et ai tout de suite obtenu une date d'opération. J'ai ensuite, comme pour toute opération chirurgicale, eu un rendez-vous avec l'anesthésiste et ai

été hospitalisé. Si j'ai eu la chance de ne pas avoir rencontré de complications médicales, je n'ai ensuite eu aucun suivi de la part de l'équipe. Je me suis donc tourné vers mon médecin de famille qui a effectué mon suivi et coordonné mon parcours post-opératoire.

En quoi consistent ces opérations bariatriques ? On peut les classer en deux types : les opérations restrictives, qui visent essentiellement à réduire le volume d'aliments ingérés, et les opérations qui combinent le côté restrictif avec le court-circuitage d'une partie de l'estomac et du tube digestif permettant de limiter l'absorption des éléments nutritifs.

Les opérations du premier type comprennent la pose d'un anneau gastrique, qui est sans doute l'opération la plus ancienne (années 80) et la moins lourde. Elle est également la seule à être réversible. En effet, il s'agit de poser un anneau ajustable autour de l'estomac, lui donnant une forme de sablier. Ainsi, les aliments ingérés restent bloqués plus longtemps dans la partie haute de l'estomac, entraînant une rapide sensation de satiété, même lorsqu'on a ingéré peu d'aliments. Toutefois, les anneaux gastriques sont de moins en moins utilisés, notamment pour les risques d'échecs plus élevés que pour les autres opérations. En effet, il suffit d'ingérer des aliments liquides, et qui peuvent donc facilement passer à travers l'anneau, pour que celui-ci ne joue plus son rôle.

La sleeve gastrectomie fait également partie des chirurgies restrictives. Il s'agit ici d'enlever la majeure partie de l'estomac (entre les deux tiers et les trois quarts), le transformant en un organe à peine plus large qu'un tube. Cette pratique a deux effets : le premier est bien entendu un effet physique, puisque la contenance de l'estomac est très fortement réduite. Le deuxième effet est chimique, puisque c'est l'estomac qui sécrète la ghréline, qui est l'hormone de l'appétit. L'ablation d'une grande partie de l'estomac réduit donc la production de cette hormone, impliquant que le patient n'a plus de sensation de faim. Cette opération peut être qualifiée de « pseudo-définitive ». En effet, si l'ablation de l'estomac est bien réelle, il se redilate au fil des ans jusqu'à reprendre sa taille normale, d'où l'importance de la rééducation alimentaire afin que ce parcours ne se transforme pas en échec au bout de plusieurs années.

Le by-pass fait partie des opérations du deuxième type. Il s'agit ici de modifier le circuit alimentaire en court-circuitant l'estomac et la partie supérieure du tube digestif. De cette façon, les aliments nutritionnels sont moins bien absorbés (digérés) et finissent majoritairement dans les selles. Cette opération est la plus lourde et la plus définitive puisque le retour en arrière n'est pas possible. Elle s'adresse donc aux cas d'obésité les plus extrêmes,

ainsi qu'aux personnes qui ont déjà subis un autre type d'opération bariatrique sans que ces dernières soient un succès. Le by-pass entraîne également un suivi rigoureux tout au long de la vie. En effet, les nutriments étant moins bien absorbés, il est obligatoire pour le patient d'ingérer des compléments alimentaires afin de compléter les manques nutritionnels alimentaires. De plus, les médicaments passant par la voie digestive sont également bien moins efficaces, ce qui peut avoir des conséquences importantes.

Notons donc que les opérations bariatriques, quelque soit leur type, obligent le patient, de façon intrusive, à modifier son alimentation. Or, cette modification doit s'accompagner d'une éducation alimentaire afin qu'elle soit couronnée de succès.

Ces interventions sont relativement lourdes et peuvent avoir de nombreux effets secondaires. Elles sont de plus vouées à l'échec si le patient ne change pas radicalement de comportement alimentaire, ce qui renvoie donc à un accompagnement complémentaire de type diététique ou psychologique. Or, si l'accès à ces interventions est relativement bien encadré (nécessité d'un suivi préalable), le suivi post-médical l'est beaucoup moins : un patient sur deux est perdu de vue à deux ans de l'opération⁵⁸. De ce fait, ces interventions connaissent un taux d'échecs important : 90 % pour les anneaux et entre 30 à 40 % pour les sleeve et by-pass⁵⁹.

1.3.6 Les méthodes alternatives

De nombreuses autres méthodes alternatives, plus ou moins sérieuses, existent également. Certaines de ces méthodes font appel à des médecines qualifiées de « non conventionnelles ». On peut citer, l'homéopathie et l'acupuncture (qui ne peuvent être pratiquées en France que par des médecins et qui ont donc accès au statut de pratiques médicales légales depuis 2002), mais aussi la phytothérapie, l'hypnose, la médecine ayurvédique, l'oligothérapie et de nombreuses autres. Toutefois, d'après l'Académie Nationale de Médecine, « leur efficacité n'est évoquée que dans un nombre limitée de situations et fondée sur un niveau de preuves insuffisant »⁶⁰. Je choisis donc de ne pas les développer ici.

58 RICHEUX Vincent (2015). *Sleeve gastrectomie : 38 % des obèses ont regrossi à 5 ans*. Medscape. 07 août

59 Entretien entre Jean-Pierre Marmuse, Chef de service Chirurgie digestive et viscérale à l'hôpital Bichat-Claude Bernard Paris et Boris Hansel, endocrinologue, diabétologue et nutritionniste à l'hôpital Bichat Paris, enregistré le 09 mars 2015 et publié par Medscape.

60 (2013). *Thérapies complémentaires, leur place parmi les ressources de soin*. Académie Nationale de Médecine, 5 mars

De même, le secteur cosmétique regorge de propositions destinées à lutter contre le surpoids. Qu'il s'agisse de crèmes amincissantes, ou de massages drainants dans les instituts de beauté, leur efficacité relève du marketing et n'a aucune base scientifique. Je choisis également de ne pas les traiter dans le présent mémoire.

Enfin, notons que nous voyons régulièrement fleurir des méthodes de perte de poids relevant de la superstition : anneau minceur en silicone à porter sur un orteil⁶¹, utilisation de pierres semi-précieuses⁶², bracelet magnétique⁶³ ou autres poudres de perlimpinpin. Ces méthodes n'ayant également aucune base scientifiques, je ne les traiterai pas non plus.

1.3.7 La dépense énergétique

Ce panorama ne serait pas complet sans parler de la dépense énergétique. En effet, nous avons vu que la prise de poids s'effectue quand les apports énergétiques sont supérieurs aux dépenses. Or, l'alimentation est bien le seul vecteur d'apports énergétiques.

Les dépenses énergétiques sont de trois types : le métabolisme, c'est à dire la dépense énergétique qui nécessaire au fonctionnement du corps et qui représente 60 à 70 % des dépenses, la thermogénèse, c'est à dire la réponse aux stimuli (stress, exposition au froid, alimentation, etc.) qui représente environ 10 %, et l'activité physique qui représente 20 à 30 % des dépenses chez un individu sédentaire⁶⁴. Le levier majeur pour augmenter les dépenses énergétiques est donc bien l'activité physique. Celle-ci se traduit à la fois par le mode de vie (utilisation des transports ou marche à pied par exemple) mais également par la pratique sportive. Il faut cependant relativiser l'impact du sport sur la perte de poids. Oui, l'augmentation de l'activité physique est un allié essentiel de cette perte de poids. Non, la pratique d'un sport ne suffit pas, en tant que telle, à perdre du poids. En effet, le sport n'entraîne pas de grosses dépenses énergétiques. A titre d'exemple, pour perdre un kilo, il faudrait faire du jogging pendant 12h30 d'affilé⁶⁵, et ce, sans apport énergétique. De plus, si le poids baisse sur la balance suite au sport, il ne faut pas oublier que cette perte de poids est

61 www.anneauminceur.fr, consulté le 10 juillet 2017

62 www.lithotherapie.net/amaigrissement, consulté le 10 juillet 2017

63 www.comment-perdre-ventre.fr/bracelet-magnetique-bienfaits/.fr, consulté le 10 juillet 2017

64 TARNAUD L., GARCIA C., KRIEF S., SIMMEN B. (2010) Apports nutritionnels, dépenses et bilan énergétique chez l'homme et les primates non-humains : aspects méthodologiques. *Revue de primatologie* juillet

65 www.lanutrition.fr, consulté le 10 juillet 2017

constituée de beaucoup d'eau.

Enfin, de façon naturelle, le corps a tendance à compenser cette augmentation de la dépense énergétique et demande donc plus d'apports énergétique (on a faim...).

Le présent mémoire est centré sur l'alimentation et je ne développerai pas davantage les leviers permettant d'augmenter les dépenses énergétiques. Retenons simplement que si l'augmentation de l'activité physique est un facteur complémentaire intéressant, elle ne suffit pas à elle seule à perdre du poids.

Ainsi, l'obésité est une véritable épidémie, reconnue comme une priorité de santé publique. Elle a un fort impact individuel mais également collectif. Cette maladie a des causes multifactorielles : physiologiques, comportementales et industrielles. De même, il existe de nombreuses stratégies mises en place afin de lutter contre le surpoids et l'obésité. Ces stratégies fonctionnent-elles ? Et si non, pour quelles raisons ? Si des éléments de réponses sont déjà apportés plus haut, il convient d'approfondir cette question en s'attardant sur les trajectoires des personnes concernées.

2ème partie : les trajectoires de vie des personnes en obésité

2.1 Présentation de la méthode

- 2.1.1. Présentation des personnes interrogées
- 2.1.2. Fonctionnement du groupe Facebook
- 2.1.3. La récolte de données du groupe Facebook

2.2 Les faits menant à la prise de poids

- 2.2.1. Le miroir sociétal
- 2.2.2. L'environnement familial à l'enfance
- 2.2.3. Les accidents de la vie
- 2.2.4. L'environnement familial à l'âge adulte
- 2.2.5. Le mode de vie

2.3 Les stratégies de perte de poids

- 2.3.1. Les différents régimes
- 2.3.2. Les causes d'échec
 - 2.3.2.1. La frustration
 - 2.3.2.2. L'environnement
 - 2.3.2.3. La santé
 - 2.3.2.4. Les professionnels de santé
 - 2.3.2.5. Les aspects financiers
 - 2.3.2.6. Le sport et l'activité physique

2.4 La prise de conscience

- 2.4.1. Les causes personnelles
 - 2.4.1.1. L'image de soi
 - 2.4.1.2. La santé
 - 2.4.1.3. Les causes psychologiques
 - 2.4.1.4. La vie quotidienne
- 2.4.2. Les causes sociales
 - 2.4.2.1. La sphère familiale
 - 2.4.2.2. La sphère professionnelle
 - 2.4.2.3. La sphère publique

2.1 Présentation de la méthode

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, que les causes de l'obésité sont multifactorielles : elles résultent de facteurs physiologiques certes, mais sont dues essentiellement à l'environnement et au comportement de l'individu qui impacté par son mode de vie, son éducation et par des facteurs psychologiques. Il me paraît donc primordial de s'attarder sur cet environnement et sur les trajectoires des personnes souffrant d'obésité. Quand a commencé la prise de poids ? Pour quelles raisons ? Quel impact ce poids a-t-il eu sur chacun ? Quelles ont été les stratégies de ces personnes pour se soigner ? Pourquoi cela n'a-t-il pas fonctionné ? Où en sont elles aujourd'hui ?

Pour répondre à ces questions, j'ai choisi de me centre sur les personnes ayant subi une opération bariatrique, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le protocole mis en place par l'assurance maladie, s'il est contraignant, a le mérite de circonscrire ce type d'opération à une population présentant des caractéristiques qui ont un intérêt certain pour mon étude. En effet, ne peuvent prétendre à ces interventions relativement lourdes que les personnes qui sont réellement en obésité. Cela permet d'évacuer l'ensemble des sujets qui pensent avoir des problèmes de poids, sans que cela soit avéré. On connaît l'influence que peuvent avoir les médias sur la représentation du corps, induisant, notamment chez les jeunes femmes, l'impression d'être « trop grosse » par rapport aux canons de beauté imposés. Le protocole exige que ces opérations ne soient accessibles qu'à des personnes ayant un IMC supérieur à 40kg/m^2 (qui correspond bien à une obésité morbide) ou supérieur à 35kg/m^2 (ce qui correspond à une obésité sévère) à condition qu'il soit associé à d'autres facteurs de morbidité. Ainsi, ce type de prise en charge se centre bien sur l'aspect santé, et non sur les aspects esthétiques, ce qui élimine, autant que faire se peut, les considérations subjectives.

Il est également indiqué par le protocole que les personnes qui prétendent à ces opérations doivent avoir mis en place d'autres stratégies qui n'ont pas rencontré le succès escompté. Ainsi, chaque personne a un réel savoir expérientiel lié à son parcours, qui est d'autant plus riche dans le cadre d'une étude.

Enfin, ce protocole exige également de rencontrer plusieurs spécialistes : psychologue et diététicien notamment. Les personnes ont toutes déjà pu verbaliser à minima leur parcours, leurs habitudes alimentaires, et ont pu, pour la plupart, identifier certaines causes les ayant

menées à une obésité. Elles sont plus susceptibles d'avoir un peu de recul quant à leurs expériences.

J'ai donc choisi de centrer mon étude sur ces personnes. Pour prendre contact avec ces personnes, j'ai rejoint un groupe Facebook intitulé « Sleeve, anneau, by-pass, c'est notre histoire ». Ce groupe, duquel font partie plus de 16 000 membres⁶⁶, regroupe majoritairement des personnes ayant subi une opération bariatrique. On trouve cependant quelques personnes qui, suite à l'échec des différentes stratégies qu'elles ont pu mettre en place pour perdre du poids, s'interrogent sur l'opportunité de s'orienter vers ce type de prise en charge. Par extension, j'ai donc considéré que ces personnes pouvaient faire partie de ma cible.

J'ai donc élaboré une grille d'entretien⁶⁷ afin de pouvoir interroger quelques une de ces personnes et recueillir leur parole. J'ai passé une annonce sur le groupe, après avoir obtenu l'accord de l'administratrice fondatrice du groupe. J'ai ainsi pu prendre contact avec 8 personnes qui étaient d'accord pour me rencontrer, dans le cadre de la recherche-action, afin de répondre à mes questions. Il a cependant été très difficile de les rencontrer réellement : certains n'ont plus donné signe de vie au moment de fixer une date de rendez-vous, d'autres ont fixé un rendez-vous et ont annulé au dernier moment, certains enfin n'étaient jamais disponibles aux disponibilités (pourtant larges et variées) que j'avais. Ainsi, je n'ai pu rencontrer qu'une seule personne issue de ce groupe Facebook. C'est d'ailleurs elle qui m'a éclairé sur la raison principale de la difficulté de rencontrer des personnes issues d'internet : il est toujours compliqué de rencontrer un inconnu avec qui on a pris contact sur internet, d'autant plus si c'est un homme, parce que l'on a toujours peur de ce qui pourrait arriver.

Afin d'atteindre un nombre suffisant de personnes à interroger, j'ai donc fait appel à mon réseau de connaissances. Beaucoup de gens connaissent des personnes ayant eu recours à une opération bariatrique et pouvaient m'introduire, et donc m'apporter une caution morale, auprès de leurs amis. C'est donc par ce biais que j'ai pu rencontrer et interroger deux personnes supplémentaires dans ce cadre.

Enfin, connaissant également personnellement des personnes concernées, j'ai également interrogé deux amies, qui ont accepté de répondre à ma sollicitation.

66 Au 15 août 2017, mais ce chiffre en en constante progression

67 Cf annexe I

2.1.1 Présentation des personnes interrogées

J'ai interviewé Sonia à mon domicile. Agée de 54 ans, elle est mariée et mère de deux garçons, âgés de 26 et 22 ans. Elle est enseignante et formatrice sur le terrain pour les professeurs des écoles débutants. L'entretien a été riche : bien qu'au cours de son entretien elle explique que son problème de poids est personnel et qu'elle ne souhaite pas le partager, elle s'est largement exprimée sur son parcours. L'entretien a duré 1h12. Et est retranscrit en annexe II.

Leïla a 30 ans. Elle est également mariée, est femme au foyer et a deux enfants en bas âge. Je l'ai connue par l'intermédiaire du groupe Facebook. L'entretien s'est déroulé chez elle, ce qui a été une grande surprise pour moi. En effet, le fait de rencontrer un inconnu rencontré sur un réseau social et à fortiori de le recevoir à domicile était un frein fort qui a rendu difficile le fait de rencontrer des personnes issues de ce groupe. L'entretien se fait dans son salon, avec les enfants qui jouent de façon calme. Ils n'ont quasiment pas impacté le déroulement de l'entretien. Leïla est une personne très avenante, qui parle facilement. L'entretien a duré 58 mn.

Caroline a 25 ans. Elle est en couple et travaille dans un centre social, où elle est agent d'accueil. Je l'ai rencontré après avoir sollicité mon réseau pour trouver des personnes qui accepteraient d'être interviewées. L'entretien s'est d'ailleurs déroulé dans un bureau de ce centre social. Elle a reçu un appel juste avant le début de l'entretien et devait partir rapidement. L'entretien a donc été mené tambour battant et en peu de temps. Elle parlait cependant facilement, même s'il me semblait qu'elle avait assez peu de recul sur son parcours. C'est la seule personne qui estime avoir perdu trop de poids suite à son opération et qui aimerait en reprendre. L'entretien a duré 41 mn.

Jessica est une de mes connaissances. Elle a 37 ans, est mariée, a 4 enfants et est femme au foyer. L'entretien s'est déroulé chez elle, en l'absence de ses enfants qui étaient à l'école ou en crèche. Elle parle très facilement, avec beaucoup d'humour et de dérision. Elle avait décidé d'être opérée mais n'avait pas un IMC suffisamment important. Elle a donc volontairement pris du poids afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge. L'entretien a duré 1h06.

Martine a 46 ans. C'est également une de mes connaissances. Elle est opératrice téléphonique

pour un service client, après avoir été coiffeuse et exercé divers autres métiers. L'entretien s'est réalisé à son domicile. Elle est en couple avec un homme qui a lui aussi, et au même moment, subi une opération bariatrique, et que je devais également interviewer. Il s'est finalement rétracté le jour même. L'entretien de Martine est un des plus riches : elle se livre facilement, sur des sujets parfois douloureux. Son témoignage est très intéressant dans son contenu mais également dans les non-dits. C'est le seul entretien pour lequel j'ai ressenti le besoin d'indiquer les didascalies, qui me semblaient apporter un éclairage important. C'est aussi la seule, parmi les personnes rencontrées, dont l'opération est un échec relatif. L'entretien a duré 1h24 et est retranscrit en annexe III.

J'ai ainsi donc interrogé au total 5 personnes dont les caractéristiques faisaient partie de celles que j'avais définies. J'ai cependant choisi de ne pas faire davantage d'entretiens, bien que le nombre de personnes interrogées restait relativement faible. En effet, il m'a semblé que le contenu des publications et des échanges quotidien des membres du groupe Facebook, et dont je fais partie depuis plus d'un an, était beaucoup plus riche que ce qui ressortait de ces entretiens.

Ainsi, les méthodes choisies pour recueillir des données sont à la fois des entretiens, du savoir expérientiel et de l'observation.

2.1.2 Le fonctionnement du groupe Facebook

Le groupe facebook intitulé « Sleeve, anneau, by-pass, c'est notre histoire (groupe de soutien mixte) » compte, au 18 septembre 2017, 16 797 membres. Il s'agit d'un groupe « fermé », c'est à dire que, pour en faire partie, il faut envoyer une demande à l'un des administrateurs, qui devra la valider. Ainsi, les publications des membres ne sont pas accessibles si l'on n'est pas membre soi-même. De même, chaque publication postée par un des membres est soumise à la validation d'un des administrateurs (au nombre de 8). En revanche, les commentaires de chaque publication sont laissés libres. En effet, au vu du nombre de membres et d'échanges, il n'est matériellement pas possible pour les administrateurs de tout valider.

Ce fonctionnement présente plusieurs avantages : les publications n'étant pas accessibles aux non-membres, cela permet à chacun de publier « sans filtre », sans se soucier des jugements que pourraient avoir des personnes non-initiées. Et de fait, beaucoup de publications évoquent

des sujets intimes, ce qui est rendu possible par ce sentiment « d'entre soi ». Cependant, force est de constater que beaucoup de membres utilisent des pseudos et n'indiquent pas leurs nom de famille. De plus, j'ai également pu constater que certains ont créé un profil facebook spécifiquement pour s'inscrire dans ce groupe, leur profil « identifié » n'apparaissant pas dans les discussions, ils bénéficient ainsi d'une « double protection » visant à garantir leur anonymat.

Une fois que l'inscription d'un nouveau membre est validée, il lui est demandé de se présenter sur le forum. Cette présentation permet d'une part d'être accueilli par les autres membres mais également de commencer à tisser quelques liens : en effet, certains membres peuvent souvent se reconnaître dans cette présentation et la commentent, impliquant parfois un début de rapport privilégié avec la personne.

Tout membre qui est accepté sur le groupe doit également adhérer aux règles fixées par les administrateurs, qui sont les suivantes :

CHARTE DU GROUPE A LIRE PAR TOUS

Bienvenue parmi nous veuillez s'il vous plaît prendre

quelques minutes pour lire ATTENTIVEMENT ce document:

c'est la CHARTE MORALE que je vous demande de respecter au sein du groupe.

PETIT MANUEL DE SAVOIR VIVRE POUR LA BONNE ENTENTE DE TOUS:

1° Nous supprimerons sans avertissement ni justification aucune

tous posts que nous estimerons ne pas avoir sa place ici et

toute personne étant vraiment trop agressive ou cherchant vraiment

les polémiques et autres histoires, elle se verra bannie de façon ferme et définitive.

Méfiez vous des rumeurs, elles vont vite donc avant de condamner

une personne vérifiez d'où vient votre source et sa véracité.

2° Si vous avez des soucis avec une personne (qu'elle

fasse partie du groupe ou pas) VOUS AVEZ UNE MESSAGERIE

PRIVE OU VOTRE MUR PERSONNEL POUR EN PARLER MAIS PAS ICI.

Merci de votre compréhension

3° Les bonnes règles de conduite sur un groupe d'entraide et de soutien

sont simplement des règles de politesse et de correction. C'est tellement logique

qu'il est normalement superflu de les rappeler:

*convivialité, respect des autres membres et de leurs publications
ainsi que du travail et des choix des administrateurs,
une fois de plus ce n'est qu'une petite mise au point
qui j'en suis certaine pour beaucoup d'entre vous n'a pas lieu d'être:
que vous soyez simples membres ou administrateurs d'autres groupes vous intervenez,
apportez votre témoignage et respectez des règles qui sont tellement simples et logiques
qu'elles découlent bien plus du bon sens et du savoir vivre que d'autres choses.*

*Je vous demande de laisser un commentaire sous l'image
pour confirmer que vous en avez bien pris connaissance
Merci d'avance.*

Force est de constater que ces règles sont, dans l'ensemble, bien suivies par les membres. En effet, j'ai pu observer à plusieurs reprises que des personnes ne les respectant pas ont été signalées aux administrateurs, qui les ont exclues du forum.

Mais qu'en est-il du contenu du groupe ? A quoi sert-il ? Il est bien indiqué, dans le titre du groupe, qu'il s'agit d'un groupe de soutien. Ainsi, une majorité des posts publiés⁶⁸ par les membres sont des questions : s'il s'agit essentiellement de questions sur l'opération et ce qui en découle, on trouve également beaucoup de publications sur l'estime de soi. La plupart des membres ont déjà posté des photos « avant/après », et un grand nombre demandent des conseils vestimentaires (mais aussi de coiffure ou autre), photos à l'appui. Enfin, le côté « soutien » prend tout son sens sur certaines publications : en effet, de très nombreux posts relatent des épisodes de la vie (décès, séparation, difficultés relationnelles, etc.), souvent liés au surpoids, qui suscitent des élans de solidarité, d'encouragements ou parfois simplement de compassion de la part des autres membres. Quelques événements heureux sont également publiés, notamment sur la période estivale pendant laquelle les membres ont partagé leurs photos de vacances.

Notons également que sont également régulièrement publiés des conseils ou des trucs et astuces que les personnes partagent avec leurs pairs (recettes de cuisine, exercices physiques, achats divers etc.).

⁶⁸ Les posts sont retranscrits tels que publiés sur le groupe facebook, en conservant la syntaxe et l'orthographe d'origine.

Depuis quelques mois sont organisées des rencontres entre membres habitants la même zone géographique. Ces rencontres se font essentiellement dans un lieu public, bar ou restaurant, et peuvent rassembler jusqu'à 15 membres. J'ai moi-même participé à une de ces rencontres, qui a eu essentiellement pour but de parler de son parcours avec la sensation d'être compris. En effet, beaucoup expliquent qu'ils ont la sensation que, même si leur entourage était bienveillant et présent, une personne n'ayant pas subi ce type d'opération aura du mal à comprendre ce qu'ils ont pu ressentir. Si ces rencontres sont relativement rares, j'ai également pu constater qu'il arrivait régulièrement que des membres se rencontrent, plutôt par binôme. Il s'agit souvent d'une personne ayant été opérée qui accompagne une personne n'ayant pas été opérée. Ainsi, la solidarité virtuelle s'exprime également dans la vie réelle.

2.1.3 La récolte des données du groupe Facebook

Dès le début de ma recherche-action, je me suis inscrit sur le groupe. Je n'avais pas songé, du moins au départ, pouvoir récolter des données par cet intermédiaire et me dirigeais plutôt vers des entretiens, plus traditionnels. Mon but premier était de prendre contact avec des personnes opérées afin justement de pouvoir les rencontrer et les interviewer. J'ai donc pris contact avec la fondatrice du groupe afin de lui demander l'autorisation de passer une annonce à cet effet au sein du groupe (autorisation que j'ai obtenue sans problème). Je lui ai également demandé si elle souhaitait participer à l'enquête, proposition qu'elle a refusé. J'ai donc passé cette annonce en janvier 2017. Malheureusement le groupe a été clôturé dans la foulée par la fondatrice. En effet, ce groupe avait été signalé par un membre comme étant possiblement une émanation sectaire auprès de l'administration Facebook. Il s'avère en effet que, lors de l'inscription, il soit demandé à chaque nouveau membre de se présenter succinctement et d'indiquer les dates de ses rendez-vous de suivi ou d'opération. La fondatrice tient un fichier recensant ces dates, ce qui lui permet, le jour même, d'envoyer un message personnalisé de soutien aux personnes concernées, message qu'elle termine régulièrement par la mention « poussière d'étoiles », à l'instar d'une bonne fée. Un des membres, n'ayant pas très bien compris ce second degré, a donc signalé des pratiques de sorcellerie. Un nouveau groupe a donc été créé afin que les membres de l'ancien groupe puissent se retrouver. Il m'a donc fallu attendre quelques semaines avant de pouvoir repasser une annonce⁶⁹. Si j'ai eu quelques réponses, je n'ai

69 Post Facebook du 06 février 2017 : « Bonjour à tous ! Je suis à la recherche de personnes qui ont été opérées, qui

finallement pu rencontrer qu'une seule personne par cet intermédiaire. Toutefois, je me suis rendu compte que les contenus échangés au sein du forum étaient extrêmement riches. J'ai donc décidé de compléter mes entretiens par la récolte de données au sein du groupe. Pour cela, j'ai relevé quelques échanges qui me semblaient intéressants. Toutefois, il s'est vite avéré que, au vu du nombre d'inscrits et des milliers de messages postés chaque jour, cette récolte était chronophage et peu efficace. J'ai donc fait le choix de poser moi-même des questions, afin de susciter des participations et des échanges sur des thèmes qui me semblaient pertinents pour ma recherche-action et complémentaires aux entretiens. Chaque post que j'ai publié a été commenté entre 99 (à la question « Bonjour à tous ! Je me pose une question : on sait tous qu'il ne faut pas trop manger, ni gras ni sucré... Et pourtant on n'a pas réussi à éviter l'opération... Pourquoi selon vous ? ») et 171 fois (à la question « Bonjour tout le monde ! Vous vous souvenez du "déclat" qui vous a fait dire que vous aviez besoin d'une opération ? »)⁷⁰. J'ai pris soin de répondre, via le forum, à chaque personne qui avait contribué, soit pour approfondir sa réponse, soit tout simplement de façon conviviale, en la félicitant notamment pour son parcours. Le relevé de ces données m'ont permis d'établir des catégories de réponse à l'aide de grilles d'analyse. Ce sont ces catégories qui ont ensuite induit une partie du plan de la deuxième partie de ce mémoire.

2.2 Les faits menant à la prise de poids

Pourquoi prend-t-on du poids ? En effet, nous avons tous en tête les messages de santé publique nous alertant de l'impact des produits trop gras ou trop sucrés, nous avons tous quelques bases de diététiques, et pourtant l'obésité est une maladie de plus en plus répandue.

2.2.1 Le miroir sociétal

Mais qu'est-ce que la prise de poids ? A quel moment est-on trop gros ou trop grosse ? S'il existe des méthodes de calcul et d'évaluation du surpoids basées sur l'indice de masse corporelle (cf chapitre 1), il est peu utilisé spontanément.

habitent en région parisienne ou en Picardie et qui accepteraient de me consacrer une heure pour témoigner de leur parcours... C'est pour mon mémoire d'étude et c'est bien entendu anonyme ! »

⁷⁰ Chiffres au 14 octobre 2017, les posts pouvant continuer à être commentés.

Ainsi, une personne se « sent » grosse, et ce indépendamment du fait qu'elle soit réellement en surpoids. Ce phénomène touche majoritairement les femmes. C'est d'ailleurs ce qu'évoque Sonia au cours de son entretien : « les filles, c'est un peu particulier, par rapport aux garçons, à cause de cette image de la femme ». Et c'est bien là que nous constatons l'influence importante des médias, qui véhiculent une certaine image de la femme. Confrontée à cette image d'Epinal de femmes minces, voire maigres, Sonia se trouve donc trop grosse (« dans ma tête j'étais déjà ronde ») et associe son poids à un problème, tout en étant cependant consciente de l'influence sociétale qu'elle subissait (« le poids c'est un problème », « c'était peut-être notre époque qui faisait qu'on était comme ça », « j'avais une image de moi qui n'était pas forcément la vraie image »). Elle développera du coup une véritable obsession, disant elle-même qu'elle « aurait voulu être autrement que ce qu'elle était », qui est souvent le début de prises de poids cycliques (voir l'effet yoyo dans le chapitre 1).

Parallèlement, il arrive qu'une personne ne se sente pas en surpoids alors que son IMC indique le contraire. Là aussi, il peut s'agir d'une question d'image. Ainsi, Leïla ne s'est pas rendu compte que son poids était sur une pente ascendante. Musulmane, elle ne portait que des grandes robes et un voile. Ce type de vêtements, en plus d'être très ample, permet également de cacher son image aux yeux des autres. « La prise de poids a été très rapide, mais je m'en suis pas rendue compte dans mes vêtements parce que je suis une femme musulmane et que j'ai retiré le voile et les vêtements au 14 juillet, mais avant j'étais avec mes grandes robes et tout. Je sais que mes robes c'était du quarante-six, mais les pantalons, je sais pas. Donc en fait, je me suis pas vue grossir. »

Or, c'est souvent le regard des autres qui indique qu'on ne rentre pas dans les canons de beauté de la société actuelle. Quand Leïla a quitté le voile, elle accusait 25 kilos de trop. C'est par le regard des autres qu'elle s'est rendu compte qu'elle était devenue obèse.

Mais du coup, quand cette prise de poids a-t-elle commencé ?

2.2.2 L'environnement familial à l'enfance

Beaucoup évoquent le surpoids comme une fatalité, invoquant des causes héréditaires et/ou physiologiques. C'est le cas de Martine : « j'ai une famille qui a de l'hérédité puisque ma

grand-mère paternelle je l'ai pratiquement toujours connue au lit avec une très forte obésité et du côté de maman ça a toujours été rond aussi ». Ainsi, elle s'est résignée à subir cette héritage : « j'ai jamais été un enfant maigre, j'ai appris après que j'avais une très grosse ossature ». De même, Laurence indique « je n'ai jamais eu de corpulence normal j'ai tjrs était en surpoids mais je le vivais assez bien »⁷¹. Pourtant, et comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, la physiologie n'est pas une cause avérée de l'obésité. Ainsi, Martine reconnaît que si l'ensemble de sa famille a des problèmes de poids, c'est sans doute parce que les repas familiaux (dont elle a d'ailleurs la charge depuis ses 13 ans) ne sont pas forcément équilibré « Y a des moments tu vas mettre plus de beurre, plus de crème, plus de machins... voilà... Mais je crois que c'est inné. On est français ».

Ceux qui évoquent un surpoids ou une obésité dès l'enfance reconnaissent finalement qu'il ne s'agit pas d'hérédité mais bien de l'environnement familial et de pratiques alimentaires non adaptées. Noëlle l'évoque avec ses mots : « ici en obésité depuis gamine la famille joué un grand rôle repas pas équilibré plusieurs services Tous le monde était obèse »⁷².

Caroline, lors de son entretien, reconnaît également que ses « sœurs ont eu des problèmes de poids mais elles arrivent à mieux se gérer et ne sont pas obèses ».

Ainsi, certaines mauvaises habitude se prennent dès l'enfance et perdurent par la suite. Il est donc primordial que les parents soient sensibilisés à l'éducation alimentaire de leurs enfants car, comme le dit Catherine « à 8 ans, nous ne sommes pas responsable de l'alimentation »⁷³.

A l'inverse, certains comportements parfois obsessionnels des parents ont l'effet inverse sur leurs enfants, comme l'indique Leïla : « ma mère était une folle de la minceur, elle a commencé à tout mettre sous clef. Quand j'ai eu 18 ans et que j'ai eu mon chez-moi, tu venais chez moi et tu trouvais pépito, mars, kit-kat et matières grasses à gogo donc ouais je pense que ça a joué ».

L'environnement familial, et donc l'éducation alimentaire, joue donc un rôle certain dans le développement de l'obésité. Il existe des familles d'obèses, comme nous l'ont montré Martine ou Noëlle. Cependant, tous les membres d'une même famille ne sont pas tous forcément en surpoids. Comment expliquer que, alors que des fratries ont eu la même éducation alimentaire, certains individus deviennent obèses et pas leur frères et sœurs ? Les causes

71 Post facebook du 02 août 2017 à 9h47

72 Post facebook du 02 août 2017 à 9h10

73 Post facebook du 02 août 2017 à 8h08

complémentaires sont donc à rechercher dans les parcours de vie individuels.

2.2.3 Les accidents de la vie

Lors des entretiens, toutes les personnes interrogées sans exception ont mentionné un accident de la vie comme point de départ d'une prise de poids importante.

Ainsi, Leïla indique « j'ai pris entre vingt-cinq et trente kilos il y a deux ans suite à un médicament qui m'a fait prendre du poids ». Suivie par une psychiatre, celle-ci lui a prescrit un traitement médicamenteux. Mais il a fallu plusieurs mois avant que ce médecin arrive à trouver la bonne posologie, et c'est pendant cette période que Leïla indique avoir pris beaucoup de poids. Ces quelques mois d'hyperphagie ont suffi à lui donner de mauvaises habitudes alimentaires « Il a fallu que je me désintoxe de ce médicament là, après, qu'il soit plus dans mon sang pour qu'entre guillemets j'ai plus cette sensation de faim. Et puis après, j'avoue, j'ai pris de mauvaises habitudes quoi ! C'était grec trop souvent, pizza trop souvent, puis de la malbouffe quoi ! Avec un peu de boulimie le soir. Alors, c'était pas tous les jours, mais au moins deux ou trois fois dans la semaine je pétais un plomb et j'allais manger les goûters de mes enfants. ». Ainsi, cet accident de parcours a modifié son comportement alimentaire de façon fulgurante. La nourriture provoquant une sensation de bien-être, elle a développé des compulsions incontrôlables, tout en étant bien consciente que les aliments qu'elle ingurgitait s'apparentaient à de la malbouffe « Le fait de manger des grecs, de manger gras, de mal manger, c'est quelque chose que tu faisais parce que y'a des choses qui sont un peu incontrôlables aussi, mais tu sais que manger un grec, c'est pas forcément ce qu'il y a de mieux... ».

De son côté, Martine fait mention d'un événement traumatisant qui s'est déroulé alors qu'elle avait 11 ans : « j'étais en sixième et j'ai subi une agression avec séquestration, à deux reprises par la même personne, ça a été très violent ». Si elle est consciente que son environnement familial a favorisé son surpoids pendant son enfance, elle indique clairement que ce traumatisme est directement lié à son obésité : « j'ai fait un blocage pour pas en parler enfin machin tout ça et j'ai fait deux ans de blocage où ça a été...les deux ans ont été presque plus violents que l'agression. Bref. J'ai développé une très forte amnésie derrière de cet événement-là qui continue à ce jour sur certains points et quand en fait j'ai pu parler en partie j'ai pris 40

kilos en 4 mois ».

Caroline quant à elle a modifié son comportement alimentaire quand elle est arrivée en France. Originnaire des Antilles, elle a quitté sa famille et s'est installée en France pour y suivre des études. Elle n'a pas vraiment identifiée pour quelle raison elle a pris du poids à ce moment là mais indique cependant qu'elle a changé de mode de vie brusquement, et s'est mise à manger « très tard, vers minuit » et se couchait après. Son alimentation est devenue « très irrégulière », mangeant « parfois trop, parfois rien ».

En ce qui concerne Sonia, on peut identifier au moins deux épisodes de forte prise de poids. Le premier est un séjour, alors qu'elle était adolescente, à l'étranger, chez une correspondante avec qui elle ne s'entendait pas : « J'avais 15 ans et j'ai du prendre 10 kg en un mois avec le changement de nourriture, le fait que je ne m'entendais pas du tout avec cette correspondante anglaise, j'étais très mal. ». Le deuxième événement a été beaucoup plus fort en termes émotionnels. Alors que Sonia était âgée de 22 ans, sa mère a développé une maladie « compliquée », dont elle est décédée à l'âge de 50 ans. Le développement de cette maladie a été un véritable traumatisme pour Sonia : « Elle ne nous reconnaissait plus, elle ne savait plus qui elle était. Elle a également perdu l'usage de ses jambes, puis l'a retrouvé, puis a perdu la vue etc. : c'était vraiment cataclysmique. Toutes les connexions nerveuses qui lâchaient les unes après les autres. ». Son père est reparti vivre en Afrique, et Sonia et ses sœurs ont vécu ensemble pendant 2 à 3 ans, afin de finir leurs études. C'est pendant cette période qu'un autre membre de sa famille est décédé. Ces accidents de vie, conjugués à une grossesse ont laissé un solde de 35kg à Sonia.

Sur facebook, beaucoup évoquent également ces accidents de la vie. Séparations, décès, opérations ou autres chocs psychologiques, ce sont des événements qui sont parfois toujours présents dans l'esprit de la personne, comme l'indique Vanessa : « Justement ma prise de poids est lié à un choc enfant, j'espère que ça ne sera pas un frein pour l'opération car j'ai du mal à me délester de ce passé... (...) une partie de mon entourage sait mais jamais osé parler à vrai dire c'est un choix qui revenait à mes parents à l'époque, j'avais 6/7 ans, ils n'ont pas passé le pas alors j'ai fait comme eux, je me suis murée dans le silence »⁷⁴. Dans un autre post, Vanessa s'explique davantage : « J'ai été abusé sexuellement enfant plusieurs fois et par un proche,

74 Posts facebook du 02 août 2017 à 9h04 puis 9h11

c'est là que ça a commencé. La bouffe est devenu mon refuge... »⁷⁵.

Notons également que plusieurs personnes évoquent une succession d'événements tragiques, qu'elles ont eu du mal à gérer, se réfugiant également dans l'excès de nourriture, telle Joséphine : « en 2006 j'ai perdu mon grand-père en 2008 ma tante... un homme violent...une grossesse... démission de la gendarmerie en 2009... J'ai pris 45kg en 15 ans progressivement... a 15 ans je pesais 55kgs à 36 100kgs... »⁷⁶. C'est également le cas de Jeannine qui indique : « G bientôt 32 ans, 4 enfants, en 3 ans g perdu mon boulot, mon papa, mon fiancé et j'en passe, en 2011 j'avais 86 kg, en 2017 100kg et d'énorme problème de dos, ma vie est loin d'être simple »⁷⁷

Dans tous les cas, le recours à la nourriture est vécu comme une tentative d'apaiser ses angoisses, de calmer son stress, comme l'évoque Martine : « je pense qu'il y a des moments où du coup tu vas manger que des conneries mais ça se joue sur le psychologique en fait ».

De même, Sasha évoque les « pulsion mauvaises habitudes alimentaires refuge dans la nourriture qui console et reconforte »⁷⁸, tout comme Vanessa « Je pense que l'on comble avec la nourriture un certain mal être, un manque enfin qqe chose. Pour ma part pas de grignotage mais je mange bcp au repas il doit certainement avoir une réponse psy »⁷⁹.

2.2.4 L'environnement familial à l'âge adulte

La grossesse est également souvent citée comme point de départ d'une forte prise de poids. En effet, si une prise de poids est normale à cette période de la vie, beaucoup de femmes n'ont pas réussi à perdre les kilos engrangés. Cet état de fait est sans doute dû à plusieurs raisons. Ainsi, Nadia explique : « 4 grosses qui m'ont fait arriver à 136 kg... Mes kilos de grossesse je ne les ai jamais perdus... j'ai allaité tous mes bébés et bonjour la faim le premier mois »⁸⁰. En effet, le fait d'allaiter un nourrisson entraîne une dépense énergétique plus forte, que l'on va compenser en mangeant davantage.

75 Post facebook du 10 août 2017 à 7h28

76 Post facebook du 10 août 2017 à 3h04

77 Post facebook du 09 août 2017 à 23h18

78 Post facebook du 02 août 2017 à 8h45

79 Post facebook du 02 août 2017 à 8h46

80 Post facebook du 09 août 2017

Pour les personnes vivant en couple, le rôle du conjoint n'est pas neutre. Les relations conjugales peuvent en effet être une des causes d'une prise de poids, comme l'indique Elisabeth : « mon mari était très jaloux, je me suis empiffrée pour ne plus ressembler à rien... Et il m'a foutu la paix »⁸¹. C'est également le cas de Marie-Christine qui évoque elle aussi « un mari extrêmement jaloux et manipulateur »⁸².

Si elle n'incrimine pas sa vie de couple, Monique estime simplement que « c'est du laisser aller un mari des enfants une maison bref plus rien à prouver donc laisser aller »⁸³.

Ainsi, pour certaines personnes, une relation de couple épanouie peut également avoir un impact. Les sujets évoquent également un retard dans la prise de conscience de leur obésité dû au regard du conjoint. C'est ce que manifeste Caroline au cours de son entretien : « j'ai grossi sans le voir parce que mon copain me disait que j'étais bien et que je lui plaisais. J'ai bien vu que je grossissais un peu mais j'ai eu un choc quand il était trop tard ». Ainsi, de nombreux conjoints n'ont pas conscience du surpoids de leur partenaire, ce qui peut se traduire par une incompréhension, voire un rejet, lorsque la personne prend la décision d'avoir recours à la chirurgie bariatrique, comme nous le verrons plus loin.

2.2.5 Le mode de vie

Quand on pose la question aux personnes concernées, elles sont finalement très peu nombreuses à identifier le mode de vie comme cause principale de l'obésité. Comme nous l'avons vu plus haut, la plupart évoquent davantage des accidents de la vie, des difficultés quotidiennes, des causes liées essentiellement à des facteurs psychologiques qui se développent sur un terrain favorable à la prise de poids comme une mauvaise éducation alimentaire. Dans les entretiens, le mode de vie n'est jamais apparu comme une cause du surpoids mais parfois comme un facteur empêchant de mettre en place des stratégies visant à perdre du poids. C'est ce qu'évoque Martine à plusieurs reprises au cours de son entretien : « Ben la coiffure ça m'a pas aidé du tout. La coiffure quand, ben je faisais une période de régime c'était compliqué parce que selon ce qu'il fallait que je fasse j'avais du mal à suivre ».

Toutefois, on peut également se demander si les raisons liées au mode de vie évoquées par

81 Post facebook du 11 août 2017 à 6h20

82 Post facebook du 11 août 2017 à 9h14

83 Post facebook du 10 août 2017 à 22h10

Martine ne cachent pas essentiellement un refus plus ou moins conscient de sa part de traiter un problème psychologique qui est, à mon sens, la cause principale de son obésité. En effet, les arguments qu'elle avance semblent parfois, d'un point de vue extérieur, relever davantage de causes psychologiques que de problèmes logistiques.

Ainsi, et contrairement aux idées reçues, le fait de manger régulièrement à l'extérieur, ou la vie professionnelle ne sont pas identifiées par les personnes en obésité comme une cause de leur surpoids.

En revanche, la vie professionnelle est identifiée comme une cause à partir du moment où elle a un impact sur le psychologique. En effet, la perte d'un emploi ou des relations professionnelles difficiles sont parfois mentionnée comme étant un facteur déclencheur, comme l'expliquent Coralie, Joséphine et Emeline, qui ont identifié leur prise de poids suite à leur perte d'emploi, mais qui lient cet événement à d'autres facteurs déclencheurs⁸⁴, ainsi que Marie-Christine qui évoque également du « stress au travail » tout en liant également cet événement à son mari « extrêmement jaloux et manipulateur »⁸⁵.

Ainsi, le mode de vie peut être considéré comme un facteur de prise de poids à partir du moment où il a un impact sur le psychologique et à condition qu'il ne soit pas un facteur isolé mais participe avec d'autres facteurs à la construction d'une détresse psychologique qui favorise le refuge dans l'absorption de nourritures de façon hyperphagique, désordonnée ou de type « malbouffe ».

Notons cependant que l'arrêt brusque d'une activité physique intense est également identifié comme facteur déclencheur d'une prise de poids, comme l'indiquent Monique, Valérie et Marjorie⁸⁶ tout en liant également cet arrêt de pratique sportive à d'autres événements. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, la prise de poids est forcément liée à un déséquilibre de la balance énergétique (c'est à dire quand les apports caloriques sont supérieurs aux dépenses). Ainsi, une baisse des dépenses énergétiques est une cause tout à fait plausible d'une prise de poids si le sujet n'adapte pas ses apports énergétiques en conséquence, ce qui semble être le cas ici.

84 Posts facebook du 09 août 2017 à 23h18, 10 août 2017 à 3h04 et 10 août 2017 à 3h12

85 Post facebook du 11 août 2017 à 9h14

86 Posts facebook du 10 août 2017 à 00h30, 3h12 et 11h09

Nous avons donc vu que les causes de l'obésité sont multifactorielles : elles proviennent le plus souvent d'un déficit éducatif pendant l'enfance, et sont majoritairement liées à l'environnement du sujet et à son impact psychologique sur la personne. La prise de poids est souvent déclenché par un ou plusieurs événements traumatisant qui vont inciter la personne à se réfugier dans la nourriture, à la recherche d'une source de réconfort et de bien-être.

Mais qu'arrive-t-il quand le sujet conscientise son obésité ? Quelles stratégies met-il en place afin de pallier à cette problématique ?

2.3 Les stratégies de perte de poids

La plupart des personnes interrogées, mais aussi la majorité des personnes faisant partie du groupe facebook, ont cherché avant tout à traiter les conséquences et non la cause. En effet, elles sont toutes passées par divers régimes sans chercher, du moins au début de leurs parcours, à identifier les causes de leur comportement alimentaire inadapté.

Cela peut s'expliquer par diverses raisons.

Tout d'abord, la culture occidentale a tendance à traiter les symptômes avant de chercher les causes de ces symptômes . Ainsi, dans le domaine médical, le médecin va prescrire au patient des remèdes qui vont soigner les désagréments ressentis. Ce n'est qu'à partir du moment où ces désagréments vont se manifester à nouveau que le praticien va se pencher sur les causes. Cela est également vrai dans le traitement du surpoids. Une personne avec des kilos en trop va avoir pour premier réflexe de faire un régime ou de faire du sport. De plus, comme nous l'avons vu plus haut, quand une personne se rend compte qu'elle a pris du poids, elle a souvent accumulé de nombreux kilos : la prise de conscience se fait de façon brusque, « une fois qu'il est déjà trop tard ». Il y a donc un sentiment d'urgence, une nécessité d'agir tout de suite, avec des résultats immédiats.

Parallèlement, le secteur « commercial » de la perte de poids regorge d'arguments prometteurs sur des pertes de poids rapides et efficaces. Par secteur « commercial », j'entends à la fois les publications d'ouvrages, les articles de magazines (principalement des magazines féminins), ainsi que les diverses entreprises (Weight Watchers et Natur'house pour ne citer que les plus célèbres).

En effet, la perte de poids est un marché florissant. A titre d'exemple, les livres de certaines méthodes s'écoulent à des millions d'exemplaires : « Je mange donc je maigris » du célèbre Michel Montignac s'est ainsi écoulé à 18 millions d'exemplaires à ce jour, dont 6 millions uniquement en France⁸⁷. De même, l'ouvrage « Changez d'alimentation » du Professeur Henri Joyeux, médecin dont on peut rappeler qu'il a été radié par le Conseil de l'Ordre des Médecins en 2016 pour non-respect du Code de Déontologie⁸⁸, figure en deuxième position des meilleures ventes du rayon alimentation à l'heure actuelle sur Amazon⁸⁹. Quant aux articles des magazines féminins, ils ne font que reprendre certaines de ces méthodes, en général avant la période estivale ou après les fêtes de fin d'année pour des raisons évidentes, en les résumant et en les vulgarisant, se garantissant ainsi un tirage conséquent dans l'optique d'obtenir une part de cette manne financière que représentent les personnes en surpoids.

D'après les différentes études, ces régimes, voire les régimes en règle générale, ne sont pas efficaces sur le long terme. Certains sont même dangereux, Tous participe au développement de l'obésité grâce à l'effet yoyo explicité plus haut. Mais qu'en ont pensé les principaux intéressés ?

2.3.1 Les différents régimes

En choisissant de me centrer sur les personnes ayant subi une opération bariatrique, je choisissais d'enquêter sur ces personnes qui avaient, de fait, un parcours dans le monde des régimes. J'ai donc demandé, sur le groupe facebook, ce qu'elles avaient tenté comme régimes avant de songer à l'opération⁹⁰, afin de provoquer des échanges à ce sujet (ce qui a bien fonctionné puisque j'ai reçu 187 contributions).

Le constat est le même pour toutes les personnes qui ont répondu : elles ont tenté différentes méthodes de régime, sur plusieurs années. Et confirment que ces tentatives successives les ont doucement amenées sur le chemin de l'obésité, comme le résume Jean-Marc : « en 30 ans, j'ai perdu 250 kilos et au final j'en ai repris 300 »⁹¹.

87 wikipedia

88 Wikipedia

89 Amazon.fr, les meilleures ventes en alimentation, régimes et diététique, mis à jour toutes les heures, consulté le 13 octobre 2017

90 Post facebook de ma part du 02 octobre 2017 à 10h40

91 Post facebook du 02 octobre 2017 à 10h48

Les méthodes utilisées sont extrêmement diverses. Si ces réponses ne concernent que quelques personnes, elles donnent une liste impressionnante de méthodes, qui, si elle n'est pas exhaustive, permet néanmoins d'avoir un aperçu de cette nébuleuse dans laquelle on entre, souvent sans guide, quand on souhaite perdre du poids. Les participants citent principalement des régimes (Dr Cohen, Dukan, soupe au chou, Weight Watchers, le Secret du poids, Low carb, Thonon, Natman ou régime des hôtesse de l'air, hyperprotéiné, Mayo, Sonia Dubois, régime en fonction du groupe sanguin, régime bananes, chrono-nutrition...). Beaucoup évoquent également des suivis paramédicaux, tels que les diététiciens, nutritionnistes, ainsi que les méthodes d'hypnose ou de laser (qui s'apparentent à l'acupuncture). Quelques personnes affirment avoir été en cure, soit dans un centre spécialisé, soit en cure thermale. Dans les deux cas, l'accompagnement proposé lors de ces cures n'a pas non plus permis de perte de poids significative, ou de façon très ponctuelle. Notons également que la prise médicamenteuse a souvent été un recours pour plusieurs de ces personnes. On peut citer notamment le tristement célèbre Médiator (commercialisé par les laboratoires Servier et retiré de la vente à cause de ses graves effets secondaires), mais également l'Isoméride (également commercialisé par les laboratoires Servier et également retiré de la vente à cause de ses effets secondaires...) et du Prozac (dont on sait qu'il est délivré sous ordonnance, ce qui implique un suivi médical). Natur'house (pourtant leader sur le marché), et qui propose de perdre du poids en ingérant des compléments alimentaires, n'est finalement cité que peu de fois. Quelques méthodes originales, qui pourraient faire sourire si le sujet n'était pas dramatique, sont également mentionnées de façon anecdotiques : les sacs poubelles (c'est à dire enrrouler un sac poubelle noir, puisque « le noir attire la chaleur et brûle la graisse », les parties du corps que l'on souhaite voir maigrir), ainsi que les billes auriculaires (c'est à dire mettre des billes en acier dans l'oreille, ce qui permettrait de stimuler des centres nerveux et de perdre du poids). Enfin, et c'est un constat alarmant, certaines personnes se sont tout simplement mises à fumer ou à se faire vomir après les repas.

Mais pourquoi ces stratégies n'ont-elles pas fonctionné ?

2.3.2 Les causes d'échec

2.3.2.1 La frustration

Il faut tout d'abord être conscient de la frustration que peut entraîner la modification de ses habitudes alimentaires. Cette frustration tient essentiellement à deux facteurs. Tout d'abord, nous avons bien identifié plus haut que le recours à la nourriture était une source de bien-être. Poussé à l'extrême, il peut devenir le seul remède à un mal-être, du stress, une détresse affective ou psychologique et devient le refuge à des personnes en souffrance. Or, enlever à une personne sa source de réconfort revient à la frustrer. Dans la plupart des cas, cette frustration peut se transformer en véritable obsession, qu'il est très difficile de réguler sur la longueur. Ainsi, Maryline témoigne : « Je craquais au bout de qq mois et reprenais tjs un peu plus... »⁹², tout comme Fatima : « j ai reussi a perdre 26kg en qqe mois mais pas su tenir sur la duree j ai repris une douzaine de kilos »⁹³.

Le deuxième facteur fait appel aux sens. La consommation d'aliment active plusieurs sens : le goût bien entendu, mais également la vue, le toucher et l'odorat. Or, beaucoup de régimes sont monotones : certains préconisent de ne consommer qu'un seul type d'aliments, d'autres interdisent le gras ou le sucre... La notion de plaisir est ainsi évacuée, ce qui est également source de frustration. Rabia, en parlant de régime soupe au chou qu'elle a suivi, explique : « moi nn plus cela n'a pas marcher et niveau odeur lors de la préparation et niveau goût c t pas top du tt »⁹⁴. C'est Sonia, lors de son entretien, qui met véritablement des mots sur la difficulté de gérer une frustration sur le long terme : « la frustration sur la durée c'est impossible (...) plus je me frustre, plus j'ai envie de transgresser (...) je ne peux pas faire le deuil en me disant que je devrais vivre comme ça tout le temps ». Martine indique dans son entretien que « si on te fait de la restriction ben au bout d'un moment tu pètes un câble ». D'après Leïla, lors de son entretien, cette frustration entraîne, au bout du compte des comportements alimentaires encore plus inadaptés : « je pétais un plomb et j'allais manger le goûter de mes enfants, le bout de saucisson qui traîne ». Ainsi, il semblerait que, pour qu'une modification du comportement alimentaire soit durable, elle ne doive pas entraîner une trop grande frustration, et doit donc intégrer la notion de plaisir.

92 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 10h45

93 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 11h32

94 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 11h20

2.3.2.2 L'environnement

D'autres personnes évoquent l'impact de leur environnement comme cause d'échec de leurs tentatives de perte de poids. Elles évoquent des modifications d'ordre affectif ou professionnel. Ainsi, Sophie était « en pleine séparation... Donc dur de manger fatiguée vidée... Situation compliquée »⁹⁵. Patricia, de son côté évoque des difficultés d'ordre professionnel, qui ont eu un impact sur son comportement alimentaire : « suite a des conflits au travail j'ai commencé à reprendre »⁹⁶. Ces événements ont un véritable impact psychologique, entraînant du stress et poussant les personnes à, encore une fois, se servir de la nourriture comme d'un refuge. Le besoin de bien-être devient une urgence et la principale façon d'y répondre est de reproduire un schéma qu'elles ont déjà pratiqué : le recours à la nourriture, et donc l'impossibilité de poursuivre un régime. Notons cependant qu'il n'est nul besoin d'être en situation de crise pour que l'environnement ait un impact sur son régime alimentaire. Ainsi, Angèle indique simplement une modification de ses habitudes de vie, s'appuyant simplement sur des aspects logistiques : « j'avais perdu 40kilos et kan j'ai commencer à travailler hôtesse de caisse donc les heures pas fixes pour manger j'ai repris tout ce que j'avais perdue »⁹⁷. Notons cependant que l'environnement reste une cause indirecte des échecs de ces régimes. En effet, il est en interaction avec la personne. C'est cette interaction qui va modifier la psyché de la personne et c'est cette psyché qui va intervenir dans les mécanismes du comportement alimentaire, comme l'explique Kurt Lewin avec sa théorie des champs. Kurt Lewin considère qu'il existe un système interne (l'individu) et un système externe à l'individu (l'environnement), constitué de « tous les éléments qui, de près ou de loin, sont en relation avec un individu en particulier »⁹⁸. Or, l'environnement est en perpétuelle interaction avec l'individu. Il considère donc que la personne est « un système dont toutes les composantes internes et externes s'influencent les unes les autres »⁹⁹.

Donc, l'individu se nourrit et se construit grâce aux interactions qu'il a eu avec son environnement tout au long de sa vie. Ces interactions influent sur l'évolution de l'individu et contribuent à forger ce qu'il est en tant que personne. Ainsi, on ne peut isoler une variable

95 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 11h03

96 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 11h03

97 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 11h36

98 BEDARD René, (1985), Justesse et actualité de la théorie de Kurt Lewin sur le développement de l'adolescent, *Revue des sciences de l'éducation*, hiver, vol. 7, n°1, p. 118

99 *Ibid.*

particulière car elle n'est significative qu'à l'intérieur de cet ensemble : l'individu est global et réagit en tant que tout.

Kurt Lewin introduit donc la notion de champs : « le champ comprend tous les faits qui existent à un moment donné pour un individu ou un groupe »¹⁰⁰. Ces champs sont constitués de variables, qu'elles soient psychologiques (besoins, motivations, perceptions, etc. de l'individu) ou non psychologiques (normes culturelles, météo par exemple). Chaque champ interagit avec les autres, avec plus ou moins de force, ce qui va influencer l'individu et entraîner une réaction qui va se traduire par le comportement.

2.3.2.3 La santé

Le principe d'un régime est de modifier de façon conséquente la consommation alimentaire d'une personne, soit en réduisant ses apports énergétiques (dans le cas de régimes hypocaloriques) ou en modifiant le type d'aliments ingérés (en privilégiant un type d'aliment au détriment des autres, comme les régimes hyper protéinés par exemple). Ainsi, les régimes ont également un impact sur la santé, ce qui est aussi une cause d'échec de ces méthodes. J'ai personnellement été victime de régimes hypocaloriques. Pendant plusieurs mois, j'ai très largement limité mes apports énergétiques, ce qui a eu pour conséquence d'induire une grande fatigue physique. J'ai cependant ignoré cette fatigue, qui est pourtant une alerte sur un état de santé général, et choisi de continuer ce régime. Mon entêtement n'a eu des conséquences importantes : sensations de vertige de plus en plus fréquentes (dues à des épisodes d'hypoglycémie), puis pertes de connaissance à plusieurs reprises. J'ai donc finalement stoppé ce protocole, qui s'avérait dangereux sur du long terme.

De même, les régimes hyper protéinés, par exemple, peuvent avoir de nombreuses conséquences physiologiques. Certaines peuvent paraître anodines (mais constituent tout de même des alertes), comme l'évoquent Sandrine : « j'étais de mauvaise humeur et l'haleine à cause des protéines »¹⁰¹ et Rabia : « j'étais vraiment très faible en plus tjrs constipé »¹⁰². D'autres peuvent être beaucoup plus douloureuses et dangereuses, comme l'explique Valérie

100 DEMARQUE Christophe (2011). Perspective temporelle future et communication engageante, une approche psychosociale du rapport au futur dans le domaine de l'environnement. *Psychologie*. Aix-Marseille Université, p.60

101 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 12h53

102 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 11h26

qui a elle aussi suivi un régime hyper-protéiné qui a entraîné des « crises de colliques néfrétiques dues à l'apport trop important de protéines »¹⁰³. L'impact sur la santé de certains régimes est donc réel. Avec de réels effets secondaires, plus ou moins dangereux, ces impacts sont également une cause importante de l'abandon de ces régimes par les personnes qui en sont victimes.

2.3.2.4 Les professionnels de santé

Que se passe-t-il du côté de la prise en charge par des professionnels de santé ? En effet, si l'alimentation est avant tout une question de santé, ces professionnels devraient être les plus à même de pouvoir accompagner les patients de manière sécurisante et efficace. Pourtant, là aussi, il y a beaucoup de constats d'échecs, à la grande surprise de Sophie dont les régimes ont été « tous suivis par médecin »¹⁰⁴. Les personnes évoquent majoritairement un accompagnement médical de deux types de professionnels : les médecins (souvent des médecins traitant, voire des spécialistes comme des endocrinologues) et les diététiciens.

En ce qui concerne les médecins, soulignons un premier fait : la quasi-totalité des méthodes pour perdre du poids sont élaborées par des médecins. Parmi ces médecins devenus stars, nous pouvons citer par exemple les docteurs Pierre Dukan (médecin nutritionniste dont la méthode est à la fois la plus célèbre mais la plus dangereuse et la plus décriée), Herman Tanower (cardiologue qui a mis au point le régime scarsdale), Alain Delabos (qui a mis au point le régime de la chrono-nutrition), ou le Professeur Henri Joyeux (praticien en chirurgie digestive, dont j'ai déjà parlé plus haut). Or leurs méthodes, comme la plupart des régimes, sont non seulement inefficaces sur du long terme, mais participent même à l'épidémie d'obésité (comme je l'ai expliqué dans la première partie de ce mémoire). Cela donne à réfléchir. Valérie explique d'ailleurs : « j'ai fait depuis 25 ans toutes les erreurs à ne pas commettre (d'ailleurs souvent conseillé par un médecin traitant) »¹⁰⁵. Martine, au cours de son entretien, déplore « le manque de sérieux » des professionnels de santé. Elle explique avoir perdu confiance et relate une rencontre avec un médecin qui lui a fait baisser les bras : « il m'a posé plein de questions, l'hérédité, le machin truc muche, il m'a dit je vous fais faire de l'hospitalisation de jour, il m'a reçue après les hospitalisations de jour et il m'a dit « Ben ma

103 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 10h49

104 Post Facebook du 03 octobre 2017 à 7h21

105 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 10h49

brave fille » il m'a dit « voilà, on a fait tes examens, tes machins ben t'as de l'hérédité, t'as eu ton agression, on t'a pourri le corps avec des régimes, on t'a donné des médicaments qu'on n'aurait jamais dû te donner de ta vie (...) pour moi tu es un cas désespéré (...) je ne peux rien faire pour toi » ». On imagine aisément l'impact que ce genre de discours a eu sur Martine. En dehors du rôle de conseil sur telle ou telle méthode, certains médecins ont en effet eu tendance à prescrire des traitements médicamenteux (notamment le Médiator, l'Isoméride et le Prozac, qui sont cités à plusieurs reprises quand on demande aux personnes quelles stratégies elles ont mis en place pour perdre du poids). C'est ce qui est arrivé à Pascale : « la seule fois où j'ai perdu du poids c'est lorsque mon médecin traitant m'a donné un traitement médicamenteux : médiator entre autre ; merci pour la suite »¹⁰⁶. Certes, et comme l'explique encore Valérie « comme tout nouveau régime ils ont rarement le recul et le suivi à long terme »¹⁰⁷. Cela montre avant tout, et selon moi, que la médecine est assez désemparée devant le surpoids. Elle n'arrive pas à trouver une réponse scientifique efficace et universelle. Comme le dit Sonia : « aucun¹⁰⁸ n'est d'accord alors nous comment veux tu que nous sachions nous même... »¹⁰⁹. Sans doute parce que la réponse n'est pas unique : l'obésité ayant des causes multifactorielles, les réponses ne peuvent être que pluridisciplinaires.

Les diététiciens (ou devrais-je dire les diététiciennes, la profession étant à 95 % féminine¹¹⁰) sont une profession paramédicale centrée sur l'alimentation. Afin de vérifier le contenu de la formation, j'ai moi-même suivi la première année du BTS diététique (pendant l'année scolaire 2014/2015). J'ai ainsi pu constater son niveau scientifique rigoureux et élevé. Certes. Mais l'enseignement est centré sur la biologie, la biochimie, la physiopathologie, la nutrition, la connaissance des régimes et les techniques culinaires. Il n'y a quasiment aucun apport en psychologie ou sociologie. Ainsi, les diététiciens sont extrêmement compétents pour définir ce qu'il faut manger et comment, en fonction des objectifs des patients. Mais ils ne prennent pas en compte l'individu en tant que personne, dans sa dimension psychologique et sociale. Et prescrivent des protocoles souvent impersonnels et inadaptés. Véronique explique : « une diététicienne m'a donné un régime basé sur uniquement légumes cuits le midi et crus le soir avec 50 gr de viande blanche et petit dej 1 biscotte légèrement beurrée trempée dans le café.

106 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 12h32

107 Post Facebook du 02 octobre à 17h06

108 Elle parle des médecins

109 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 12h51

110 <http://www.edp-nutrition.fr/focus/conseils-pro/986-une-profession-en-pleine-expansion>, page consultée le 02 octobre 2017

C'est mon pire souvenir. Je mourrais de faim. J'ai tenu 1 mois seulement... »¹¹¹. Cet écart entre ce que le diététicien préconise et ce que le patient peut appliquer se traduit par une rupture entre les deux protagonistes. C'est ce qui s'est passé pour Christelle qui dit, en parlant de sa diététicienne qu'en « trois mois elle me saoulait déjà »¹¹². Pour ma part, j'ai également été suivi par une diététicienne. J'ai trouvé que celle-ci était pertinente, qu'elle savait de ce dont elle parlait. Mais j'étais bien incapable d'appliquer ses conseils : souvent, je ne savais pas comment réaliser les menus qu'elle m'indiquait (la préparation d'un soufflé de légumes peut tenir du mysticisme pour un non-initié), ou mon mode de vie ne me permettait tout simplement pas de suivre le protocole au pied de la lettre. J'ai, comme tous les autres, fini par abandonner.

2.3.2.5 Les aspects financiers

Enfin, il est important d'indiquer que l'aspect pécuniaire est également une cause d'abandon de certains régimes. Certains protocoles nécessitent un budget important. J'ai suivi un régime protéiné (prescrit par un médecin) qui nécessitait l'achat de sachets qui étaient les uniques composants de mes repas pour un montant d'environ 450 euros mensuels¹¹³. Comme le dit Laura « les proteines ça coûte cher ! »¹¹⁴. C'est également ce qu'évoque Martine dans son entretien : « financièrement j'avais beaucoup de mal (...) le médecin qui était professeur elle était remboursée mais tous les mois j'en avais pour 500 euros à peu près de médicaments ». L'aspect financier est également une des raisons pour laquelle Caroline, que j'ai interviewée, n'a pas pu accéder à un suivi médical : étant étudiante et avec peu de revenus, elle s'est tournée uniquement vers ce que j'appelle les « auto-régimes », c'est à dire les régimes pratiqués sans suivi, en se basant sur un protocole trouvé dans un magazine, un livre, ou internet. Paule évoque « un gouffre financier »¹¹⁵, Nathalie des régimes dont « beaucoup qui n'ont fait maigrir que mon porte monnaie »¹¹⁶ et Caroline « une diet qui m'a coûté 1 bras (...) je ne compte plus l'argent que j'ai perdue ça me rend malade »¹¹⁷. Or, comme nous l'avons vu dans la première partie, le surpoids est fortement lié aux revenus : plus on a des revenus

111 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 11h48

112 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 11h11

113 Le montant a été actualisé en visitant le site internet de la société Insudiet, puisque j'ai suivi ce régime en 2001.

114 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 11h03

115 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 13h19

116 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 22h37

117 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 20h36

financiers élevés, moins on a de risques d'être concernés par l'épidémie d'obésité. Entre coûts prohibitifs et inefficacité des méthodes employées, Dominique conclue « la seule chose qui a maigri c mon compte en banque »¹¹⁸.

2.3.2.6 Le sport et l'activité physique

Notons que, dans les stratégies employées, peu de personnes mentionnent le sport. En effet, et comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, la prise de poids est dû au la différence entre les apports et les dépenses énergétiques. On pourrait donc, de façon tout à fait logique, se tourner vers le sport afin d'augmenter ses dépenses. Toutefois, si le sport est souvent évoqué comme une réponse pertinente, peu s'y sont astreint. Lors des entretiens, les personnes interrogées sont assez unanimes : Sonia dit qu'elle « déteste le sport, ça n'a jamais été mon truc », tout comme Leïla qui dit « je ne fais pas de sport, je ne suis pas sportive pour un sou », ou Caroline « je faisais parfois du sport mais vite fait parce que je suis une grosse fainéante ». Jessica va même jusqu'à avouer : « quand j'étais à l'école je faisais tout pour me faire dispenser de sport, j'ai même fait semblant d'être malade ». Seule Martine a évoqué pratiquer « de l'athlétisme et de la préparation à des marathons (...) le soir je faisais de la natation en compétition (...) je faisais également du modern jazz et ce jusqu'à mes 16 ans ». D'une façon générale, il semble donc que le sport n'est pas la première stratégie que mettent en place les personnes en situation d'obésité. Toutefois, si la pratique sportive semble une piste intéressante pour la perte de poids, rappelons que ce mémoire est centré sur l'alimentation. Je choisis donc de ne pas approfondir cette question.

Comme nous venons de le voir, les personnes ont toutes mis en place différentes stratégies afin de perdre du poids, avant de se tourner vers une opération bariatrique. Une grande majorité a d'ailleurs multiplié les tentatives, et comme nous l'avons vu, ces nombreuses tentatives ont concouru à leur prise de poids, les menant d'un simple surpoids à une obésité morbide. Mais alors, quel a donc été le déclic qui les a décidées à se tourner vers une solution considérée comme définitive ?

118 Post Facebook du 02 octobre 2017 à 12h15

2.4 La prise de conscience ou le « déclic »

Toutes les personnes qui se sont tournées vers une opération bariatrique ont eu des parcours relativement similaires : prise de poids, mise en place d'une stratégie pour perdre ce poids, échec de cette stratégie, reprise de poids supplémentaire (effet yoyo), mise en place d'une autre stratégie de perte de poids... Ce processus se répète en cycles plus ou moins nombreux selon les personnes. Mais à quel moment prend-t-on conscience que l'on est effectivement enfermé dans un cycle ? Quel est l'événement qui pousse la personne à s'orienter vers une prise en charge chirurgicale, considérée comme l'opération « de la dernière chance » ?

Pour arriver à le comprendre, j'ai demandé aux membres du groupe Facebook quel était ce déclic¹¹⁹. Parmi toutes les questions que j'ai posé sur ce forum, c'est celle qui a vu le plus de participation des membres. En effet, les événements racontés sont parfois tragiques, et font souvent appel à l'émotion. Beaucoup d'événements ont des similitudes : les différents participants trouvent un écho à leur propre parcours, ce qui a entraîné des échanges et des soutiens entre ces personnes.

Si quelques réponses, de façon assez anecdotiques, indiquent qu'il n'y a pas eu d'événements particuliers, je me suis rendu compte que la majorité des sujets se rappelaient très précisément l'instant où elles ont eu ce « déclic ». On peut catégoriser ces événements en deux grandes familles : les causes personnelles, qui relèvent d'un processus interne à l'individu, et les causes sociales, qui résultent de l'environnement, qu'il soit social, familial ou professionnel.

2.4.1 Les causes personnelles

Ce type de prise de conscience relève de l'individu en tant que tel. Il fait appel à des leviers unipersonnels et ne concernent pas, ou peu, la vie sociale de la personne. Notons cependant que cette prise de conscience peut survenir à la suite d'un événement extérieur. J'ai relevé 4 types de causes personnelles.

¹¹⁹ Question posée sur le forum le 13 octobre 2017 à 11h48 : « Bonjour tout le monde ! Vous vous souvenez du "déclic" qui vous a fait dire que vous aviez besoin d'une opération ? »

4.1.1 L'image de soi

L'image de soi découle à la fois d'un processus interne (et dont de causes personnelles) mais également de l'environnement social (l'image que les autres ont de la personne). Je n'aborderai ici que les faits qui relèvent de causes personnelles, c'est à dire l'image que l'on a de soi et non pas celle que les autres renvoient. Il s'agit de sa propre perception et non de celle des autres.

Beaucoup de personnes qui ont répondu à la question posée mentionnent le fait de ne plus supporter leur image. De fait, elles évitent les miroirs, comme l'expliquent Mounia : « ne plus pouvoir ce souffrir devant un miroir ou en photo »¹²⁰ et Solange : « ne plus me supporter en photo ou dans le miroir »¹²¹. De fait, les personnes occultent leur image, celle-ci ne correspondant plus à ce qu'elles souhaiteraient renvoyer. Au fait et à mesure, elles perdent leur image visuelle, parfois pendant plusieurs mois voire plusieurs années. Puis, quand elles sont confrontées à nouveau à cette image qu'elles avaient perdu, c'est un choc. Sonia identifie précisément ce phénomène : « Une soirée entres amis, un délire, un Pari et de monté sur le taureau mécanique. Échange de photo et vidéo avec les copines. Et la le choc, on ne se reconnaît pas. »¹²². Tout comme Mathilde, qui elle aussi a eu un choc au moment de sa prise de conscience quand elle a vu « Une photo de groupe après ma soutenance où je me cachait derrière les autres.

J'en ai pleuré... »¹²³. De même, la plupart des personnes concernées mettent en place des stratégies pour éviter d'être confrontées à leur image, elles en viennent souvent à nier leur corps, notamment, pour les femmes, à ne plus prendre soin de l'image qu'elles renvoient, en s'habillant avec des vêtements amples qui cachent leurs formes, à refuser de porter certains types de vêtements. C'est le cas de Françoise qui a repris conscience de son corps « Quand je me suis acheté une robe pour mettre à mes 40 ans car je n'en mets jamais et que je me suis sentie, affreuse énorme pathétique dedans là j'ai dis c'est fini et c'est maintenant »¹²⁴. Lors de son entretien, Sonia explique : « y a eu aussi une prise de conscience car mon image corporelle ne correspondait plus du tout à l'image mentale de moi-même ». Elle relate ainsi une chute car elle avait développé une mauvaise perception dans l'espace. Elle précise : « j'avais mal calculé mon coup, et je suis tombée alors que je pensais passer là où je voulais passer ». Occulter son image est une stratégie permettant aux personnes concernées de ne pas faire face à la réalité, celle-ci étant parfois trop difficile à accepter. Quand elles sont à nouveau

120 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 15h19

121 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 14h46

122 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 13h31

123 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 15h22

124 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h15

confrontées à cette réalité, elles le ressentent comme un choc, une prise de conscience, qui les a amené vers la décision d'une prise en charge chirurgicale.

2.4.1.2 La santé

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, l'obésité peut fréquemment entraîner des complications en terme de santé. C'est notamment un facteur aggravant de nombreuses pathologies, voire un facteur déclencheur. Aussi, de nombreux membres du groupe ont pris conscience de l'urgence d'agir quand elles se sont trouvées confrontées à une détérioration, parfois importante, de leur santé. Brenda explique que si elle s'est finalement tournée vers la chirurgie c'est à cause d'un « Problème de santé, je suis arrivée aux urgences sous grande détresse respiratoire. Le medecin a dit que Si je n'étais pas arrivée aux urgences je serais morte d'étouffement chez moi. »¹²⁵. Christine et Barbara ont été mises en garde, parfois de façon violente, par leurs cardiologues : « le déclic moi ça a été un cardiologue au bout de mon lit d'hôpital suite à une embolie pulmonaire qui m annonce que si je continue il me reste maxi 5 ans à vivre »¹²⁶, « Le cardiologue qui m a dis en rentrant dites au revoir a vos deux bb. Je vous predis une crise cardiaque avant vos 30 ans. »¹²⁷. La plupart ont développé également des stéatoses hépatiques, plus communément appelées « foie gras d'origine non alcoolique » , qui sont directement liées à l'obésité, comme en témoignent Corinne et Vanessa qui parlent de leur : « steatose hépatique bien avancé »¹²⁸ et « ma steatose bien avancé »¹²⁹. Jean-Marc lui, s'est alerté dès le début des symptômes : « Mes chevilles commencent à lâcher. Trop typé le gars ! 128kg 1,84m 50ans et l'apnée du sommeil qui a montré le bout de son nez »¹³⁰. Apnée du sommeil, diabète, anévrisme, tension artérielle, épine calcanéenne, les exemples de conséquences d'une obésité morbide sont nombreux. Certains ont également vécu des complications de santé de proches (notamment dans la sphère familiale) avec parfois des conséquences dramatiques, telle Claudine : « dans la famille de maman tous diabétiques et tous finis amputés et la j'ai dit : "stoooooooooop" »¹³¹. Enfin, notons également le témoignage de Valérie, dont le médecin lui a affirmé « Que je serais stérile si je

125 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h05

126 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h54

127 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h55

128 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h00

129 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h11

130 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 13h07

131 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h24

perd pas du poids tres rapidement »¹³². Son désir d'enfant a été le plus fort et elle a décidé de se tourner vers une opération bariatrique.

2.4.1.3 Les causes psychologiques

Certains événements s'apparentent à des chocs psychologiques ou psychiques. Ces chocs entraînent chez le sujet une peur de la mort, la conscience que son obésité est véritablement morbide, que le terme d'« obésité morbide » n'est pas qu'une expression. La plupart ont été confrontés à la disparition de proche. Le témoignage de Sylvie est éloquent. Elle a eu un choc « Quand j'ai enterrée ma maman, j'ai été choqué en voyant son cercueil. (elle pesait presque 200kg à sa mort) Je me suis dit que je ne voulais pas finir comme ça »¹³³. Michelle a été confrontée à « la mort de ma belle soeur à 19 ans »¹³⁴, Ouided à l'« infart de la mère »¹³⁵, ce qui lui a permis une « remise en question au niveau personnellle donc je me suis dis faut prendre les choses en main »¹³⁶. Laurence quant-à elle indique : « J y pensais¹³⁷ depuis 6 mois, la mort de mon pere a ete la petite etincelle qui me manquait »¹³⁸. La peur de la mort peut également se développer suite aux alertes du corps médical, comme pour Fadela, qui a réagi « Quand j'ai une tension artérielle de 21 et que le médecin m'a dit que si je faisais rien j'allais y rester un jour »¹³⁹. D'autres (et ils sont nombreux) ont eu un véritable choc psychologique quand leur poids est passé à 3 chiffres, comme l'expliquent Mylène, qui a pris conscience de son poids « Dès que j'ai vu les 3 chiffres »¹⁴⁰ et Aurélie : « Je suis monté sur la balance cher mon beaux père j'en naver pas cher moi lol et j'ai vu 129kg et la je me suis dit j'ai besoin d'aide »¹⁴¹. De façon plus globale, ces chocs psychologiques font prendre conscience des échecs des stratégies de perte de poids mises en place précédemment et de l'urgence de trouver une prise en charge efficace, comme le résume Marie : « Le sentiment de tourner en rond et de ne plus m'en sortir... et l'horloge tourne... »¹⁴².

132 Post Facebook du 14 octobre 2017 à 01h47

133 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h11

134 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 13h09

135 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 14h43, infart signifiant infarctus

136 *Idem*

137 À l'opération

138 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 14h23

139 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h04

140 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h09

141 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h13

142 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 11h52

2.4.1.4 La vie quotidienne

Enfin, les prises de conscience les plus nombreuses sont des événements de la vie quotidienne. Certains peuvent paraître anecdotiques, d'autres sont plus dramatiques, mais tous traduisent des difficultés récurrentes qui se cumulent jusqu'à un « trop plein » qui fait réagir la personne concernée. Beaucoup de membres du groupe relatent des faits en rapport avec l'habillement, comme Laura, qui s'est « réveillée » en « En allant acheter des fringues »¹⁴³. Trouver des vêtements à sa taille est souvent un parcours du combattant pour une personne en situation d'obésité. Mais une fois que l'on a trouvé à se vêtir, les personnes se trouvent confrontées à des problèmes techniques qui les font réagir. Les exemples sont nombreux. Marina explique : « tu es obligé d'attraper ton pantalon pour enfiler ta chaussette »¹⁴⁴. Véronique, elle, a eu « Le bras en écharpe et l'impossibilité de remonter seule mon jogging de l'autre main car bras pas assez grand pour faire le tour !!!! »¹⁴⁵. Quant à Laurence, elle indique : « cet été j'ai suivi les conseils du podologue j'ai acheté des Birkenstock avec une boucle devant. Impossible à attacher pour moi . C'est la que j'ai compris. Ça ne venait pas de ma spondylarthrite mais bien de mon poids »¹⁴⁶. De simples gestes relatifs à la toilette peuvent également devenir difficiles : Marjorie a pris conscience de son poids « Le jour où j'ai plus été capable de couper moi même mes ongles de pieds à 33 ans »¹⁴⁷. L'essoufflement, les difficultés à se déplacer font également partie de la vie quotidienne des personnes en obésité morbide comme l'indique Samantha : « Petite randonnée en famille, et là..... essoufflement avec un léger dénivelé ! »¹⁴⁸. Delphine explique que sa prise de conscience a eu lieu « Quand je me suis rendue compte que chaque pas devenait de plus en plus difficile tout comme les gestes de la vie quotidienne »¹⁴⁹. L'ensemble de ces événements font partie de la vie quotidienne. Ces difficultés se répètent chaque jour. D'autres événements du quotidien sont ponctuels mais ont un impact certains sur les sujets, amenant, là encore, une prise de conscience brutale, comme pour Lorène : « Pour ma part j'avais déjà cette idée après ma première grossesse mais a la seconde j'ai fait des sciatique paralysante a cause d'une énorme hernie discale j'ai tellement souffert. Et j'ai du arrêter l'allaitement brutalement je me suis faite

143 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 11h58

144 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 13h21

145 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h32

146 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h26

147 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 13h42

148 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h07

149 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h23

opéré et pas pu porter ma fille de 3 mois très dure pour une maman de pas pouvoir s'occuper de ses enfants. Du coup j'ai dit plus possible ce poids je veux plus souffrir comme ça ! Je veux soulager mon dos!!! »¹⁵⁰. Enfin, de nombreuses difficultés sont ressenties par les personnes à cause des équipements publics qui ne sont pas adaptés aux personnes de forte corpulence. Ludivine s'est rendue compte de son volume « Quand j'ai dû prendre l'avion pour le mariage de ma sœur et que j'arrivais à peine à rentrer mon cul dans le siège...grand moment de solitude (et grosse prise de conscience) ! À peine rentrée j'ai téléphoné au chirurgien »¹⁵¹. A ma grande surprise (sans doute parce que je ne suis pas féru de parcs d'attraction), les manèges sont plusieurs fois cités comme étant inadaptés, notamment par Olivier : « parc d attraction j ai du sortir d une attraction avant le depart »¹⁵² et par Sylvie : « Quand j'ai été refusé d'un manège dans un parc d attraction (grand huit) car on arrivait pas à fermer les barres de sécurité et que le voyant ne s'éteignait pas et du coup le manège ne voulait pas démarrer... la honte devant tout le monde. D ailleurs même avec 30kg de moins depuis je ne suis jamais retourné dans un parc d attraction »¹⁵³.

2.4.2 Les causes sociales

Le déclic se produit également suite à des événements ou des faits se déroulant dans la vie sociale de la personne. Cette vie sociale comprend plusieurs sphères : la sphère familiale, la sphère professionnelle, ainsi que la sphère sociale publique, c'est à dire les interactions se déroulant hors des sphères familiale et professionnelle. Elles ont pour caractéristiques de renvoyer un jugement qui est fortement dépendant de l'environnement culturel et donc de la société dans laquelle évolue la personne. En effet, dans certaines cultures, ou à certaines époques, le surpoids n'est pas considéré de la même manière. Les événements qui suivent, et qui ont été relatés par les membres du groupe Facebook, se sont donc déroulés en France, dans un environnement occidental actuel. On peut imaginer que les mêmes situations, dans d'autres espace-temps, n'auraient pas engendré les mêmes réactions.

150 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h31

151 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 14h41

152 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 14h01

153 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 20h49

2.4.2.1 La sphère familiale

D'après les contributions des membres du groupe Facebook, la sphère familiale est celle où s'est déroulé le plus grand nombre d'événements produisant des prises de conscience. A ma grande surprise (sans doute parce que je n'ai pas d'enfants moi-même) la majorité de ces événements sont relatifs à des faits liés aux enfants et sont relatés par les mères et les grand-mères. On peut distinguer deux familles de cas : ceux où les enfants sont bienveillants envers leur parent en situation d'obésité et ceux où le surpoids est une source de mal-être pour l'enfant.

Dans le premier cas, c'est essentiellement le parent (la mère ou la grand-mère, je n'ai pas trouvé de témoignages masculins) qui prend conscience de l'impact possible du poids sur la relation qu'il entretient avec l'enfant. Patricia livre certainement le témoignage le plus émouvant : « j'oublierai jamais. J'y pensais depuis longtemps mais n'arrivais pas à me décider. Puis un jour j'ai emmené ma fille qui à l'époque avait 4 ans au zoo, elle voulait absolument voir les lions, donc on arrive et on décide de laisser les lions pour la fin mais le problème c'est qu'au bout de 2h je ne pouvais plus marcher donc on a été obligé de partir avant que je puisse lui montrer les lions... j'ai pleuré sur tout le chemin du retour et comble de tout c'est ma fille qui me consolait. Et c'est à cet instant que ma décision a été prise. A partir de ce moment là toutes les démarches se sont enchaînées et au bout de 4 mois j'étais opérée »¹⁵⁴. Cet événement ne semble pas avoir eu d'impact direct sur la relation mère-fille, du moins aucun impact négatif. Il semblerait même qu'il ait induit une complicité supplémentaire entre les deux protagonistes. Toutefois, il a eu un impact fort en développant des craintes de la part de la mère, avec cette envie épidermique de prendre soin de son enfant. C'est également ce que relate Chantal, qui a eu un choc « Quand ma fille a fait une chute et que mon conjoint qui était loin loin est arrivé auprès d'elle plus vite alors que j'étais à côté et dans l'impossibilité d'arriver à courir ce jour là je me suis dite jamais plus »¹⁵⁵, tout comme Mylène qui explique : « ma petite fille m'a dit on cours mamie 😊?😊?c'était mignon mais pas possible »¹⁵⁶. Prendre soin de son enfant, cela veut également signifier le protéger des agressions extérieures. Or, plusieurs mères ont indiqué que leurs enfants étaient victimes de moquerie de la part de leurs petits camarades, comme l'indiquent Nathalie en parlant des «

154 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h02

155 Post Facebook du 14 octobre 2017 à 9h09

156 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 15h57

moqueries des petits copain de mes gosses »¹⁵⁷ et Mélanie évoquant « certains mots méchants d'enfants que mma puce a eu de la part de certains enfants »¹⁵⁸ et rajoutant « Ma puce avait mal a chaque fois 😞? même ci elle me disait tu et belle »¹⁵⁹. Céline, elle aussi, avoue avoir réagit « Le jour ou mon fils ma dit mes copains m'ont dit que tétait une grosse vache »¹⁶⁰. Toutefois, certaines mères n'ont pas attendu d'être confrontées à ce type d'événement pour réagir. Dès la naissance de leur enfant, elles se sont projetées et se sont tournées vers une prise en charge chirurgicale. C'est le cas de Catherine, après la naissance de son fils : « je voulais me voir jouer avec lui, courir, bref être au top de ma forme pour lui »¹⁶¹, et d'Adélaïde qui a également réagit lors de « la naissance de ma fille. Je veux la voir grandir et courir avec elle »¹⁶². D'une façon générale, Sabrina résume assez bien ce que peuvent ressentir les mères à l'arrivée d'un enfant : « Je veux être une maman en bonne santé et qui est bien dans sa peau. Alors j'ai décroché mon téléphone »¹⁶³.

Toutefois, l'obésité de la mère peut parfois être une véritable source de mal-être pour l'enfant. Celui-ci a honte de son parent, de l'image publique qu'il renvoie. Ainsi Paola se souvient particulièrement des mots de sa fille « qui m'a traiter de grosse vache »¹⁶⁴. Mais Emilie livre un témoignage très parlant. Elle se souvient « Quand ma fille ne voulait plus que je vienne la chercher devant l'école parce que ses camarades se moquait de sa grosse vache de maman... Ça m'a tellement fais de peine pour elle que j'ai franchi le pas ! »¹⁶⁵. Elle explique le sentiment de honte que ressentait sa fille mais également la difficulté que celle-ci avait de lui en parler : « Bah moi je le savais pas, à dire vrai au début je pensais que c'est pour prendre un peu d'indépendance, pis après elle préfèrerait que ce soit ma mère qui vienne la chercher, et puis elle en a parler à mamie qui me l'a répété... Ça m'a fais tellement mal au coeur... »¹⁶⁶. Ainsi, comme Emilie l'a exprimé, son obésité était non seulement une source de mal-être chez son enfant, mais elle contribuait également à distendre les relations mère-fille.

Notons enfin que l'obésité a également un impact sur la vie conjugale. Nathalie parle des «

157 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 11h58

158 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h11

159 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h13

160 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h57

161 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 11h56

162 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 19h56

163 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 19h43

164 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 13h05

165 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h13

166 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h22

rabaissement de mon ex mari »¹⁶⁷. Janik, de façon plus imagée évoque la « séparation très compliquer avec le géniteur de mon fils qui se plaisait à me dire que mon prochain compagnon devrais avoir le permis point lourd ou bien un monte charge pour coucher avec moi »¹⁶⁸. Ainsi, plusieurs personnes (encore une fois en majorité des femmes) mentionnent que leur poids a été la cause de leur séparation. D'autres indiquent que le poids était une raison invoquée par leur conjoint, mais que, malgré la perte de poids postérieure à l'opération, le couple s'est quand même séparé, telle Geneviève : « "l'homme de ma vie" de l'époque m'a dit "je peux pas, t'es trop grosse" au moment d'avoir un rapport intime, le lendemain il m'a quitté. Le sur lendemain il est revenu et n'a fait que ça. Nous nous sommes séparé, je me suis faite opérer quand même. Quelques temps après il est revenu, on s'est fiancé et il m'a requitté. Ce jour là fut la dernière fois que je lui ai parlé, je n'ai pas pris le taureau par les cornes pour faire un pas en avant, deux en arrière »¹⁶⁹. Enfin, notons cependant que certaines font état de difficultés de couple relatives au poids, ce qui a constitué un déclic, sans toutefois mentionner de séparation, telle Alexandra dont la prise de conscience a eu lieu « Quand j'ai su que mon mari ne partager plus le lit conjugal a cause dz mon obesite et quil refuser qu'on sorte ensemble dehors car il avais honte de moi puree le coup dur »¹⁷⁰.

2.4.2.2 La sphère professionnelle

Il y a relativement peu de témoignages concernant l'impact de la sphère professionnelle dans la prise de conscience de l'obésité. Toutefois ces témoignages sont bien réels et méritent d'être cités. Plusieurs personnes mentionnent le rôle de la médecine du travail, indiquant l'impact qu'a eu une visite, soit grâce aux conseils du médecin, comme pour Caroline, qui explique que c'est le « le médecin du travail qui m'en a parlé »¹⁷¹, soit grâce à la pesée. En effet, la visite médicale du travail est parfois le seul moment où la personne va monter sur une balance, ce qui peut provoquer une surprise comme pour Florence : « en sortant de la médecine du travail, je me suis rendue compte, en 1 an + 10 kg »¹⁷².

Enfin, c'est dans le milieu professionnel que certaines personnes prennent conscience que leur

167 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 11h58

168 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h40

169 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 17h59

170 Post Facebook du 14 octobre 2017 à 10h09

171 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 11h57

172 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 13h49

poids a un impact. Pour Valérie, ce sont avant tout des raisons physiques qui la handicapent : « C'est en ce mois de septembre en reprenant le travail que j'ai pris conscience que je subissais mon poids. Je suis professeur des écoles et par certains aspects mon poids me handicape. Et là j'en ai marre. J'étais contre la chirurgie et j'ai changé d'avis. Comme quoi... »¹⁷³. Pour Dorothée, ce sont des raisons d'image. Vendeuse en prêt-à-porter, elle pense que son physique n'est pas compatible avec son emploi et indique avec humour : « je vendais des fringues ...que je ne pouvais pas porter moi meme ! »¹⁷⁴.

Enfin, rappelons que l'obésité peut avoir un véritable impact sur l'insertion professionnelle. Si toute discrimination est punie par la loi, ce sont les personnes elles-mêmes qui ressentent un mal-être les empêchant de développer une activité professionnelle. Ainsi, Julie a décidé de réagir « Quand je me suis rendu compte que je ne voyais pas postuler pour un nouvel emploi dans cet état »¹⁷⁵.

2.4.2.3 La sphère sociale publique

Le déclic peut également se produire grâce à des événements se déroulant dans la sphère sociale publique, c'est à dire celle qui concerne les relations amicales, les activités sociales telles que les loisirs par exemple. Ces relations peuvent être interpersonnelles ou concerner des activités de groupe.

Souvent, en ce qui concerne les relations interpersonnelles, le déclic provient du fait que la personne va croiser une autre personne ayant eu recours à une opération de chirurgie bariatrique. La perte moyenne de ce type d'opération avoisine les 40 kilos. De fait, la personne semble métamorphosée et le choc est d'autant plus grand quand on ne l'a pas vue pendant plusieurs mois. Ce choc peut être un élément décisif dans le parcours de la personne en situation d'obésité. Ainsi, Rachel explique qu'elle a pris sa décision quand elle a revu « un collègue qui s'est fait opérer. Il a été transformé. J'ai désiré cette transformation pour moi »¹⁷⁶. Mélanie également parle de ses « deux copines ont fait la sleeve quand j ai vu le résultat je me suis décider a le faire et je suis contente du résultat j ai plus envie de ressemblé a une big mama »¹⁷⁷. En effet, le fait de constater que des personnes qui ont une problématique similaire

173 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h09

174 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 15h43

175 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h05

176 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h23

177 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 13h56

parviennent à un résultat permet de se projeter sur le même chemin, ce qui déclenche un passage à l'acte. D'autres membres du groupe évoquent d'autres types de relations interpersonnelles de type moquerie ou jugement. Ils ne relatent cependant aucun fait précis, sauf Aurélie qui parle de « la dame chez qui je vie qui me parle de mon poids toute la journée »¹⁷⁸, ou Ludivine, dont nous avons parlé plus haut à propos des sièges d'avion inadaptés à sa morphologie, qui rajoute : « Je me souviens encore le regard de la dame assise sur le siège voisin quand elle m'a vu galérer à boucler la ceinture...j'avais tellement honte »¹⁷⁹.

Enfin, l'obésité peut également être un frein en ce qui concerne les activités sociales de groupe, ce qui sert parfois de prise de conscience. Davina explique : « Moi j'y réfléchissais depuis un bon moment, mais par peur de l'opération je remettais à plus tard en essayant un enieme regime, puis au mois d'avril je suis partie en vacances dans le sud et la par honte de moi je n'ai pas profité des animations et notamment de la piscine et la je me suis dit il faut que tu fasses quelque chose et le lundi soir il y a eu camping paradis et j'ai vu Laurent Ournac, et je me suis dit il l'a fait alors pourquoi toi tu n'essaie pas... »¹⁸⁰. Ainsi, à cause de sa représentation d'elle-même, qui fait donc appel à des ressorts sociaux et psychologiques, Davina s'est volontairement coupée de ces activités de groupe. D'autres ont dû renoncer à des activités génératrices de liens sociaux pour des raisons logistiques, comme Stéphanie qui parle de « Vacances au ski où je n ai pas pu faire de ski car impossible de trouver des chaussures où mes mollets passent. J'ai donc passer les vacances dépressive »¹⁸¹. Ces deux exemples illustrent tout à fait les aller-retours entre la sphère sociale et l'individu : dans le premier cas, c'est un ressort psychique de la personne (la honte) qui la coupe de liens sociaux. Dans le second cas, c'est la rupture de lien sociaux qui impacte le psychique (vacances dépressives). Enfin, notons également que l'obésité est vécue par beaucoup comme un frein au développement des relations amoureuses. Si ce constat est sous-entendu par plusieurs membres du groupe, seule Virginie exprime qu'elle s'est tournée vers une opération pour mettre fin « à un céliba à long terme »¹⁸².

178 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 14h36

179 Post Facebook du 14 octobre 2017 à 6h57

180 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h22

181 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 13h06

182 Post Facebook du 13 octobre 2017 à 12h32

Ainsi, l'enquête confirme en grande partie les différentes études sur lesquelles je me suis basée pour écrire la première partie du mémoire. Toutefois, au cours de mes recherches documentaires, je n'avais pas conscience de deux aspects qui apparaissent de façon saillante dans cette enquête. Tout d'abord, si j'avais bien intégré la plupart des processus pouvant amener vers une obésité, je n'avais pas du tout conscience de l'importance des éléments déclencheurs, que j'appelle « accidents de la vie ». Je reliais la prise de poids à un long processus graduel, dû essentiellement à l'éducation et l'environnement, qui sont deux des aspects majeurs (mais il y en a d'autres) qui conditionnent le développement de l'individu et son comportement alimentaire. Or, la plupart des personnes mentionnent un fait précis, un moment de leur vie où la prise de poids a été exponentielle.

Parallèlement, je parle de « déclic » ou de prise de conscience, parfois brutale, permettant à la personne de se mettre en action et de s'orienter, après plusieurs échecs, vers une prise en charge chirurgicale. Si j'avais bien identifié plusieurs de ces leviers, j'ai été surpris de l'impact de l'arrivée (ou de la présence) d'un enfant pour les mères. Or, cet aspect est apparu de façon extrêmement nette pour les personnes concernées.

Fort de tous ces éléments, et après avoir identifié les causes du surpoids et de l'obésité ainsi que les causes des échecs des différentes prises en charge existantes, existe-t-il un moyen d'éviter le recours à la chirurgie bariatrique ? Autrement dit, si les causes du surpoids sont multifactorielles et systémiques, quel accompagnement développer, prenant en compte l'ensemble de ces aspects ?

3.1 Agir sur les causes en évitant les écueils

3.1.1. Agir sur les causes

3.1.1.1. L'identification des causes et la modification des comportements pathologiques

3.1.1.2. Les connaissances théoriques

3.1.1.3. L'importance de la pratique

3.1.1.4. Le soutien et les groupes de parole

3.1.1.5. La construction de sa stratégie

3.1.1.6. L'accompagnement au changement

3.1.2. Eviter les écueils

3.1.2.1. La frustration

3.1.2.2. L'environnement

3.1.2.3. La santé

3.1.2.4. Les professionnels de santé

3.1.2.5. Les aspects financiers

3.1.2.6. Le sport et l'activité physique

3.2 Un projet d'économie sociale et solidaire

3.2.1. Un projet collectif, global et innovant

3.2.1.1. Le suivi individuel

3.2.1.2. Les ateliers collectifs

3.2.1.3. La convivialité, le lien social et l'activité physique

3.2.1.4. Les aspects pratiques

3.2.1.5. L'aspect financier et l'engagement

3.2.2. Aspects techniques de la structure

3.2.2.1. Le choix du statut juridique

3.2.2.2. Le modèle économique

3.2.2.3. Le partenariat

3.2.2.4. La communication

3.2.2.5. Le positionnement

Nous avons donc vu que l'obésité est bien une maladie avec des causes multifactorielles : physiologiques, psychologiques, sociologiques, éducatives, sociétales et économiques. Nous avons également constaté que, malgré les différents types de prises en charge ou d'accompagnement, beaucoup de sujets sont en échec et que ces échecs concourent à accélérer le chemin du patient vers l'obésité morbide. D'ailleurs cette épidémie connaît un développement inquiétant dans les pays industrialisés, induisant également un coût exponentiel pour les pouvoirs publics.

Enfin, nous avons également répertorié les faits menant à la prise de poids ainsi que les causes des différentes stratégies mises en place pour tenter d'y remédier.

Mais alors, existe-t-il un moyen pour agir sur l'ensemble des causes de l'obésité, en évitant l'ensemble des écueils identifiés, tout en prenant en compte les aspects humains et financiers, tant au niveau individuel qu'au niveau collectif ? Autrement dit, existe-t-il une alternative collective, globale et innovante pour la lutte contre l'obésité ?

3.1 Agir sur les causes en évitant les écueils

J'ai, dans la seconde partie de ce mémoire, tenté d'identifier les causes menant à l'obésité. Elles sont, pour la plupart, complémentaires et c'est, dans la plupart des cas, leur synergie qui pousse doucement l'individu vers des problèmes de poids importants. Mais comment avoir un impact sur chacune de ces causes ? Peut-on actionner tous ces leviers en même temps ? Et comment éviter les écueils répertoriés, eux aussi dans ce mémoire ?

3.1.1 Agir sur les causes

Si les causes sont multifactorielles, un accompagnement efficace de la personne doit agir sur l'ensemble de ces causes, de façon coordonnée et simultanée. De plus, cet accompagnement doit se dérouler de façon continue, sur du moyen ou du long terme. En effet, il a pour but un changement du comportement alimentaire. Et c'est bien ce qui est compliqué : il ne s'agit pas de faire un régime ponctuel (j'ai largement démontré l'inefficacité voire la dangerosité des régimes) mais bien d'induire chez la personne une modification profonde de son

comportement. Pour cela, il faut avant tout qu'elle identifie les mécanismes de son comportement actuel afin de mieux pouvoir le modifier, en fonction de son individualité, son environnement, de ses possibilités. Elle doit ensuite acquérir des connaissances théoriques alimentaires afin de pouvoir comprendre comment manger mieux, de façon idéale mais également des connaissances pratiques. Elle doit aussi ne pas se sentir isolée dans son parcours, pouvoir échanger avec ses pairs et se sentir soutenue. Puis, elle doit construire une stratégie personnalisée lui permettant d'atteindre ses objectifs. Elle doit pouvoir mettre en pratique cette stratégie qu'elle aura construite elle-même. Enfin, elle doit arriver à faire face aux changements qui découleront de son parcours, que ce soit en termes physique et d'image de soi, qu'en termes psychosociologiques et de ses rapports avec les autres.

J'illustrerai l'ensemble de ce chapitre par le parcours fictif de Valérie, personne tout aussi fictive. Valérie a 45 ans, célibataire, et souffre de surpoids depuis son enfance. Benjamine d'une famille nombreuse, elle a un écart d'âge important avec ses autres frères et sœurs. Son père est décédé peu après sa naissance. Cela a eu pour conséquence de tisser des liens très forts entre la mère et la fille : à 45 ans, Valérie vit toujours chez sa mère, dont elle s'occupe. Ayant été « couvée » par sa mère, elle n'a jamais réussi à couper le cordon : sa vie sociale est réduite à sa plus simple expression et elle n'a jamais développé de relation amoureuse. Elle a bénéficié d'une éducation traditionnelle par sa mère, qui avait elle-même été élevée dans les traditions méditerranéennes. Sa mère, d'un caractère fort, dirige le foyer d'une main de fer, s'occupant de toutes les tâches ménagères et culinaires. Valérie travaille comme hôtesse de caisse dans un supermarché, avec des horaires fluctuants. Au décès de sa mère, il y a 6 mois, elle a pris une vingtaine de kilos. Etant déjà en surpoids avant cet événement, elle a aujourd'hui un IMC de 37 et est donc en obésité sévère. Son parcours sera illustré en italique après chaque paragraphe.

3.1.1.1 L'identification des causes et la modification des comportements pathologiques

Comme nous l'avons vu précédemment, les comportements alimentaires découlent de nombreux facteurs. Ainsi, la nourriture est utilisée comme un refuge pour faire face à des situations que la personne a du mal à gérer. Il convient donc d'une part d'identifier quelles sont ces situations, de comprendre la stratégie mises en place (et pourquoi cette stratégie plutôt qu'une autre) et de permettre au sujet d'actionner des leviers lui permettant de modifier son

comportement.

Ce processus, en psychologie de la santé, est nommé le coping, dont le concept est défini par Gustave-Nicolas Fischer et Cyril Tarquinio¹⁸³. Terme anglo-saxon, ce concept est parfois traduit par « ajustement » en français. Il s'agit d'une des « stratégies psychiques et comportementales déployées par les individus pour faire face à un problème et contrôler ou atténuer son impact »¹⁸⁴, tout comme la notion d'adaptation et les mécanismes de défense, dont elle découle. Le coping est un des concepts centraux en psychologie de la santé. Le psychologue va donc accompagner le patient en prenant en compte de nombreux facteurs, notamment des facteurs sociobiographiques (c'est à dire l'âge, le genre, le statut socio-économique), contextuels (qui prennent donc en compte les événements déclenchant un comportement alimentaire inadapté), cognitifs (la façon dont la personne perçoit l'événement déclencheur) et bien entendu les facteurs de personnalité du sujet. Ainsi, une personne dont le surpoids est lié à un comportement alimentaire inadapté devrait pouvoir bénéficier de ce type d'accompagnement auprès d'un psychologue.

Ainsi, Valérie consulte un psychologue régulièrement. Avec celui-ci, elle a pu identifier l'impact de son éducation sur son mode de vie. Elle a également compris que sa relation avec sa mère avait été fusionnelle, lui laissant peu de place pour développer une vie sociale. Reliant sa prise de poids brusque au décès de sa mère, elle s'est rendu compte que la disparition de celle-ci l'a laissée désemparée. Continuant à vivre dans le même appartement, elle a tendance à se réfugier dans la nourriture le soir, devant la télé, activité qu'elle partageait jusqu'à présent avec sa mère. Son psychologue l'accompagne maintenant afin qu'elle puisse gérer ses angoisses autrement qu'en se réfugiant dans la nourriture.

3.1.1.2 Les connaissances théoriques

Adapter son alimentation nécessite également d'avoir quelques bases en diététiques. S'il ne s'agit pas de développer des compétences très pointues, certaines sont cependant indispensables pour comprendre pourquoi on mange et de quoi le corps a besoin. Or, la plupart du temps, les personnes, par divers biais, pensent savoir ce qu'il faut faire et ne pas

183 FISCHER Gustave-Nicolas, TARQUINIO Cyril, 2006. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod

184 *Ibid.*

faire, mais sans en connaître les raisons. Ainsi, la majorité des français savent qu'il faut manger « 5 fruits et légumes par jour » et que « les produits laitiers sont nos amis pour la vie ». Ils pensent également que la viande de bœuf est source de vitalité (« Quel punch le bœuf ! »). Ils ont bien compris qu'il ne faut pas manger « trop gras, trop salé, trop sucré ». Et se jettent sur les produits lights et allégés.

L'apport de connaissances théoriques a deux objectifs. Il s'agit tout d'abord pour les personnes d'avoir des clefs pour comprendre le fonctionnement de l'alimentation et des aliments. Dans sa conférence sur les « Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement », Gérard Barnier, formateur à l'IUFM d'Aix-Marseille explique qu'il existe plusieurs cadres théoriques en psychologie des apprentissages, les deux principales étant le behaviorisme et le constructivisme. De façon très simplifiée, le behaviorisme fait appel, comme son nom l'indique, au comportement. L'apprentissage est basé sur le conditionnement, donc Pavlov est certainement le plus célèbre représentant. Le constructivisme, donc Piaget est le plus fervent partisan, à l'inverse, suppose que l'individu va construire du savoir en apprenant. Si nous reprenons l'exemple des « 5 fruits et légumes par jour », le behavioriste va considérer qu'à force de répéter ce message publicitaire, les individus vont l'intégrer. Le constructiviste lui, va plutôt enseigner aux individus le rôle des fruits et légumes afin que la personne en déduise elle-même qu'il faut manger 5 fruits et légumes par jour. Le constructivisme a un impact beaucoup plus fort, en ce sens qu'il replace la personne en tant qu'acteur et lui permette d'acquérir des mécanismes qu'il pourra adapter en fonction des situations.

Mais revenons à ces apports théoriques. Comment les acquérir ? Les professionnels les plus compétents dans le domaine de l'alimentation restent les diététiciens. Les aliments, leur composition et les mécanismes physiologiques qui rentrent en jeu sont la base même de leur formation. Il est donc important que ces professionnels puissent intervenir auprès des personnes en surpoids. Il faut toutefois qu'ils modifient leur mode d'intervention : en effet, quand on consulte un diététicien, celui-ci va principalement proposer des menus adaptés au sujet, sur un mode behavioriste. Or, leur mode d'intervention pourrait au contraire s'inspirer du constructivisme, en apportant des connaissances sur les protéines, glucides, lipides, sur la balance énergétique, sur le rôle des vitamines etc. permettant ensuite au sujet de construire lui-même ses propres menus, en fonction de son individualité.

Le deuxième objectif de ces apports théoriques consiste justement à donner des clefs aux

sujets afin qu'ils puissent décoder eux-mêmes les messages publicitaires ou autres promesses du secteur agroalimentaire. Il s'agit notamment d'apprendre à lire les étiquettes des produits industriels, de décoder quelle est la part de vérité dans les arguments avancés. Un produit light est-il véritablement allégé ? Les produits laitiers sont-ils vraiment nos amis pour la vie ?

Ainsi, l'ensemble des connaissances théoriques dont ont besoin les sujets ont pour but à la fois de comprendre et déterminer ce que chacun doit manger, mais également de déjouer les pièges de notre société de consommation.

Pour cela, le professionnel le plus indiqué est bien le diététicien, à condition qu'il revoit son mode d'intervention.

Valérie, tout en continuant son suivi psychologique, a décidé de faire des efforts et d'améliorer son alimentation. Une amie à elle lui a conseillé une diététicienne différente des autres, qui prend le temps d'expliquer à quoi sert chaque aliment, et qui ne donne pas de menus à suivre à la lettre et c'est tant mieux ! Jusqu'à présent, c'était sa mère qui gérait les repas, sans qu'elle ait son mot à dire. Elle se rendait bien compte que la cuisine de sa mère était assez grasse. Mais elle compensait en mangeant des desserts allégés. Et puis elle n'aime pas trop la viande mais il paraît qu'il faut en manger pour être en bonne santé. En consultant la diététicienne conseillée par son amie, elle a maintenant compris que les desserts à 0 % de matière grasse ne compensent pas une cuisine grasse. Et elle sait remplacer la viande par des protéines végétales.

3.1.1.3 L'importance de la pratique

Mieux se connaître, grâce au coping, et mieux connaître son corps et ce qu'il lui faut est un premier pas. Mais comment le mettre en pratique ? Je me suis confronté à ce problème relativement souvent, notamment en sortant des consultations de diététique, avec une liste de menus et de recettes à réaliser. Or, je n'ai pas toujours su comment les réaliser. Il aurait fallu, pour cela, que l'on m'explique certaines techniques culinaires, que je puisse les pratiquer dans des ateliers afin de les maîtriser. De plus, et comme dans tous les domaines, la cuisine regorge de termes, d'un vocabulaire spécifique qui n'est pas toujours à la portée du profane. Contrairement à une discipline artistique (piano, peinture, danse...) il n'existe pas, ou peu, de

lieu où, une fois par semaine, on peut aller prendre un cours de cuisine, comme on prendrait un cours de guitare. Les propositions qui existent sont de deux ordres : les entreprises comme « L'atelier des chefs » et certaines structures comme les centres sociaux.

L'Atelier des chefs¹⁸⁵ proposent des ateliers de cuisine. Contrairement aux cours de piano, par exemple, on ne s'inscrit qu'à un atelier, de façon ponctuelle. Il ne s'agit pas, ici, de prendre un cours chaque semaine au même horaire, mais plutôt de piocher parmi une liste d'ateliers et de s'inscrire, à chaque fois, à l'atelier qui nous intéresse pour apprendre, avec un chef, la recette du plat proposé. Ce type de structure s'intéresse avant tout à la cuisine « gastronomique » et s'adresse à un public initié. En effet, les recettes proposées sont très élaborées et les tarifs s'en ressentent : chaque cours coûte entre 17 et 114 euros par personne ! Ce sont avant tout des ateliers basés sur la « cuisine plaisir », qui ne tiennent pas compte de l'individu, de son parcours ni de ses objectifs. Ce type de proposition ne correspond donc pas forcément à notre problématique.

La plupart des centres sociaux proposent des ateliers cuisine de façon régulière. On peut ainsi, contrairement à l'Atelier des Chefs, participer à un atelier une fois par semaine, et en général à un tarif défiant toute concurrence. Ainsi, à La 20ème Chaise, centre social situé dans le 20ème arrondissement de Paris dont je suis directeur, il est demandé une participation de 4 euros par atelier, servant simplement à couvrir le prix des ingrédients. Les recettes sont proposées à chaque fois par un des participants (essentiellement des femmes), qui va partager ses connaissances avec les autres participants, sur les principes de l'éducation populaire. Ces ateliers ont surtout des objectifs de liens sociaux et de convivialité. Les questions relatives à la santé n'y sont pas forcément abordées, et les personnes n'y participent essentiellement que pour tisser des liens avec d'autres personnes, puis y restent parce qu'elles se sentent bien au sein du groupe. Toutefois, l'apprentissage de techniques culinaires est réel, même s'il ne s'agit pas du but premier.

Dans le parcours d'une personne en situation d'obésité, qui met en place des stratégies de perte de poids et qui a besoin de connaissances pratiques, l'idéal serait de proposer différents types d'ateliers : des ateliers sur des techniques culinaires précises (comment écailler un poisson, les différentes façons de couper les légumes, utiliser une cocotte-minute), ainsi que des ateliers de pratiques culinaires pendant lesquels on confectionne une recette que l'on pourra

185 www.atelierdeschefs.fr, page consultée le 15 octobre 2017

reproduire chez soi.

Valérie a bien compris qu'elle devrait cuisiner davantage à la vapeur plutôt que de faire frire tous ses aliments. Elle dispose bien d'une cocotte-minute mais ne s'en est jamais servi et ne sait pas comment s'y prendre. De plus, sa mère se chargeant de la cuisine, elle manque de pratique et a du mal à se préparer les plats qu'elle souhaiterait manger. Enfin, elle a décidé de manger plus de légumes verts. Mais on se lasse vite des légumes verts bouillis. N'y a-t-il pas d'autres façons de les préparer afin d'éviter qu'elle s'en lasse et retourne vers de la malbouffe ?

3.1.1.4 Le soutien et les groupes de parole

La personne, dans sa lutte contre le surpoids ou l'obésité, se sent souvent seule, elle a la sensation d'être incomprise. Et peut-être l'est-elle réellement. Nous avons vu plus haut que de nombreux témoignages évoquent des relations conflictuelles avec l'entourage, voire des moqueries. L'environnement social et la façon dont il est appréhendé par le sujet est une des causes de la prise de poids. Or, la personne n'est pas seule : des milliers de personnes, voire des millions au vu des chiffres recensés dans la première partie de ce mémoire, souffrent de la même façon, pour les mêmes raisons, et mettent en place un parcours identique. Il faut donc permettre à ces personnes de se rencontrer, d'échanger sur leur quotidien, sur leurs difficultés mais aussi leurs réussites. L'organisation de groupes de parole peut permettre ces échanges. Dans un environnement sécurisé, chaque individu peut s'exprimer mais aussi apprendre du parcours des autres, et ainsi se sentir écouté et soutenu.

Les groupes de pairs peuvent également avoir un impact important sur la modification du comportement alimentaire. L'expérience des ménagères de Kurt Lewin, psychologue américain ayant beaucoup travaillé sur la psychologie sociale, le comportementalisme et qui a défini le concept de dynamique des groupes¹⁸⁶, illustre ce processus. Pendant la seconde guerre mondiale, le gouvernement américain tente de convaincre les ménagères de cuisiner davantage d'abats, afin de réserver les viandes dites « de qualité » à l'armée. Malgré de grandes campagnes de communication (un peu comme les « 5 fruits et légumes par jours »

186 https://fr.wikipedia.org/wiki/Kurt_Lewin, consultée à de très nombreuses reprises pendant ma recherche-action, et pour la dernière fois le 15 octobre 2017

actuellement), les ménagères ne modifient pas leurs habitudes. En organisant des groupes de parole de ménagères sur la façon de préparer des abats, Kurt Lewin va démontrer que près d'un tiers des participantes à ces groupes vont finalement se mettre à cuisiner des abats. Il va en conclure que la discussion interactive a un impact beaucoup plus fort que l'écoute passive notamment parce que l'échange permet de traiter les freins et de lever les doutes, ce qui semble avoir un impact sur la prise de décision et le comportement¹⁸⁷.

Ainsi, la participation à un groupe de parole de pairs d'une personne qui est dans un parcours de perte de poids semble toute indiquée.

Valérie se sent seule, et n'ose pas parler de son poids. Elle a peu d'amis et ne sait pas vers qui se tourner. Il y a bien sa collègue de travail à qui elle a dit qu'elle s'était engagée dans ce parcours, mais malgré sa bienveillance, elle voit bien qu'elle ne peut pas comprendre ce que Valérie ressent. En cherchant sur internet, elle a vu que des réunions de personnes en situation d'obésité se déroulaient régulièrement dans une clinique, à l'autre bout de la ville. Elle s'y est rendue hier pour la première fois. Ca lui a fait du bien de discuter avec des personnes qui sont dans le même cas qu'elle. L'un des participants a parlé de steaks de sojas. Elle qui n'aime pas la viande, il faudra qu'elle essaye.

3.1.1.5 La construction de sa stratégie

Nous avons parlé du suivi psychologique, des connaissances théoriques et pratiques et de l'impact que peuvent avoir des groupes de parole. Mais chaque individu est différent. Si les causes de l'obésité sont multifactorielles, ces facteurs n'ont pas tous la même importance selon les sujets. Et les stratégies à mettre en œuvre ne seront pas les mêmes. Tel individu aura davantage besoin d'un suivi psychologique mais maîtrise à la perfection les techniques culinaires. Tel autre estime ne pas avoir de comportement pathologique mais ne sait juste pas cuisiner et se nourrit exclusivement de plats industriels. Chaque situation est différente, chaque parcours est différent, même s'il existe parfois des similitudes. Or, seul l'individu lui-même a accès à la connaissance de son histoire, de sa personnalité, ses goûts, ses souffrances, ses envies, ses besoins, ses difficultés. Par là même, il est le seul à pouvoir construire sa stratégie de perte de poids, à condition qu'il puisse avoir des clefs. Comme nous l'avons vu ci-

187 <https://stormz.co/fr/blog/experience-lewin/> page consultée le 15 octobre 2017

dessus, ces clefs, il peut les acquérir grâce à des professionnels (psychologue, diététicien) ou avec l'aide de ses pairs. Mais c'est à lui de faire ses choix, d'être maître de son parcours. Ainsi, dès 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé place le patient en position d'acteur principal de son parcours de soin, comme l'indique l'article L. 111-4 : « Toute personne prend (...) les décisions concernant sa santé »¹⁸⁸. Cependant, afin de prendre des décisions et de construire une stratégie pertinente, elle peut avoir besoin d'être guidée, d'en discuter avec un référent. Afin d'accompagner au mieux la personne, ce référent, qui doit établir un lien privilégié avec le sujet afin de comprendre son parcours, doit lui-même connaître les problématiques liées à l'alimentation, notamment ses causes multifactorielles et les manières d'y remédier. Ainsi, il pourra mieux aiguiller le sujet, si celui-ci estime en avoir besoin.

Valérie a commencé un suivi auprès d'un psychologue. Elle voit aussi une diététicienne. Le groupe de parole lui a bien plu : elle y a rencontré des gens avec qui elle se sent bien et qui lui apporte du réconfort. Pour l'instant, elle n'a pas envie de participer à des ateliers cuisine. Et puis elle manque de temps. Peut-être faudrait-il qu'elle mette de côté ses consultations diététiques et qu'elle se consacre au suivi psychologique ? Mais peut-être que ce serait une erreur de mettre de côté les aspects diététiques ? Et si elle allait tout de même aux ateliers cuisine du centre social près de chez elle ? Valérie a bien une idée des priorités qu'elle devrait mettre en œuvre... Mais elle aimerait bien pouvoir parler de tout ça avec quelqu'un... Mais si elle en parle à sa psy, celle-ci va lui conseiller de privilégier les consultations. Si elle en parle avec sa diététicienne, celle-ci va la mettre en garde sur l'importance de ne pas laisser tomber. Que faire ?

3.1.1.6 L'accompagnement au changement

Une fois les causes identifiées, la stratégie mise en œuvre et que les premiers résultats arrivent, il faut également pouvoir les gérer. En effet, une perte de poids importante peut avoir de nombreux impacts. Après mon opération bariatrique, je me suis rendu compte que, si mon corps avait changé de façon brusque (et de fait puisque j'ai perdu 50 kilos en moins de 6 mois), le regard que j'avais sur moi a mis beaucoup plus de temps à évoluer. Le corps change

¹⁸⁸ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, disponible sur www.legifrance.fr, consulté le 15 octobre 2017

plus vite que l'esprit ! Le simple fait de choisir des vêtements, de prendre soin de soi sont des réflexes que l'on a parfois perdu et qu'il faut réapprendre. De même, et comme nous l'avons vu plus haut, l'obésité peut avoir pour conséquence la rupture de liens sociaux : en raison de son poids, on ne pratique plus d'activités de groupe. On peut parfois perdre les repères sociétaux et on ne sait plus comment se comporter en groupe. Il faut réapprendre à se faire une place. Pour cela, un accompagnement psychologique peut être salutaire. Cela fait partie des missions du psychologue et est la suite logique de son accompagnement vers une perte de poids. J'ai cependant remarqué, sur le groupe facebook, que beaucoup de personnes s'interrogent au sujet de leur image. Elles publient des photos d'essayages de vêtements, demandent l'avis des autres membres du groupe sur telle ou telle coiffure, et ont besoin de retours, d'avis, sur l'image qu'elles renvoient. Aussi, il me semble important de permettre aux personnes dont le corps a changé de pouvoir solliciter l'avis de tiers, notamment en ce qui concerne leur image. Il ne s'agit pas de promouvoir l'aspect superficiel d'une personne mais surtout de lui permettre de valoriser son estime de soi, qui a souvent été mis à mal pendant de nombreuses années.

Cela fait maintenant deux ans que Valérie s'est reprise en main et elle a perdu plus de la moitié des kilos de l'objectif qu'elle s'était fixé. Mais est-ce que cela se voit ? Elle a de plus été invitée au mariage d'un des membres de son groupe de parole avec qui elle avait bien sympathisé. Mais comment doit-elle s'habiller ? Est-ce qu'elle ne serait pas trop ridicule si elle portait une robe ? Et doit-elle porter une robe courte ou une robe longue pour cacher ses formes ? Et puis est-ce qu'on doit apporter un cadeau à un mariage ? Ca fait tellement longtemps qu'elle n'a pas assisté à ce genre d'événement...

Ainsi, et comme nous venons de le voir, une maladie multifactorielle nécessite qu'on la traite en actionnant de nombreux leviers différents. Toutefois, cela nécessite de mener un combat sur plusieurs fronts, demandant un investissement important de ressources, que ce soit en termes de temps, d'argent mais aussi en termes de capacités personnelles. De plus, il faut éviter plusieurs écueils afin de ne pas être en situation d'échec.

3.1.2 Eviter les écueils

J'ai également identifié, dans la partie précédente de ce mémoire, les causes des échecs de certaines stratégies mises en place dans l'optique de perdre du poids. Si, comme nous l'avons vu ci-dessus, le sujet s'oriente vers une prise en charge pluridisciplinaire (psychologue, diététicien, ateliers pratiques et groupe de parole), la synergie entre ces différentes prises en charge permet-elle d'éviter les écueils identifiés ? Reprenons ces écueils l'un après l'autre et projetons les effets d'une prise en charge pluridisciplinaire sur ces écueils.

3.1.2.1 La frustration

Nous avons vu qu'une des premières causes d'échec est la frustration et que cette frustration tient essentiellement à deux facteurs : la nourriture comme source de réconfort et la lassitude. En ce qui concerne le rapport pathologique à la nourriture, c'est essentiellement le psychologue qui est chargé d'accompagner le patient à modifier son comportement alimentaire qui est lié au psychisme. La technique du coping vise justement à permettre au sujet de mieux gérer les sources de stress et autres événements qui pourraient lui faire ressentir le besoin de se plonger dans l'absorption de nourriture. On peut donc imaginer qu'un individu qui, dans son parcours, bénéficie d'un suivi psychologique, aura davantage d'outils afin d'éviter de retomber dans ces travers.

En ce qui concerne la lassitude, nous avons vu qu'elle fait appel au sens. En effet, les sens ont besoin d'être stimulés pour éviter cet écueil. Les légumes verts sont certes reconnus pour nombre de leurs bienfaits, mais ne consommer que des courgettes bouillies induira un ras le bol à plus ou moins long terme. C'est tout l'intérêt des ateliers de cuisine, où on peut découvrir de nouvelles façons de préparer divers aliments, de façon à découvrir de nouveaux saveurs, mais aussi la vue, le toucher et l'odorat. Il existe mille et une façons de cuisiner la courgette, en lui donnant un aspect différent, en la rendant craquante ou fondante, en accompagnement d'un plat ou en dessert. Encore faut-il les découvrir et savoir réaliser ces recettes (d'où l'importance de l'apprentissage de techniques culinaires). Il s'agit donc de réintroduire l'aspect plaisir pour que ce type d'atelier puisse permettre d'éviter cet écueil.

3.1.2.2 L'environnement

Nous avons également vu qu'un individu était en interaction perpétuelle avec son environnement. Or, un événement source de stress peut générer un comportement alimentaire inadapté. Nous avons évoqué, ci-dessus, l'intérêt d'un suivi psychologique et de la technique du coping pour permettre au sujet de faire face différemment à ces événements.

L'environnement, s'il n'est pas source de stress, peut également imposer des conditions techniques, logistiques, auxquelles la personne peut avoir du mal à adapter sa stratégie de perte de poids, comme l'avait expliqué Angèle dans le paragraphe 3.2.2. Or, le fait d'échanger avec d'autres personnes dans les groupes de parole peut permettre de trouver des solutions. Si chaque parcours est différent, il existe cependant des similitudes, des écueils que d'autres candidats à la perte de poids ont rencontré et, espérons-le, qu'elles ont su éviter. Le partage d'expérience, les conseils de ses pairs peut donc permettre à la personne de modifier sa stratégie, d'adopter des modalités éprouvées par d'autres, afin qu'elle puisse, elle aussi, éviter ces écueils.

3.1.2.3 La santé

La pratique de certains régime a été identifiée comme dangereuse, pour diverses raisons que j'ai déjà évoquées. L'avantage de conjuguer des suivis pluridisciplinaires est que nous retrouvons, parmi les professionnels, un psychologue (qui est garant de la santé mentale du sujet) et un diététicien (garant de la santé physique du sujet). De fait, les complications en termes de santé devraient être évitées. J'apporterai toutefois quelques précisions dans le point suivant permettant d'assurer une réelle sécurité pour le patient.

3.1.2.4 Les professionnels de santé

J'ai évoqué plus haut la question des professionnels de santé : nombre de régime, parfois dangereux, ont une caution médicale par le simple fait qu'ils ont été développés par des médecins. Il faut toutefois réintroduire la notion de déontologie, qui est « l'ensemble des

règles et devoirs régissant une profession »¹⁸⁹. Parmi tous ces médecins, créateurs de méthodes miracles, deux des plus célèbres sont français : Pierre Dukan et Henri Joyeux. Tous deux ont été radiés de l'ordre des médecins pour des raisons déontologiques : Dukan en janvier 2014 pour « l'exploitation commerciale de son nom à des fins publicitaires, ainsi qu'un manque de prudence dans sa proposition d'instaurer une option anti-obésité au bac »¹⁹⁰, Joyeux pour avoir tenu des propos « non appuyés sur des bases scientifiques (...) dangereux pour la population »¹⁹¹. C'est donc un fait : certains professionnels de santé, s'ils ne respectent pas des règles déontologiques, peuvent avoir un effet dévastateur. Heureusement, ces exemples, bien que célèbres, sont relativement rares. Afin d'éviter cet écueil, il serait certainement judicieux de coordonner l'ensemble des professionnels qui interviennent sur le parcours de la personne en situation d'obésité. Mettre ces différents praticiens autour d'une table afin de permettre un suivi et des échanges interdisciplinaires peut permettre d'identifier à ces professionnels d'identifier une dérive de l'un d'entre eux. Ces échanges ont aussi un intérêt supplémentaire important. Comme je l'ai préconisé, l'individu doit être acteur de son parcours et faire ses choix, en fonction de ses besoins et de ses possibilités. Toutefois, il n'a pas peut-être pas conscientisé tous ces dysfonctionnements. Notre sujet fictif, Valérie, pourrait très bien faire le choix de ne pas consulter de psychologue, n'en ressentant pas le besoin, alors qu'il semblerait que cela lui serait profitable. Toutefois, la diététicienne, au cours de ses consultations, pourrait avoir décelé un comportement alimentaire pathologique, pour lequel une prise en charge psychologique lui semblerait indiquée. Il est donc de son devoir d'orienter Valérie vers un psychologue. Le fait qu'il existe une coordination pluridisciplinaire de ces praticiens peut donc permettre d'optimiser les prises en charges en facilitant le parcours du sujet. A condition de respecter les règles déontologiques, notamment le secret professionnel.

3.1.2.5 Les aspects financiers

La question financière est importante à double titre : certaines méthodes, certains protocoles, nécessitent un budget important. De plus, les personnes les plus concernées par l'obésité sont celles qui ont les revenus les moins élevés. Nous avons déjà exclu de nombreuses méthodes, jugées inefficaces ou dangereuses. La plupart de ces méthodes coûtant extrêmement cher pour

189 Déontologie. (2009) *Le Robert de poche* (p. 193). Paris

190 AGENCE FRANCAISE DE PRESSE, (2014). Le Dr Dukan définitivement radié de l'ordre des médecins. *Libération*, 27 janvier

191 Article non signé, (2016). Vaccination : Henri Joyeux radié par l'Ordre des médecins. *Le Monde*, 09 juillet

le patient, nous faisons ainsi d'une pierre deux coups. Toutefois, dans le protocole présenté précédemment, la question du coût n'est pas évacuée : multiplier les suivis demande certes un investissement en temps, mais aussi un investissement pécuniaire. Reprenons le cas de Valérie. Elle a décidé d'agir sur tous les fronts : elle voit un psychologue une fois par mois, ainsi qu'une diététicienne à la même fréquence. Chaque consultation lui coûte respectivement 50 et 40 euros par mois. Elle a décidé d'aller à un atelier cuisine par semaine. Elle n'a pas trouvé véritablement de proposition adaptée à ce qu'elle aimerait (c'est à dire apprendre à cuisiner au quotidien, en prenant en compte ses particularités alimentaires). Elle a donc le choix entre participer aux ateliers cuisine d'un centre social, cela lui coûterait une vingtaine, ou s'inscrire à des ateliers de l'Ateliers des Chefs pour, au minimum, 17 euros par atelier, soit 68 euros par mois. Elle a cependant réussi à trouver un groupe de parole qui est gratuit. Mais n'a toujours pas de référent de parcours. Le budget mensuel nécessaire pour son parcours sera donc compris entre 110 et 158 euros. Cela représente une charge importante qu'elle risque d'avoir du mal à assumer avec son salaire d'hôtesse de caisse. Et encore, elle ne peut pas mettre en place l'ensemble de sa stratégie car elle n'a pas de référent de parcours. Et tout cela, sans compter que si elle souhaite modifier son alimentation et acheter davantage de fruits et légumes frais, cela peut entraîner un coût supplémentaire par rapport à son panier habituel. Existe-t-il une solution pour que les personnes puissent accéder à l'ensemble de ces offres, bénéficier de l'ensemble des possibilités décrites plus haut, tout en ayant un référent de parcours, en limitant les freins financiers, permettant ainsi l'accès à ce protocole au plus grand nombre ? C'est ce que nous verrons dans le dernier chapitre de ce mémoire.

3.1.2.6 Le sport et l'activité physique

Même si je n'ai fait que l'évoquer, la question de l'activité physique est un levier complémentaire à un rééquilibrage alimentaire. Si la pratique du sport est accessible à tous, lors de mon enquête, les personnes ont souvent mentionné qu'elles n'étaient pas férues d'activités sportives. Pour ma part, j'ai tenté, dans mon parcours, de pratiquer du sport en salle. Même si les sportifs en salle sont souvent bienveillants, rappelons que les personnes en situation d'obésité se coupent souvent d'activités sociales, à cause du regard des autres, de la difficulté qu'elles ressentent à trouver une place, ou tout simplement à cause d'incapacité physique. Aller dans une salle de sport quand on a 50 kgs en trop est très difficile, tant physiquement que moralement. Toutefois, on peut augmenter ses dépenses énergétiques de

façon plus sereine. Faire des promenades, visiter des musées, permettent, sans en avoir l'air, d'augmenter son activité physique. Réaliser ces activités avec un groupe de pairs permet à la fois de se sentir plus fort, moins stressé, de tisser des liens sociaux, mais aussi d'accroître sa motivation.

Ainsi donc, pour lutter efficacement contre le surpoids et l'obésité, il faut conjuguer plusieurs modes opératoires combinant le psychologique, l'apprentissage théorique, l'acquisition de savoir-faire, le soutien de ses pairs, tout cela de façon sécurisée, en évitant la frustration, en tissant des liens sociaux et en reprenant une activité physique. Et avec un coût abordable. Cela est-il possible ?

3.2 Un projet d'économie sociale et solidaire

En complétant différentes données (données froides, études) et en les complétant par une enquête (entretien et observation participative), j'ai pu conforter mon idée de départ : l'obésité étant une maladie ayant des causes multifactorielles, sa prise en charge nécessitent une réponse pluridisciplinaire, avec un coût accessible. Mais ce type de protocole existe-t-il ? Après de nombreuses recherches, je n'ai pas trouvé de structure au sein desquelles le sujet puisse trouver à la fois :

- un suivi psychologique,
- un suivi diététique,
- l'apprentissage de savoirs de base,
- l'accès à des ateliers de cuisine,
- des groupes de parole,
- un référent de parcours,
- du lien social,
- un accompagnement au changement,
- la possibilité de retrouver une activité physique.

Ce projet est donc à créer. Il se veut avant tout collectif, puisqu'il répond aux attentes des

sujets, des professionnels de santé, mais aussi du système de santé global (du Ministère de la Santé en passant par la CPAM et jusqu'aux mutuelles) qui cherche des solutions pour enrayer cette épidémie (dont le coût, rappelons-le, est estimé à 20 milliards d'euros par an en 2012). Ce projet se veut également global puisque, comme je l'ai démontré, il nécessite de prendre en compte l'individu dans son intégralité induisant un accompagnement pluridisciplinaire. Et il se veut innovant parce qu'une telle structure reste à inventer.

3.2.1 Un projet collectif, global et innovant

Il s'agit donc de créer une structure au sein de laquelle les patients peuvent trouver un suivi individuel, des ateliers collectifs, des moments de convivialité, et, pourquoi pas, des modalités pratiques leur permettant d'acquérir des outils ou des produits alimentaires à un coût maîtrisé. Cette structure devra être accessible au plus grand nombre : il doit s'agir d'une structure de proximité, à un tarif adapté.

3.2.1.1 Le suivi individuel

Les suivis individuels revêtent trois aspects : le suivi psychologique, le suivi diététique et le référent de parcours.

En ce qui concerne le suivi psychologique, j'ai montré sa pertinence plus haut en présentant d'une part l'intérêt pour le patient, mais aussi la pertinence du coping. Cette technique est intéressante, particulièrement en psychologie de la santé. Toutefois, en fonction des situations, le psychologue pourra bien entendu faire appel à d'autres techniques, notamment les thérapies comportementales et cognitives (qui permettent de travailler autour des comportements inadaptes afin que les réactions du sujet deviennent plus en adéquation avec la réalité), les thérapies analytiques (qui s'intéressent aux conflits refoulés qui ont un impact dans la vie présente du patient), ou encore la psychothérapie humaniste (qui favorise la prise de conscience et l'acceptation de soi). Dans le cadre de la structure à créer, le sujet doit pouvoir, en tout début de parcours, faire un état des lieux avec un psychologue. Ensemble, ils détermineront si le patient a besoin d'un suivi psychologique. Dans ce cas, il pourra consulter le praticien au moins une fois par mois.

J'ai également parlé du rôle des diététiciens. Ce professionnel de santé a une connaissance parfaite des besoins physiologiques et de la façon d'y répondre. Toutefois, les préconisations de ces professionnels sont souvent vécues comme des injonctions de la part des sujets. Il convient donc d'adapter leur pratique afin de se positionner comme un « passeur de savoirs » plutôt que comme un prescripteur. Ils doivent cependant continuer de répondre aux questions des patients, notamment dans l'élaboration de menu. Mais ils ne doivent rien imposer. En revanche, ils peuvent faire le lien avec les ateliers collectifs proposés en orientant la personne vers certains ateliers du mois qui semblent particulièrement indiqués à son cas. Là aussi, chaque personne, en début de parcours, doit pouvoir faire un bilan avec le diététicien afin de déterminer ensemble si un suivi diététique est pertinent, qui pourra se mettre en place, le cas échéant, à raison d'une fois par mois.

Enfin, j'ai également parlé du référent de parcours. En effet, si la construction du parcours doit émaner de la personne concernée, il faut qu'elle puisse solliciter une personne de confiance en cas de doute, pour poser des questions, voire pour l'aider à prendre des décisions. Cette personne doit avoir une bonne connaissance de l'ensemble des prises en charge, soit parce qu'elle est un des professionnels intervenant dans la structure (psychologue ou diététicien), soit parce qu'elle a elle-même suivi l'ensemble du protocole avec des résultats satisfaisants. Il n'y a pas de fréquence prédéfinie à ces interpellations. Elles doivent émaner de la personne concernée et avoir une réponse rapide de la part du référent.

3.2.1.2 Les ateliers collectifs

Les ateliers collectifs sont de plusieurs types et répondent à différents besoins : information (ou formation), soutien, technique, image de soi. Ils sont accessibles à discrétion à l'ensemble des personnes qui fréquentent la structure.

3.2.1.2.1 Les ateliers d'information traitent de thèmes généraux ou spécialisés, avec un diététicien qui présente un sujet, le développe et anime une discussion avec les participants. Il s'agit ici de permettre aux personnes d'acquérir des connaissances de base, leur permettant de se construire un avis éclairé sur leur alimentation et d'influer sur leur comportement. Il ne

s'agit pas de faire un exposé mais bien de donner quelques clefs et d'inciter ensuite les participants à débattre, à échanger. Cette modalité, comme l'a démontré Kurt Lewin avec son expérience des ménagères, semble apporter des résultats plus intéressants. Toutefois, chaque participant devra repartir à la fin de l'atelier avec une fiche récapitulant succinctement les points présentés par le diététicien afin de se constituer un corpus personnalisé auquel il pourra se référer. Voici quelques exemples de thème pouvant être abordés dans ces ateliers : la pyramide des aliments, les produits de saison, comment lire une étiquette, à quoi servent les protéines, etc. Certains thèmes pourront s'adresser à un public spécifique (l'alimentation du nourrisson, le goûter des enfants...). N'oublions pas également que la cuisine et l'alimentation doivent aussi préserver un aspect plaisir. Des ateliers d'information pourront donc également traiter de thèmes plus ludiques comme l'art de la table par exemple.

3.2.1.2.2 Les groupes de paroles sont une autre forme d'atelier collectif. Il s'agit ici de permettre aux personnes rencontrant des problématiques similaires, ou ayant des profils comparables, de se rencontrer, de discuter, d'échanger, sur les thèmes qu'ils souhaitent. Ce type de pratique permet à la fois aux personnes de se sentir moins seules dans leur parcours, et a donc un effet sur la motivation, mais aussi de d'adapter leur stratégie, leurs façons de faire, en fonction des expériences des autres participants. Un animateur pourra être présent afin de rappeler des règles (comme la bienveillance, l'écoute, la confidentialité) mais aussi pour réguler la parole et permettre à chaque participant de s'exprimer. Pour cela, cet animateur peut utiliser des outils permettant de faciliter la participation et l'émergence de la parole. La SCOP Accolades¹⁹², à laquelle j'ai fait appel à de nombreuses reprises pour former des animateurs au sein du centre social que je dirige, développe des formations courtes et pertinentes sur les outils participatifs. On pourra imaginer des groupes de paroles spécifiques selon les profils des personnes (un groupe de mère, un groupe de personnes atteinte de diabète, etc.).

3.2.1.2.3 Les ateliers pratiques revêtent deux formes. Le premier type d'atelier doit permettre aux personnes intéressées d'acquérir et de pratiquer des gestes et des connaissances spécifiques. On peut ainsi imaginer des ateliers pour apprendre à utiliser un robot de cuisine, un cuiseur vapeur, différentes techniques de coupe de légumes par exemple. Ces connaissances doivent permettre aux sujets d'être moins limités dans leur façon de cuisiner au quotidien. Le deuxième type d'atelier consiste tout simplement à réaliser une recette. Les ingrédients et ustensiles sont fournis par la structure. Les recettes choisies devront s'adresser à

192 <http://www.accolades-dsl.com/> consulté le 16 octobre 2017

tous : certaines à un public néophyte, d'autres à un public initié, proposer des recettes multiculturelles, prendre en compte les différentes caractéristiques des publics (végétariens, sans gluten, diabète, cholestérol, ou réalisables par des enfants...). Ces ateliers seront encadrés par un cuisinier. Ils seront accessibles sur inscription, la jauge de chaque atelier étant limitée. Il pourra être demandé aux participants une participation symbolique permettant de couvrir l'achat des denrées alimentaires.

3.2.1.2.4 Les ateliers d'estime de soi : nous avons également vu que les personnes en surpoids ou en obésité souffraient d'un manque d'estime de soi. Quand elles avancent dans leur parcours, elles ont besoin de se confronter aux regards des autres, de façon bienveillante. Elles ont aussi parfois qu'on les accompagne afin de réapprendre des gestes du quotidien, leur permettant de se sentir mieux dans leur corps. Ainsi, la structure veillera à mettre en place des moments de rencontre permettant aux sujets de solliciter un œil extérieur quant à des choix de tenues vestimentaires par exemple. Des échanges de vêtements seront régulièrement organisés : quand on perd du poids, surtout de façon importante, on passe son temps à racheter des habits à sa taille... qui deviennent trop grands quelques semaines après. Les échanger entre pairs permet à la fois de faire des économies mais aussi de discuter image. Enfin, des socio-esthéticiennes pourront intervenir de façon ponctuelle afin d'inciter et d'accompagner les personnes à prendre soin d'elles-mêmes, de se détendre et de revaloriser leur image au moyen de techniques simples et reproductibles.

3.2.1.3 La convivialité, le lien social et l'activité physique

J'ai choisi de traiter la convivialité, le lien social et l'activité physique dans le même paragraphe, tant ces items me semblent liés. Organiser des événements festifs (repas, soirées ou autres moments conviviaux) permet en effet de créer ou de développer des liens sociaux entre les participants. La structure devra donc proposer, régulièrement, ce type d'événement permettant aux personnes de se rencontrer, d'échanger, dans une simple optique de loisirs. L'activité physique peut également être développée grâce à des moments conviviaux. Ainsi, organiser régulièrement des sorties de groupes permet de réapprendre à bouger. Des visites de musée, des promenades, la visite d'exploitations agricoles et toute autre activité menée à l'extérieur induira une dépense énergétique supplémentaire. La structure veillera donc à établir, de façon mensuelle, un programme de ces événements et activités. Elle pourra

également mettre en relation des personnes souhaitant pratiquer une activité physique de façon collective et autonome (jogging, natation...). Et elle pourra également développer des partenariats avec des structures de pratique sportive afin d'établir des passerelles et de faciliter l'inscription des personnes grâce la négociation notamment de tarifs préférentiels.

3.2.1.4 Les aspects pratiques

Enfin la structure mettra en place diverses modalités pratiques : une petite boutique, permettant aux personnes qui le souhaitent d'acquérir des ustensiles de cuisine (pourquoi pas cet épluche légume utilisé dans l'atelier et qui est bien pratique), des ouvrages (des livres de recettes par exemple, à l'exclusion de ceux de Pierre Dukan), ou quelques produits non périssables (pour des raisons logistiques) issus de producteurs locaux (pour des raisons de valeur) comme du miel, des épices ou autres condiments. Elle pourra accueillir également une AMAP, permettant ainsi à ceux qui le veulent de récupérer leur panier de fruits et légumes en sortant d'un atelier.

3.2.1.5 L'aspect financier et l'engagement

Comme nous l'avons vu, le coût pour les participants doit être abordable. Quand j'ai présenté ce projet aux personnes que j'ai eu en entretien, je leur ai demandé quel budget mensuel elles étaient prêtes à consacrer pour avoir accès, sur un même lieu, à tous les services décrits ci-dessus. Leur réponse a été la même : le prix d'une consultation chez un spécialiste. Ainsi, le prix psychologique défini est de 50 euros mensuels (ce qui correspond au tarif d'une consultation chez un psychologue). La structure fonctionnera avec un système d'abonnement : tout comme les salles de sport, la personne s'engage sur une durée d'un an, lui permettant d'accéder à l'ensemble des services, qu'ils soient individuels ou collectifs. Ce sera ensuite à elle de se constituer son « menu » parmi ces services, en fonction de la stratégie qu'elle mettra en place. Toutefois, des frais de dossier seront demandés lors de l'inscription : ces frais permettront de couvrir les frais inhérents à la réalisation de l'état des lieux de chaque personne. En effet, et comme je l'ai indiqué ci-dessus, il me semble important que chaque personne puisse faire un bilan avec le psychologue et avec le diététicien, même s'il choisit, par la suite de ne pas bénéficier de leurs suivis. Le système d'abonnement présente deux

avantages : le premier est purement comptable et permet de faciliter la gestion de la trésorerie de la structure. Le deuxième est plus intéressant : il s'agit effectivement de demander à la personne de s'engager sur une durée minimum, à la fois parce qu'un parcours de perte de poids prend du temps et que des résultats durables ne s'obtiennent pas immédiatement, mais aussi parce qu'elle s'engage au sein d'une structure de l'économie sociale et solidaire, qui porte des valeurs dont l'engagement n'est pas la moindre. Enfin, notons que cette structure pourra aussi développer des stages pendant les vacances scolaires : ateliers parents/enfants, ou spécifiquement destinés aux enfants, ils pourront constituer une source de financements complémentaires tout en permettant aux personnes qui ne souhaitent pas s'engager sur du long terme d'avoir accès à des ateliers de pratique spécifiquement conçus.

3.2.2 Aspects techniques de la structure

Après avoir déterminé le contenu du projet, il convient de déterminer les aspects techniques de la structure. Qu'ils soient juridiques, économiques, partenariaux, ou qu'ils traitent également de la communication et du positionnement, il est nécessaire de réfléchir à chacun de ces aspects afin que la structure soit viable et que le projet puisse être développé.

3.2.2.1 Le choix du statut juridique

J'ai longtemps cherché un modèle juridique permettant de porter ce type de structure. Issu du milieu associatif, j'ai d'abord envisagé de créer une association loi 1901. Toutefois, ce statut me semblait incomplet : il s'agissait de développer une structure qui évoluerait sur un marché. C'est bien parce que les personnes payent un service qu'elles ont accès aux différents services. La structure n'a pas pour objectifs d'obtenir des financements publics, bien qu'elle serve des intérêts publics (entre autres). Un modèle associatif peut développer ce type de projet. Mais cela me semblait être un peu bancal. J'ai cherché du côté de l'entrepreneuriat social, que je connaissais mal. Je me suis investi dans le développement d'un magazine destiné aux personnes rencontrant des difficultés économiques, créé et développé sur le modèle entrepreneurial. Ce que j'y ai constaté, ce que j'y ai vécu sont à l'opposé de ce que je souhaite : la dimension collective y est totalement évacuée, le projet étant porté par sa fondatrice, qui cherchait avant tout de la reconnaissance et un débouché professionnel. L'emprise des

entreprises et des fondations, qui financent ce magazine est réel. Le magazine se voulait être une publication pour l'humain, voire humanitaire, mais au final il a broyé bon nombre de collaborateurs à cause de conditions de travail irrespectueuses. Ce vécu, ces ressentis, ont été confirmés depuis, tout d'abord pendant mon parcours au CESTES mais également à la lecture de publications de Jean-François Draperi¹⁹³. Je n'avais pas non plus le désir de rentrer dans le schéma de l'entreprise traditionnelle, car je n'avais notamment pas envie de considérer les personnes comme des clients. Et puis la notion de profit, surtout quand il s'agit d'humains, de santé et d'intérêts collectifs et généraux me dérange. Les modèles coopératifs auraient pu être intéressants, mais le projet ne me semblait relever ni d'une coopérative de production, ni d'une coopérative de consommateur.

C'est lors de mon parcours au CESTES que j'ai découvert les Sociétés Coopératives d'Intérêt Collectif¹⁹⁴. Ce fut une réelle découverte, d'une forme juridique dont j'avais senti qu'elle manquait mais dont je ne savais pas qu'elle existait. La SCIC me semble répondre en tous points au fonctionnement nécessaire de la structure porteuse du projet. Il s'agit bien d'une entreprise (qui évolue donc dans une économie de marché), dont le pouvoir est exercé démocratiquement. Cette gouvernance démocratique (une personne, une voix) me semble important, pour des raisons de valeurs, certes, mais aussi pour la démocratie de la santé, dont j'ai parlé plus haut : chaque personne doit être l'acteur principal de son parcours de soin. La présence d'un collège d'usagers va tout à fait dans ce sens. De même, l'existence d'un collège de salariés me semble correspondre à la fois à l'idée que je me fais de la gouvernance, mais également à la nécessité d'action collective (professionnels et patients) pour qu'un parcours de perte de poids soit couronné de succès. La lutte contre le surpoids et l'obésité est un enjeu personnel et collectif. Mais il intéresse aussi les pouvoirs publics pour une double raison : des enjeux de santé publique, mais également des enjeux économiques, au vu du coût de l'obésité pour la collectivité. Il est donc également possible de proposer à l'ARS¹⁹⁵ par exemple de participer à la gouvernance. Notons que la SCIC n'a pas pour objectif premier de rémunérer

193 DRAPERI Jean-François (2011), *L'économie sociale et solidaire : une réponse à la crise ? Capitalisme, territoires et démocratie*, Paris : Dunod et DRAPERI Jean-François (2009), *Rendre possible un autre monde, Economie sociale, coopératives et développement durable*, (3ème édition), Montreuil : Presses de l'économie sociale

194 Les SCIC ont été abordées à de nombreuses reprises tout au long de ces deux années de formation. Toutefois, l'intervention de Laurent Gros et son cours du 9 janvier 2017 constitue un point d'orgue et la certitude que cette forme juridique était idéale pour mon projet.

195 Les ARS (Agences Régionales de Santé) définissent un Projet Régional de Santé (PRS) qui, s'il développe les orientations de la politique nationale de santé, définit surtout des objectifs et des mesures permettant de les atteindre. Les PRS sont donc fortement ancrés sur les territoires. Les ARS disposent d'un budget leur permettant de financer des projets et/ou des structures dans le cadre d'appels à projets qu'elles émettent en fonction des priorités du territoire, définies dans le PRS. Elles ont été créées par la loi Hôpital Patient Santé Territoire promulguée le 21 juillet 2009.

les actionnaires puisque la majorité du résultat est affecté en réserves impartageables. Enfin, notons qu'une SCIC peut recevoir des subventions publiques. Si la structure doit devenir autonome financièrement, il est cependant nécessaire qu'elle puisse démarrer son activité avec des subventions d'investissement, ainsi que des subventions de fonctionnement à son démarrage.

La SCIC reste une société : il conviendra donc de retenir un modèle parmi la Société Anonyme (S.A.), la Société à Responsabilité Limitée (S.A.R.L.) et la Société par Action Simplifiée (S.A.S.). Si la SA semble moins adaptée à ce type de projet (ce type de société a plutôt vocation à gérer des structures beaucoup plus grandes, de par son organisation et le nombre d'associés minimum requis), les différences sont plus subtiles entre la SARL et la SAS, qui pourraient toutes deux convenir. Toutefois, la SAS me semble plus intéressante dans le cas présent : en effet, elle offre plus de souplesse. Le fonctionnement est modulable et peut s'adapter plus facilement à l'évolution et au développement de l'activité. Or, ce projet étant innovant, la création de cette structure tient également de l'expérimentation, et nécessite donc une forte adaptabilité, rendue possible par la SAS. Notons également que ma vocation est de pouvoir, si l'expérimentation est réussie, essaimer sur d'autres territoires. S'il est encore trop tôt pour imaginer de quelle façon cet essaimage pourrait se faire, la SAS pourra, en fonction des décisions prises par les associés, modifier son fonctionnement afin de porter ce développement. Enfin, et cela a son importance, les SAS sont un modèle plus récent que celui des SARL. Il bénéficie d'une image un peu plus moderne et dynamique, en accord avec un projet innovant.

La création de la SCIC en elle-même n'est pas encore à l'ordre du jour (j'aborderai plus loin la question du calendrier), il y a encore plusieurs étapes avant de la formaliser. La rédaction des statuts et donc la réflexion sur les collèges se fera ultérieurement et avec les personnes intéressées par le projet, patients et professionnels notamment. Cependant, on peut d'ores et déjà imaginer que, comme le veut la législation, un collège des usagers et un collège des salariés seront créés. J'envisage également la création d'un collège des fondateurs (j'avoue ne pas être prêt à lâcher ce projet, même si je n'y serais sans doute ni usager ni salarié, mais j'évoluerai peut-être sur cette question!), qui rassemblerait les personnes qui se seront investies au développement du projet, peut-être par la création préalable d'une association visant à affiner certains points (recherche de local, développement des partenariats avec les mutuelles par exemple). Enfin, un collège des partenaires de santé peut également être

envisagé (qu'il s'agisse de partenaires publics comme l'ARS ou des mutuelles par exemple).

3.2.2.2 Le modèle économique

Bien entendu, il est important de vérifier la viabilité économique de la structure qui, rappelons-le, prendra la forme d'une SCIC, donc d'une entreprise, et qui est destinée à être économiquement autonome.

3.2.2.2.1 Les charges

Les charges sont constituées avant tout par la masse salariale. En se basant sur le contenu du projet, les postes requis sont donc un diététicien à temps plein, un psychologue à temps plein également. En effet, ceux-ci doivent assurer des consultations individuelles (à raison d'une heure par personne pour le psychologue et de 30mn par personne pour le diététicien, qui sont les durées moyennes constatées), ainsi que l'animation des ateliers pour le diététicien. L'animation des ateliers de pratique nécessite l'embauche d'un cuisinier à mi-temps. Enfin, il est également nécessaire de prévoir une personne qui aura pour mission de tenir l'accueil, de procéder aux inscriptions, à l'encaissement, et qui diffusera également les supports de communication (notamment les programmes mensuels).

Les autres charges fixes sont constituées par les frais inhérents au lieu. Le local doit comporter deux bureaux pour les entretiens individuels (psychologue et diététicien), une salle permettant l'organisation des groupes de parole et des ateliers d'information, ainsi qu'un espace avec un point d'eau permettant l'aménagement d'une cuisine permettant d'installer suffisamment de matériel pour accueillir 6 personnes par atelier, ce qui représente une surface d'environ 80m². Je suis sur le point de signer un bail sur un local similaire pour le centre social dont je suis directeur. Le loyer indicatif est de 7200 euros hors taxes. Ce local se trouve dans le 20ème arrondissement de Paris, qui est aussi l'arrondissement où je souhaite implanter la SCIC pour plusieurs raisons : des liens privilégiés avec la Mairie du 20ème et des bailleurs, mais également parce que la population de cet arrondissement est dense et présente des caractéristiques socio-économiques se rapprochant des personnes les plus touchées par l'épidémie d'obésité. Les autres frais concernant le local sont les fluides, et des dépenses

diverses (abonnement internet, téléphone, etc.).

Enfin, il faut rajouter les charges variables, telles que l'achat de denrées alimentaires pour les ateliers pratiques, ainsi que l'achat de stock pour la boutique.

L'ensemble de ces charges est estimé à environ 131 193 euros¹⁹⁶.

3.2.2.2 Les produits

Les produits sont constitués d'une part par les abonnements mensuels des participants, qui sont de l'ordre de 50 euros par mois. Le tarif de l'abonnement est susceptible de baisser en cas d'accord avec des mutuelles. Notons que l'abonnement donnant accès notamment à des consultations de professions paramédicales, il n'est pas soumis à TVA. Je suis cependant conscient qu'au vu de la nouveauté de ce modèle, qui n'existe pas à l'heure actuelle, il faudra certainement expliquer et argumenter afin de pouvoir bénéficier de ce régime.

Un diététicien et une psychologue à temps plein induisent une capacité d'accueil théorique de 140 personnes au maximum, si chaque personne fait le choix à la fois d'un suivi diététique et d'un suivi psychologique. Il est peu probable que chaque personne fasse ce choix, mais cela permet de répondre à la demande si besoin.

Si la participation aux groupes de paroles et aux ateliers d'information est gratuite, il est demandé une participation financière pour participer aux ateliers pratique, permettant ainsi de réaliser des produits nécessaires au financement du fonctionnement de la structure. Cette participation est estimée à 10 euros pour les abonnés, permettant ainsi de se situer largement sous les tarifs pratiqués par l'Atelier des Chefs par exemple. Toutefois, il est également possible pour une personne non-abonnée de participer à ces ateliers, en s'acquittant d'un tarif majoré. En effet, la structure pourra tout à fait, en fonction des places disponibles, permettre à une personne qui a simplement envie de pratiquer une activité culinaire une fois par semaine de s'inscrire.

Pendant les vacances scolaires, des stages seront organisés, permettant ainsi de développer des ateliers enfants-parents, mais également de proposer des formules souples à des personnes

196 L'ensemble des calculs est disponible en annexe IV

intéressées uniquement par la découverte et l'apprentissage de recettes.
Enfin, la boutique permettra également d'augmenter le chiffre d'affaires.

Le récapitulatif de ces différentes estimations sont consultables dans l'annexe IV. D'après ces estimations, le modèle économique de la structure semble viable, à condition que la capacité d'accueil (140 personnes) soit atteinte. De plus, notons que je n'ai pas tenu compte des éventuels financements publics (Etat, ville de Paris, mutuelles) dont la structure pourrait bénéficier.

3.2.2.3 Les partenariats

Les partenaires sont de plusieurs types. J'ai déjà mentionné l'ARS. Représentant l'Etat sur les territoire, les ARS sont des partenaires incontournables. Dans le cas de la SCIC, elles peuvent avoir un double intérêt : celui de l'expérimentation, et celui du financement. En effet, si le projet porté par la SCIC démontre des effets significatifs sur le surpoids, l'intérêt des pouvoirs publics sera bien de développer ce type d'initiative sur d'autres territoires. C'est d'ailleurs une envie personnelle : je ne me destine pas forcément à devenir salarié de la SCIC mais plutôt, en cas d'évaluation positive de son action, à essaimer sur d'autres territoire en multipliant ce type de structure. L'autre intérêt est financier : si l'ARS est convaincue que ce type de projet peut avoir des effets, elle pourra financer de l'investissement à la création de la structure, mais aussi financer du fonctionnement afin de pouvoir lancer le projet. Comme nous l'avons vu ci-dessus, même si la structure a pour vocation d'être autonome financièrement, il faut cependant lancer l'activité. Je ne suis cependant pas en mesure, à l'heure actuelle, d'évaluer l'intérêt que pourrait avoir l'ARS pour ce projet. Marc Beaurepaire¹⁹⁷, que j'ai rencontré pour mon entretien exploratoire, m'a cependant alerté sur l'incompréhension que l'ARS avait du statut SCIC.

De même, un partenariat avec la Mairie de Paris est envisagé. Ayant présenté mon projet à Antoinette Guhl, adjointe à la Maire de Paris chargée de l'ESS, de l'innovation sociale et de l'économie circulaire, que j'ai également interviewée lors d'un entretien exploratoire le 29 juin

¹⁹⁷ Marc Beaurepaire est le dirigeant du Centre de Soins Infirmiers de Lille sud, qui est géré par une association. Il tente, depuis plusieurs années, de transformer l'association en SCIC, mais se heurte à de nombreuses difficultés, notamment le dialogue difficile avec l'ARS qui ne comprend pas l'intérêt des SCIC, pour des questions notamment juridiques (impossibilité de donner un agrément de centre de soin à une entreprise). J'ai interviewé Marc Beaurepaire pour mon entretien exploratoire en août 2016.

2016. Celle-ci s'est montrée très intéressée par le côté innovant du projet et fera le lien avec l'adjointe à la santé Anne Souyris.

Les autres partenaires incontournables pour ce type de projet sont les mutuelles. Elles pourraient, elles aussi, être très intéressées par cette expérimentation. Les rapports que la SCIC développera avec les mutuelles est important. En effet, certaines mutuelles prennent en charge, selon les formules, les consultations auprès des diététiciens. Il s'agira de convaincre ces structures de faciliter l'accès à la SCIC pour leurs mutualistes. Cela peut aller de la mise en place d'une communication auprès de leurs assurés, jusqu'à la prise en charge d'une partie de leur abonnement, ce qui pourrait faire baisser la participation financière des personnes souhaitant s'inscrire. Là encore, je n'ai pas encore présenté ce projet aux mutuelles et ne suis pas en capacité de prédire l'accueil qui sera réservé.

Les professionnels des professions médicales et paramédicales du territoire d'implantation de la SCIC seront également sollicités. Si le terme de partenaires est peut-être un peu fort, ils pourront, à minima, être prescripteurs auprès de leurs patients et les orienter vers la SCIC. Il conviendra donc de leur présenter le projet et de les tenir informés de ses effets.

Les autres partenariats sont plus opérationnels : j'ai parlé, plus haut, d'accueillir une AMAP afin que les personnes puissent, si elles le désirent, avoir accès à des produits frais locaux. De même, des partenariats avec des structures sportives de proximité (salles de sport, clubs sportifs divers) devront permettre de faciliter l'inscription des personnes souhaitant développer une activité physique.

3.2.2.4 La communication

La communication est importante à double titre. Il s'agit tout d'abord de faire connaître et d'expliquer le concept. Une idée innovante nécessite que les personnes, que ce soit de futurs usagers, des professionnels prescripteurs ou des partenaires, doivent comprendre les enjeux, le fonctionnement, et l'intérêt qu'ils peuvent y trouver. Il ne faut pas oublier que ce type de structure n'existant pas, ce n'est que par la communication, au début, qu'elle pourra se faire connaître afin que les personnes intéressées puissent s'inscrire. N'étant pas encore passé à la phase opérationnelle, je n'ai pas encore construit de plan de communication ni budgété celui-ci. Mais il s'agira d'une priorité nécessaire pour lancer l'activité.

L'autre aspect important est la communication aux personnes inscrites. Comme je l'ai expliqué, le contenu des ateliers collectifs, notamment les ateliers d'information et de pratique, changera chaque semaine. Il est donc important que les patients puissent avoir l'information du contenu des différents ateliers à l'aide d'un programme mensuel, qui recensera l'ensemble des propositions. Ce programme sera disponible en version papier à l'accueil de la structure, mais sera également diffusé par mail aux inscrits, ainsi que sur les réseaux sociaux et sur le site internet de la SCIC. Il sera également envoyé aux professionnels de santé du territoire, qui pourront le diffuser. Ce programme devra permettre aux usagers, à l'aide d'un code couleur, d'identifier les ateliers qui leur correspondent le mieux en fonction de leurs caractéristiques, comme le montre l'exemple de programme des ateliers pratiques en annexe V. De même, les professionnels effectuant le suivi de personnes (en psychologie ou en diététique) devront pouvoir orienter facilement leurs patients vers les ateliers qui leur correspondent le mieux.

3.2.2.5 Le positionnement

J'entends par « positionnement » l'image du lieu, ce qu'il doit dégager pour que les gens s'y sentent bien. En effet, l'aménagement, les couleurs, l'ambiance, doivent à la fois permettre la convivialité, tout en permettant aux personnes de comprendre qu'elles sont dans un lieu avec des professionnels sérieux. Le lieu, et la structure dans son ensemble, doivent refléter les valeurs et engagement qui sont propres à l'ESS. Il ne s'agit pas d'une entreprise commerciale. Il s'agit avant tout d'un espace collectif au sein duquel on peut trouver de l'accompagnement, de l'échange, des liens sociaux. Pour cela, il est nécessaire que les parties prenantes (futurs salariés, futurs usagers) réfléchissent ensemble sur la meilleure façon de faire, grâce à l'organisation de réunions permettant à chacun de s'exprimer afin de pouvoir, ensemble, construire le lieu.

Conclusion

L'obésité est bien une maladie multifactorielle, dont les causes et les impacts sont pluriels tant pour les individus que pour les pouvoirs publics. Les solutions existantes sont également multiples. Toutefois, chacune ne concerne qu'un seul aspect de la problématique, la rendant peu efficace sur le long terme. L'économie sociale peut mettre en synergie ces réponses, proposant ainsi une prise en charge globale et collective, ce qui la rend innovante.

Lors de mes recherches, j'ai été confronté à la multitude de sources abordant la question de l'alimentation et du surpoids : c'est un thème souvent étudié, de façon plus ou moins sérieuse, par une armada de chercheurs dans des domaines différents. Il ne m'a donc pas été possible, pour des raisons évidentes, de traiter cette question de manière exhaustive ou très approfondie : chaque paragraphe de ce mémoire pourrait lui-même faire l'objet d'une recherche-action. Ce mémoire se propose simplement de réaliser une synthèse permettant de faire évoluer des pratiques corporatistes au profit d'une pratique synergétique que nécessite la lutte contre le surpoids et l'obésité. Le traitement incomplet de nombreux points abordés dans ce document peut parfois être frustrant. Il pourrait cependant servir de travail préparatoire à une thèse.

Notons que le projet est centré sur le surpoids et l'obésité. Toutefois, le protocole présenté a l'avantage de s'adapter aux autres pathologies alimentaires : ainsi, des personnes atteintes de diabète, de cholestérol, d'intolérances diverses (gluten notamment) ou qui pratiquent une alimentation particulière (végétarisme et tout ses dérivés, sans porc, etc.) pourront également trouver des réponses dans le projet présenté.

Cette recherche m'a permis de conceptualiser, de m'interroger, de formaliser un projet auquel je réfléchis depuis plusieurs années. J'ai découvert des éléments de réponses fondamentaux, notamment dans la pertinence du fonctionnement de l'économie sociale et solidaire, et plus particulièrement celui de la Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC), dont je ne soupçonnais pas l'existence et qui me paraît particulièrement adapté au développement de ce projet.

Il convient maintenant de rendre possible la création de cette structure afin qu'elle puisse porter cette proposition collective et globale de lutte contre le surpoids et l'obésité. En effet, il

ne m'a pas été possible de m'atteler à sa mise en œuvre pendant le temps de cette recherche-action. Les tâches sont nombreuses : affiner le modèle économique, développer des partenariats avec des mutuelles, formaliser le projet auprès de la collectivité parisienne, mais aussi auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il est également important de préfigurer la structure : sa gouvernance, son fonctionnement, ses valeurs, son image, sa communication, mais aussi le lieu physique de développement de l'activité sont autant de facteurs qui permettront à la SCIC de s'incarner.

Pour cela, il est nécessaire de constituer un collectif de personnes concernées par le développement de ce projet : qu'elles soient en situation d'obésité, professionnelles de santé ou tout simplement intéressées par la question, c'est à elles qu'il revient de se saisir de cette préfiguration. Ce collectif pourra être formalisé par la création d'une association, au sein de laquelle chacun pourra œuvrer individuellement et collectivement afin de rendre possible le projet évoqué. Les membres de cette association pourront constituer, éventuellement, le collègue des membres fondateurs de la future SCIC. Notons également que cette association pourra, dès sa création, solliciter des financements qui pourront lui permettre d'envisager, le cas échéant, la création d'un poste de chargé de mission (sans doute à temps partiel) qui pourra se charger des questions techniques (notamment en termes d'élaboration budgétaire et comptable mais aussi juridiques pour la constitution de la SCIC), partenariales (avec les mutuelles et l'ARS), de communication (élaboration d'une plaquette de présentation du projet, construction d'un site internet, développement de la communication sur les réseaux sociaux...) mais aussi logistiques (recherche et aménagement d'un local adapté par exemple), jusqu'à la création de la SCIC.

Ce type de structure et de projet sont novateurs : je n'ai pas trouvé de modèle comparable lors de mes recherches. Son développement nécessite donc une réelle évaluation afin d'en vérifier la pertinence. Cette évaluation nécessite avant tout la prise en compte de ses effets sur les individus : la perte de poids est-elle réelle, durable et s'effectue-t-elle de façon sécurisée ? Il est également indispensable de conforter le modèle économique : en « rythme de croisière », le résultat financier est-il positif, ou du moins à l'équilibre, le tarif de l'abonnement est-il adapté ? En cas d'évaluation positive, ce type de structure pourrait essaimer et être développée sur d'autres territoires...

Bibliographie

- ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE (2013). *Thérapies complémentaires, leur place parmi les ressources de soin*. Académie Nationale de Médecine, 5 mars
- AGENCE FRANCAISE DE PRESSE, (2014). Le Dr Dukan définitivement radié de l'ordre des médecins. *Libération*, 27 janvier.
- BEDARD René, (1985), Justesse et actualité de la théorie de Kurt Lewin sur le développement de l'adolescent, *Revue des sciences de l'éducation*, hiver, vol. 7, n°1, p. 118.
- DEMARQUE Christophe (2011). Perspective temporelle future et communication engageante, une approche psychosociale du rapport au futur dans le domaine de l'environnement. *Psychologie*. Aix-Marseille Université, p.60.
- Déontologie. (2009) *Le Robert de poche* (p. 193). Paris.
- DRAPERI Jean-François (2009), *Rendre possible un autre monde, Economie sociale, coopératives et développement durable*, (3ème édition), Montreuil : Presses de l'économie sociale.
- DRAPERI Jean-François (2011), *L'économie sociale et solidaire : une réponse à la crise ? Capitalisme, territoires et démocratie*, Paris : Dunod.
- DUCIMETIERE P. *Génétique des obésités* INSERM.
- FANTIN R (2016). *Disentangling the respective roles of the early environment and parental BMI on BMI change across childhood: A counterfactual analysis using the Millennium Cohort Study*. *Prev Med*, 27 mai.
- FISCHER Gustave-Nicolas, TARQUINIO Cyril, 2006. *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2009). *Obésité, prise en charge chirurgicale chez l'adulte*. HAS. janvier
- INSEE (2012). *Le temps de l'alimentation en France* Première n°1417 octobre
- INSERM expertise collective (2006). *Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*, Paris : Les éditions INSERM.
- LE GUEN Jean-Marie (2005). *Obésité, le nouveau mal français*, Paris : Armand Collin.
- NIEMAN P (2012). *Les aspects psychosociaux de l'obésité chez les enfants et les adolescents*. Société canadienne de pédiatrie 1er mars.
- NON SIGNE (2012) Pourquoi les femmes prennent du centre à la cinquantaine. *Le Figaro Santé* , 07 septembre

NON SIGNE (2004) Destination santé, Obésité, sédentarité : l'OMS part en guerre, 14 mai

NON SIGNE (2010) *Les comportements alimentaires*. Synthèse de l'expertise scientifique collective réalisée par l'INRA à la demande du ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche, juin

NON SIGNE (2013). L'incroyable science de la « junk food » : comment l'industrie agroalimentaire s'y prend pour nous rendre accros. *Atlantico* 15 mars

NON SIGNE (2015). Régimes alimentaires, un gourou chasse l'autre mais le business reste juteux. *Capital* 24 septembre

NON SIGNE, (2016). Vaccination : Henri Joyeux radié par l'Ordre des médecins. *Le Monde*, 09 juillet

OBEPI (2012). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. INSERM/Kanthar health/Roche.

RICHEUX Vincent (2015). *Sleeve gastrectomie : 38 % des obèses ont regressé à 5 ans*. Medscape. 07 août.

SAUNIER Claude (2004). *Les nouveaux apports de la science et de la technologie à la qualité et à la sûreté des aliments*. Rapport au Sénat, 14 avril.

SENGIER A (2015). L'étiologie multifactorielle de l'obésité : aspects nutritionnels et centraux. *Revue médicale de Bruxelles*.

SPIEGEL Karine. *Sommeil et régulation du poids*. Physiologie intégrée du système d'éveil, département de Médecine expérimentale, Université Claude Bernard, Lyon 1 pour l'Institut Danone.

TARNAUD L., GARCIA C., KRIEF S., SIMMEN B. (2010) Apports nutritionnels, dépenses et bilan énergétique chez l'homme et les primates non-humains : aspects méthodologiques. *Revue de primatologie* juillet.

VUILLEMIN Anne. *Activité physique et sédentarité en France*. Université de Lorraine, Université Paris Descartes, Apemac, EA 4360, Faculté du Sport, Nancy.

Ressources WEB

www.accolades-dsl.com/ consulté le 16 octobre 2017

www.amazon.fr , les meilleures ventes en alimentation, régimes et diététique, mis à jour toutes les heures, consulté le 13 octobre 2017.

Www.anneauminceur.fr, consulté le 10 juillet 2017.

Www.atelierdeschefs.fr, page consultée le 15 octobre 2017.

www.comment-perdre-ventre.fr/bracelet-magnetique-bienfaits/.fr, consulté le 10 juillet 2017.

www.edp-nutrition.fr/focus/conseils-pro/986-une-profession-en-pleine-expansion, page consultée le 02 octobre 2017.

www.wikipedia.org/wiki/Kurt_Lewin consultée à de très nombreuses reprises pendant ma recherche-action, et pour la dernière fois le 15 octobre 2017.

www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/obesite, page consultée le 23 octobre 2017.

www.insudiet.fr, consulté le 17 octobre 2017 .

www.lanutrition.fr, consulté le 10 juillet 2017.

www.legifrance.fr, LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consulté le 15 octobre 2017.

www.lithotherapie.net/amaigrissement, consulté le 10 juillet 2017.

<https://stormz.co/fr/blog/experience-lewin/> page consultée le 15 octobre 2017.

www.weightwatchers.com consulté le 03 juillet 2017.

www.who.int/about/mission/fr/, page consultée le 23 octobre 2017.

www.who.int/topics/obesity/fr/, page consultée le 23 octobre 2017.

Autres médias

(2016) Emission *Temps présent*. Radio Télévision Suisse, 21 avril.

(2015) Entretien entre Jean-Pierre Marmuse, Chef de service Chirurgie digestive et viscérale à l'hôpital Bichat-Claude Bernard Paris et Boris Hansel, endocrinologue, diabétologue et nutritionniste à l'hôpital Bichat Paris, Medscape, enregistré le 09 mars.

Annexes

- I Grille d'entretien
- II Retranscription de l'entretien de Sonia
- III Retranscription de l'entretien de Martine
- IV Calcul du budget prévisionnel de fonctionnement de la SCIC
- V Exemple de programme d'ateliers pratiques

Annexe I : grille d'entretiens

Objectifs :

- amener les personnes à présenter leur parcours jusqu'à l'opération bariatrique,
- identifier avec elles les différentes stratégies qu'elles ont mis en place afin de lutter contre leur obésité,
- déterminer avec elles les causes des échecs de ces stratégies,
- évaluer la pertinence de mon projet de structure.

Préambule

Je commence par me présenter, en indiquant notamment :

- le fait que j'ai été opéré,
- ma situation professionnelle,
- le cadre de l'entretien (enquête dans le cadre d'une recherche-action),
- le respect de l'anonymat et l'envoi de la retranscription afin que la personne valide le contenu.

Puis je passe aux questions :

Pouvez vous vous présenter ? Votre âge, votre situation familiale, votre situation professionnelle, votre niveau d'études...

A quel moment avez vous pris conscience de votre surpoids/obésité ? De quelle manière ?

A cette époque, aviez vous des activités en dehors de votre travail ? (sports, loisirs, vie sociale)

Comment viviez vous votre surpoids/obésité ? Est-ce que cette situation a eu un impact sur votre vie sociale ? Professionnelle ?

Qu'avez vous mis en place afin de perdre du poids ? Quels types de régime ? Avec quelle aide ?

Ces méthodes ont-elles fonctionné ?

Selon vous, pourquoi n'ont-elles pas fonctionné ?

Qu'est ce qu'il aurait manqué pour qu'elles fonctionnent ?

A quel moment avez vous décidé de subir une opération bariatrique ? Pourquoi ?

Aviez vous des craintes, des doutes ? Vous êtes vous senti soutenu par votre entourage ? Par des professionnels ?

Combien de temps s'est-il écoulé entre votre décision d'être opéré et votre opération ?

Après votre opération, quels changements avez vous constaté dans votre quotidien ?
Physiquement ? Dans votre vie professionnelle ? Dans votre vie sociale ?

Avez vous modifié votre comportement alimentaire depuis l'opération ? De quelle façon ?

Vous sentez vous accompagné depuis votre opération ? Par qui ? De quelle façon ?

Auriez vous besoin d'informations supplémentaires depuis votre opération ? De soutien ? De lien social ? D'autre chose ?

Que pensez vous faire (ou que faites vous) afin que cette opération soit efficace sur le long terme ?

Explication orale du projet innovant

A chaud, que pensez vous de ce type de structure et des services qu'elle propose ?

Avez vous des questions concernant cette structure et son fonctionnement ?

Pensez vous que cette structure aurait pu vous aider avant votre opération ? Pourquoi ?

A votre avis, cette structure vous aurait-elle évité d'aller jusqu'à l'opération ?
L'auriez vous fréquentée si elle avait existé près de chez vous ?

Pensez vous que cette structure pourrait vous aider maintenant ? Pourquoi ?

La fréquenteriez vous ?

Selon vous, que manque-t-il comme service / produit dans cette structure ?

A combien estimez vous le prix de la cotisation pour avoir accès à l'ensemble de ses services ?

Souhaitez vous rajouter quelque chose ?

Annexe II : entretien avec Sonia - 24 juillet 2017

J'ai moi même subi une sleeve il y a 5 ans, et je suis en formation aux arts et métiers. Je fais une enquête sur les causes des échecs de tous les régimes et stratégies mises en place avant d'avoir recours à l'opération qui est un peu la dernière solution, l'opération de dernier recours. L'entretien est enregistré et la retranscription te sera envoyée afin que tu puisses en valider le contenu. Tout cela reste bien entendu anonyme.

Peux-tu te présenter : âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau d'études... ?

Je suis née en janvier 1963, j'ai donc 54 ans. Je suis enseignante depuis longtemps, j'ai occupé beaucoup de places, toujours au profit des enfants et de l'apprentissage.

Enseignante en quoi ?

Institutrice au début puis directrice d'institution d'enseignement spécialisé puis conseillère pédagogique et maintenant, maître formatrice sur le terrain pour les professeurs des écoles débutants et puis je donne des cours à l'ESPE pour apprendre aux futurs professeurs des écoles.

Je suis mariée depuis une quinzaine d'années, mais en couple depuis une trentaine d'année. J'ai deux enfants, deux garçons de 26 et 22 ans.

A quel moment tu as pris conscience de ton surpoids ou de ton obésité ? A quel moment tu t'es dis : « il faut que je réagisse, il y a quelque chose qui ne va pas » ?

Les filles c'est un peu particulier, par rapport aux garçons, à cause de cette image de la femme. J'ai toujours été quelqu'un d'un peu rond, plutôt mince quand j'étais petite et ronde à l'adolescence, un peu comme je le suis maintenant. Dans ma tête, j'étais déjà un peu ronde. Et puis après j'ai pris du poids quand j'ai commencé à bosser, mais toujours dans cette « obsession » du poids, un peu comme dans « l'herbe Bleue » où on voit cette jeune fille, toujours obsédée par son poids, ses jambes, elle se trouve grosse alors qu'elle ne l'est pas. C'était peut être notre époque qui faisait qu'on était comme ça.

J'avais une image de moi qui n'était pas forcément la vraie image de ce que je pouvais renvoyer et puis après j'ai pris beaucoup de poids en allant en Angleterre une année, chez ma correspondante. J'avais 15 ans et j'ai du prendre 10 kg en 1 mois avec le changement de nourriture, le fait que je ne m'entendais pas du tout avec cette correspondante anglaise, j'étais très mal. Ensuite je suis partie aux USA et j'ai à nouveau repris beaucoup de poids, et là ma mère a commencé à m'emmener chez un médecin qui m'a donné des médicaments, des trucs pour brûler les calories, donc j'avais bien perdu mais j'étais dans un état d'excitation, dû à ces médicaments. Et je pense que j'avais besoin de ce « coup de fouet » pour tenir, pour ne pas être trop fatiguée...

Ensuite, quand j'ai fait l'école normale, je faisais autour de 74, 75 kg donc j'étais en surpoids mais de façon harmonieuse. Il n'y avait pas de dégoût de soi même, j'aurais voulu être autrement que ce que j'étais, mais j'étais tout de même très coquette etc.

Quand ma mère est tombée malade, lorsque je sortais de l'école normale, donc je devais avoir 22/ 23 ans, d'une maladie compliquée, sachant que dans la famille, il y a des antécédents de sclérose en plaques, mon oncle en avait une. Ma mère a eu du mal à être diagnostiquée, elle a

fait une dépression nerveuse, puis elle a subi une hystérectomie donc on a pensé à une nouvelle dépression, puis ça a été terrible comme maladie. Elle est décédée d'autre chose mais elle a perdu la tête, un peu comme Alzheimer mais elle était très jeune. Elle est morte à moins de 50 ans. Elle ne nous reconnaissait plus, elle ne savait plus qui elle était. Elle a également perdu l'usage de ses jambes, puis l'a retrouvé, puis a perdu la vue etc. : c'était vraiment cataclysmique. Toutes les connexions nerveuses qui lâchaient les unes après les autres. On était très jeunes. Mes parents sont divorcés. Mon père était inexistant et reparti en Afrique, nous n'avions aucun contact avec lui. Mes grands parents pleuraient leur fille. Ma sœur n'avait pas fini ses études. Ca a duré deux trois ans. Il a fallu qu'on trouve une maison parce qu'on travaillait ou qu'on avait nos études à finir... Ce genre de soucis que les gens ont avec des parents vieux, nous on l'a eu à 20 ans et puis elle est décédée. On était orphelins du coup, et là, grossesse, et j'ai eu une explosion de mon poids. J'ai du prendre environ 35 kilos.

Donc dans les trois prises de poids que tu m'as présentées, les deux premières étaient dues à un changement d'environnement ; l'Angleterre ; les Etats-Unis et là, c'est la grossesse. Est-ce que c'était aussi lié au deuil de ta mère ?

Oui, bien sur c'était lié au deuil de ma mère, et deux mois après ça, l'amoureux de ma sœur, se tue dans un accident de voiture. C'était l'horreur. Des vrais chocs.

Je n'ai pas vraiment perdu de kilos après ma grossesse, environ une quinzaine de kilos et quatre ans après, j'ai à nouveau eu une grossesse où j'ai pris 25 kilos et ça se cumule.

C'était beaucoup plus disgracieux, quand j'étais en maillot de bain par exemple.

Donc le fait d'être en surpoids n'a jamais empêché d'avoir des activités, ou une vie sociale? il n'y avait pas d'impact sur ta vie sociale ?

Je déteste le sport, j'ai toujours détesté ça. Je faisais de la danse étant petite, mais ça n'a jamais été mon truc.

Même sans parler d'effort, est ce que le fait d'être en surpoids, te créait des complexes qui t'empêchaient d'avoir des activités par exemple d'aller en boite etc .. Pas forcément sportives mais d'aller boire un verre avec des amis etc ... ?

Non jamais, je pouvais avoir quelques complexes mais non, du tout, on m'a toujours dit que j'étais une « jolie grosse » donc non. J'aurais aimé être plus mince par rapport à mon couple plutôt mais en même temps il ne m'a jamais embêtée là dessus, toujours respectée peu importe mon poids.

Après ces événements, il y a un moment où tu t'es dis « là il faut que je perde du poids » ?

« Plein de fois. J'ai fait des tas de régimes, j'ai été voir des médecins. J'ai été voir en Belgique pour prendre des cachets non vendus en France. J'ai l'impression d'avoir fait une tonne de traitements différents tout au long de ces années là, et j'ai mis un anneau gastrique qui n'a pas franchement fonctionné. J'ai du perdre une dizaine de kilos.

J'espérais que l'anneau allait fonctionner mais il y avait ce produit horrible à avaler , ça me rebutait, même pour perdre du poids.

Weight watchers j'ai détesté. Ce genre de chose, de méthode de coaching, je n'aime pas. C'est un problème intime, que je veux partager avec moi même et éventuellement avec un médecin mais ce que moi je peux ressentir, j'ai pas du tout envie de le partager. »

Du coup , sur toutes les choses que tu as essayé, est ce qu'il y en a certaines qui ont mieux fonctionné que d'autres ? A quel moment tu as repris du poids ? A ton avis pourquoi ces techniques n'ont pas fonctionné ? Par exemple les fois où tu es allé consulter...

Quand ça a vraiment bien marché, c'est quand je prenais ces cachets , qui sont maintenant interdits et qui faisaient que la thyroïde était activée, et que je perdais en faisant un peu attention, mais je n'avais plus faim. Les effets étaient rapides et ça fonctionnait. Là ça valait le coup. Cela dit, pour moi, la frustration sur la durée, c'est impossible. Je pouvais pas passer ma vie à me frustrer et d'ailleurs plus je me frustre, plus j'ai envie de transgresser. C'est probablement pour ça que je n'étais pas capable de tenir un régime sur la longueur et je peux pas faire le deuil en me disant que je devrais vivre comme ça tout le temps.

Est ce tu crois que dans toutes les tentatives, il y aurait eu quelque chose qui aurait pu t'aider sur le long terme ? Est ce que tu as ressenti un manque, que ce soit un manque de soutien, de motivation etc ... ? As tu pu identifier quelque chose qui aurait pu capitaliser cette perte de poids sans reprendre au bout d'un certain temps ?

Non je ne vois pas.

Je suppose que tu as connu l'effet yo-yo , à quel moment tu as décidé de subir une opération bariatrique ?

Il y avait cette histoire d'anneau qu'il a fallu que j'enlève au bout d'un moment parce qu'il ne servait plus a rien. Je l'ai enlevé. On m'avait parlé d'un by-pass mais je m'étais dit que non, ça me faisait peur et la façon dont il m'en avait parlé, était vexante comme si c'était le dernier espoir pour moi. Donc j'avais dit non. Le temps passe et après trois ou quatre ans, je me suis retrouvée dans un établissement avec une infirmière dont le mari était docteur et elle s'était faite opérée après que je sois partie de cet établissement. Je l'ai revue un an après son intervention, elle avait beaucoup perdu alors qu'elle était très obèse. Donc on en parle, et elle me dit cette phrase qui a été révélatrice pour moi qui était « si j'avais su, je l'aurais fait il y a 10 ans ». Comme elle avait facilement 10 ans de plus de moi ça m'a fait beaucoup penser, elle aurait pu en profiter plus longtemps plutôt que de se prendre la tête avec les régimes et autres, à se frustrer comme ça pendant 10 ans supplémentaires.

C'est ça qui m'a décidé. Et en dehors de ça, les garçons étaient grands. Comme j'ai perdu ma mère jeune, je ne m'imaginai pas me mettre en danger et laisser mes enfants orphelins. Et puis, ma mère est morte avant d'avoir 50 ans, quand je me suis faite opérée j'avais 50 ans donc j'ai l'impression de m'être offert du bonus. »

Je reviens sur les régimes : est ce que ça avait un impact sur tes deux enfants, est ce qu'ils étaient englobés dans cette histoire alimentaire ou alors est ce que tu changeais uniquement ton alimentation ?

Je ne pense pas, je ne suis ni boulimique, ni anorexique mais je mangeais beaucoup. Du coup

le by-pass, c'était radical. Je ne pouvais plus manger, c'était mécanique. Je n'avais plus besoin d'y penser. Je trouvais ça magnifique. Donc au niveau de l'équilibre alimentaire ça allait. J'ai toujours cuisiné bon, équilibré. On mange bien. J'aime bien cuisiner en plus. Ca fait parti des choses importantes.

Donc tu estimes savoir ce qu'il faut faire et pas faire en termes alimentaires ? La prise de poids, c'était pas un déficit d'informations, c'était plus lié à un contexte, mais pas parce que tu savais pas ce qu'il fallait manger ou ne pas manger ?

Non, non, mais par contre les notions de quantité m'ont surprise. Evidemment, quand on subit un by-pass, on ne mange plus rien, mais je n'imaginai pas que mangeait beaucoup. Je n'avais pas du tout cette impression là. »

Avec ton opération, tu t'es sentie soutenue par ton entourage et les professionnels (psychologues, diététiciens, chirurgiens) ou pas du tout ?

Je rentrais bien dans la catégorie de l'obésité morbide. Cela dit, une fois, je suis tombée. J'avais mal calculé mon coup, et je suis tombée alors que je pensais passer là où je voulais passer et là y a eu aussi une prise de conscience car mon image corporelle ne correspondait pas du tout à l'image mentale de moi même et ça n'allait plus. Oui j'étais très soutenue. J'allais déjà voir un psy, j'avais besoin d'un espace à moi.

Des diététiciens, j'en avais vu puisque j'avais besoin de faire des régimes et côté entourage, c'est vrai pour le rendez vous d'anesthésie, la clinique demandait qu'on vienne avec un proche pour prendre connaissance des risques liés à l'opération pour pouvoir accéder à l'opération. C'était nécessaire. A ce moment là, j'étais hors de moi, parce qu'à nouveau, c'est quelque chose d'intime cette décision. »

C'est également faire porter la responsabilité de son choix à quelqu'un finalement ?

Exactement, ça a été très compliqué. Je voulais pas en parler à ma sœur pour ne pas lui faire peur et du coup je ne savais pas à qui en parler. Et finalement c'est mon amie de l'école normale avec qui on se connaît depuis 30 ans et elle a accepté de m'accompagner et c'était super.

Après cette opération, qu'est ce qui a changé pour toi dans ta vie quotidienne ? Hormis le fait de moins manger, est ce que ça a changé d'autres choses, dans ta vie quotidienne, sociale, dans ton rapport aux autres ?

J'ai pas l'impression que ça ait beaucoup changé. Ce qui a vraiment changé c'est ma garde robe. Ca fait plaisir de pouvoir porter des vêtements qui me faisaient envie et qui étaient impossible à porter avec mon corps d'avant.

Moi, j'ai l'impression de pas avoir changé, je suis toujours aussi déterminée. Après c'est vrai que certains regards ont changé, des copines un peu envieuses etc.

Il y a le regard des hommes, qui me redécouvrent autrement.

Avais tu l'impression que les gens découvriraient une personne et que quelque part tu existais moins avant ?

Non, pas vraiment parce que j'ai une personnalité assez marquée. C'était plutôt une surprise pour les autres. Mais comme je n'ai pas changé dans ma tête, la surprise n'est que dans le regard.

Mais c'est vrai que se faire plaisir, aller à la piscine tout ça, ça permet d'être plus sûre de soi.

Donc tu as forcément modifié ton comportement alimentaire depuis l'opération, de quelle façon ? Est ce qu'au delà de la quantité, tu manges autrement ?

Non, je mange pareil.

C'est vrai que je me suis surpris à faire plus attention. Par exemple en allant au restaurant je préférais choisir le plat qui allait me remplir plutôt que de tester des nouvelles choses en sachant que j'allais encore avoir faim après. Là du coup, je m'autorise des choses plus légères sur lesquelles je n'allais pas avant. Tu n'as pas eu cette impression là ?

Non, par contre, je prend toujours les plats qui me font plaisir mais je ne les finis jamais.

Est ce que tu as eu besoin d'informations supplémentaires depuis l'opération, ou d'un soutien complémentaire ?

Non , par contre je m'occupe bien de tout ce qui est vitamines. Je fais très attention au traitement qui suit parce que j'ai peur des carences, de perdre mes dents, mes cheveux...
Là depuis pas longtemps, je reprends du poids. J'ai changé de poste et c'est vrai que dans l'environnement d'avant je marchais beaucoup entre l'école et l'hôpital. Là je suis beaucoup plus sédentaire et beaucoup moins stressée donc j'ai repris 6/8 kg depuis septembre dernier. J'étais à un poids où j'étais trop maigre. On voyait que j'étais pas bien. Même si là je me dis qu'il faut que je reperde 4 kilos et j'ai beaucoup de mal à réduire les quantités , ça fait un mois que je tourne autour du pot.

Imagine qu'il y ait une structure qui existe où il y ait a la fois une diététicienne, un psy, des groupes de parole, des activités , des ateliers de cuisine avec également le côté loisirs et social avec comme un abonnement de salle de sport, une cotisation par mois pour l'accès à ces activités sur un même endroit. Qu'est ce que tu penserais de ce type de structure ?

Bien , je ne sais pas trop...

Tu vois, vraiment un genre de club, basé sur l'alimentation ?

Je sais pas trop parce que premièrement, je déteste les gens. Donc je suis pas inscrite dans les clubs de sports par exemple. Je ne suis pas copine avec les gens. Donc ce n'est pas mon truc. Ca serait compliqué. Après, le poids c'est un problème, donc j'ai pas forcément envie de me trouver dans un contexte avec des gens qui ont eu le même problème, même ponctuellement.

Je n'ai pas envie que ce soit le centre de discussion.

Donc, ce lieu réunit ces deux choses : des gens que je ne connais pas, et devoir parler de son problème donc je pense que je serais un peu réfractaire mais il ne s'agit que de moi.

L'idée c'est que ce soit vraiment à la carte. Ce lieu là, des gens pourront y venir sans nécessairement avoir de problèmes de poids, simplement pour participer à une activité, des gens qui auraient besoin de soutien mais aussi tout bêtement prendre rdv avec une diététicienne et/ou avec un psy pour le question du comportement alimentaire. L'idée c'était donc d'avoir des réponses à tous les problèmes, sans forcément adhérer à toutes les activités. Je me suis rendu compte que quand j'allais voir la diététicienne, j'étais soit pas capable de mettre en pratique les conseils et je n'avais pas de coté psy. Après en allant voir le psy je n'avait plus de coté diét ; il y avait toujours un aspect de la problématique alimentaire mais pas les autres, d'où l'idée de ce lieu là.

C'est pas une mauvaise idée après il faut pas forcément que n'importe qui puisse y avoir accès.

Il faut pas que ce soit un « club de gros » parce que ça peut aussi s'intéresser aux gens qui veulent manger vegan ou végétarien, ou sans gluten, aux diabétiques etc.. La problématique alimentaire touche tout le monde de toutes façons mais voilà, ça peut aussi s'adresser aux gens qui veulent apprendre à cuisiner par exemple comme un loisir.

Donc ce côté club n'est pas forcément ton truc ?

Voilà, par contre, se dire que la diététicienne si elle officiait là, j'irais la voir dans un lieu de proximité et ça serait un moyen de porter un regard différent sur ce centre.

Au niveau de cette structure là, est ce que tu penses qu'il y a un service ou un produit qui manquerait ?

Je verrais bien un jardin où on cultive des produits.

A combien tu estimerais le prix de la cotisation pour avoir accès à ces services ?

Je ne sais pas du tout, je pense qu'il faudrait tabler sur la base d'une consultation par mois pour un spécialiste.

Donc entre 30 et 50 euros ?

Oui voilà.

Tu souhaites rajouter quelque chose ?

Oui, est ce que toi tu as repris depuis ?

J'ai perdu 50 kg de façon très rapide et je n'ai eu aucun effet secondaire à part la fatigue intense et c'est toujours le cas depuis 5 ans. J'en ai repris 10 petit à petit parce que le corps doit se remettre un peu. Il y a toujours l'image de soi, moi je suis allé sur la sleeve parce que ma sœur en avait eu une.

D'ailleurs ta sœur a t elle des problèmes de poids ?

Ma sœur est comme moi maintenant.

Merci pour ta contribution.

Annexe III : entretien Martine - 06 août 2017

Alors donc, comme tu le sais, j'ai été opéré, je suis directeur de centre social et je fais une formation dans le cadre d'un master II sur l'éducation alimentaire. Donc l'entretien c'est bien dans le cadre de cette formation là, c'est tout à fait anonyme.

D'accord

Une fois que l'enregistrement est fait je le retranscris, je te l'envoie et tu valides ou pas.

Ah d'accord. Ok. Je te dis s'il y a des trucs qui me vont pas.

Complètement.

D'accord.

Et encore une fois, c'est un truc qui n'est pas diffusé, sauf dans le cadre du mémoire en interne.

Après moi j'm'en fous, comme j'imagine les questions que tu peux me poser...après je ne veux pas que mon nom soit...

Oui, oui, c'est totalement anonyme. Ben du coup je vais te demander de te présenter, âge situation familiale, ce que tu fais dans la vie, ton niveau d'études, voilà, enfin le truc classique.

D'accord. Alors je m'appelle Martine, j'ai eu 46 ans le 26 mai, je suis en...pacsée ? Oui ? Ca te va comme ça ?

Oui

Pacsée et je suis conseillère clientèle continuité pour une banque, donc je prends les clients en ligne.

D'accord. Et du coup t'as fait quoi comme études, comme parcours ?

Comme parcours, à la base j'ai toute une formation sur la coiffure du CAP au brevet de maîtrise. Ensuite j'ai un diplôme en psychologie adolescence puis après j'ai passé une licence que j'ai pas validé de droit administratif et puis j'ai un BTS action commerciale sur la grande distribution et puis dernièrement ben après j'ai des équivalence par rapport à la banque voilà.

Ok. Donc, est-ce que tu te souviens à quel moment t'as pris conscience que t'étais en surpoids ?

Oui. (rire) alors c'est là où je t'explique tout (rire) ?

Heu...Oui...

D'accord. Alors (inspire profondément) donc je suis, donc j'ai une famille qui a de l'hérédité puisque ma grand-mère paternelle je l'ai pratiquement toujours connue dans un lit avec une très forte obésité et du côté de maman ça a toujours été rond aussi. Voilà donc, au-delà de ça moi j'ai jamais été un enfant maigre, j'ai appris après que j'avais une très grosse ossature et que toutes façons j'aurais pas pu y être apparemment mais au-delà de ça (se racle la gorge) j'étais en sixième et j'ai subi une agression avec séquestration, à deux reprises par la même personne, ça a été très violent, cette personne est encore recherchée et je suis toujours en contact avec la police puisque l'affaire existe encore. On est deux survivants sur l'ensemble et au-delà de ça donc j'ai...comme mon père était dans la police j'ai fait un blocage pour pas en parler enfin machin tout ça et j'ai fait deux ans de blocage où ça a été...les deux ans ont été presque plus violents que l'agression. Bref. J'ai développé une très forte amnésie derrière de cet événement là qui continue à ce jour sur certains points et quand en fait j'ai pu parler en partie j'ai pris 40 kilos en 4 mois.

D'accord.

Et donc après l'escalade elle a commencé en fait donc je devais avoir 12 ans à peu près...parce que je suis pas opé. sur les dates et tout ça. Mais le fait est que ben en fait ils ont commencé à me faire prendre des cachets, des machins et puis...et puis voilà, puis ça a commencé comme ça.

D'accord. Et le..euh...est-ce que t'avais des activités en dehors du travail ou des études ?

Ben à l'époque (rire) j'étais scolarisée donc je faisais beaucoup de sport

Ouais.

(se racle la gorge) En fait euh... je faisais le mercredi je faisais de l'athlétisme et de la préparation à des marathons.

Ouais.

Le soir je faisais de la natation de compétition. Et je faisais également du modern jazz et ce jusqu'à mes 16 ans.

D'accord, et ensuite donc quand t'as commencé à travailler ?

J'avais plus le temps par rapport à mes horaires et l'apprentissage, je rentrais il était 9h chez moi c'était pas possible.

Mais même en dehors du sport t'avais, je sais pas, des loisirs ? Je sais pas...macramé (rires)

Ah bah oui toujours, oui j'ai toujours fait tu sais ce qu'on appelle maintenant les loisirs créatifs, mais j'ai toujours fait plein de trucs .

D'accord. Et en terme de vie sociale tu sortais beaucoup ? Tu voyais des gens ou t'étais toute seule dans ton coin ?

Alors (rire) donc on va dire (rire) jusqu'à mes 18 ans j'étais une enfant un peu sage et un peu rangée. Et puis après...non. Après j'ai commencé à sortir, à m'émanciper, à faire un peu la fête, les week-end, tous les week-end, souvent (rire) pendant trois jours puis à consommer un peu d'alcool
quoi.

Et donc le fait d'être en surpoids, ça t'a empêché de...ben d'avoir une vie sociale ?

Pas du tout.

Non ?

Parce que le problème c'est que comme ma vie s'est appelée régime à partir de cet événement catastrophique...euh en fait le problème c'est qu'après, si tu veux, j'ai toujours été quelqu'un considéré (s'interrompt) comme j'étais toujours très grande et que et ben en fait on me disait toujours que j'étais...tu sais que j'étais ronde quoi et qu'en fait quand tu regardes les photos j'étais pas ronde du tout mais psychologiquement tout le monde me mettait dans la case des rondes mais qu'au delà de ça, ça m'a jamais dérangé quoi. Moi, ça a jamais été un frein de rien. Après...si y a eu une année où vraiment j'ai péché un câble parce que comme je faisais des yo-yo après...voilà...y a eu une année où je l'ai pas bien pris, je devais avoir...vingt...une vingtaine d'année, vers 22 ans un truc comme ça et là je l'ai pas bien pris du tout et je voulais plus sortir donc ça a été très violent mais comme j'ai suivi de très nombreuses psychothérapies à cause de mon agression...ben on a travaillé dessus et en fait après travail et réflexion ben je me suis dit ce que je me dis toujours « on est des milliers sur terre, si ma gueule te reviens pas tu vas voir ailleurs ». Voilà. C'est tout et depuis je m'en fous. Enfin j'm'en fous : du regard des autres quoi, pas de mon poids.

Du coup le fait d'être, alors « ronde » pour employer les mots qu'on te disait à l'époque, moi on me disait « fort » donc c'est pareil pour un mec on disait « oh t'es fort » (rires)

C'est ça ! Et puis « heureusement tu as un beau visage »

C'est ça ouais !

« Ta gueule ! » (rires)

Du coup est-ce que ça a eut un impact sur la vie sociale et/ou sur ta vie professionnelle ?

Professionnelle obligatoirement.

Ouais.

Moi j'étais dans l'esthétique donc voilà. Après je pense que c'est aussi au niveau de la tenue vestimentaire quoi, tu sais t'adapter et puis après ben si tu...j'ai de la chance quand même de tomber sur des gens qui reconnaissent tes compétences plus que...voilà. Puis le physique c'est vrai qu'il y a des endroits ben tu sais que ça passe pas quoi, puis voilà. De toutes façons, t'es toujours la grosse de service hein ? Voilà, tu manges bien à la cantine (rires) ben voilà, c'est ça : c'est bon.

Et du coup tu parlais de yo-yo, je suppose que tu as mis en place des choses pour perdre du poids, je sais pas : des régimes ?

Ben j'ai eu de nombreux, nombreux régimes, je les ai tous essayés : soit suivi médical, soit tu sais les...comment ça...

Les trucs soupe aux choux

La soupe aux choux, tu manges que de l'ananas, où tu...comment. Tu manges que des protéines machin après tu sais...le régime « Ducon » là...voilà. Parce que c'est pas « Dukan » mais vraiment «Ducon » lui. Enfin bon, j'ai fait toutes ces choses là. Et puis après, dès que j'entendais parler d'un truc médical, j'allais voir et en fait le dernier que j'ai fait c'est avant de quitter Paris il y a 7 ans, mais financièrement j'avais beaucoup de mal parce que c'était de la micronutrition, un truc qui vient du Canada je sais pas quoi, sauf que le médecin qui était professeur elle, elle était remboursée, mais que tous les mois j'en avais pour 500 euros à peu près de médicaments, et tous les 2-3 mois j'en avais pour...enfin une grosse somme d'analyses donc 400 à peu près euros pas remboursés.

D'accord.

Donc au niveau budget je pouvais plus suivre. Mais ça marchait quand même relativement bien parce qu'on parlait de l'hypophyse du rééquilibrage de je sais pas quoi. Ca marchait. Voilà. Et en fait...mais par contre le plus violent que j'ai vécu sur les régimes, c'est que, un jour on m'a parlé du Professeur Guy Grand, qui apparemment est une sommité, qui à l'époque était, alors je sais pas s'il y est encore parce que c'est un monsieur qui avait quand même de la bouteille, et il était à l'Hôtel-Dieu, je suis allée le voir à l'époque, on parlait encore en francs : une visite c'était...930 francs.

Ah oui, d'accord...

Ma mutuelle à l'époque, me prenait...tu sais en dépassement machin, ça me revenait à rien. Donc j'ai tenté le rendez-vous, très gentil, il m'a reçue et il m'a dit...il m'a posé plein de questions, l'hérédité, le machin truc muche, il m'a dit je vous fait faire de l'hospitalisation de jour, il m'a reçu après les hospitalisations de jour et il m'a dit « Ben ma brave fille » il m'a dit « Voilà, on a fait tes examens, tes machins ben : t'as de l'hérédité, t'as eu ton agression, on t'a pourri le corps avec des régimes, on t'a donné des médicaments qu'on aurait jamais dû te donner de ta vie, genre du glucophage retard, parce que le diabète, t'en a pas 1 gramme » et il me dit « tu voulais que je te mette l'anneau » parce que c'était le début de l'anneau, il m'a dit « hors de question, tu ne manges pas assez » et il m'a dit (pause) clairement hein ? Il m'a dit « pour moi t'es un cas désespéré » il m'a dit « je peux rien faire pour toi ».

D'accord...

Voilà, ça m'a fait 4 visites...et ben voilà. Donc là, ça m'a beaucoup découragé. Voilà.

Et sur tous ces différents parcours, ces différents régimes ou différentes stratégies que tu as pu mettre en place, tu as eu une aide ou tu t'es sentie aidée ? Alors que ce soit par des professionnels tu vois, par des médecins, diététiciens ou autres ou par, je sais pas, des amis, de la famille ou tu as eu le sentiment de gérer ça toute seule ou d'être un peu seule face à tout ça ?

Ben mes parents moi ils m'ont toujours accompagné là-dessus, donc voilà. Mon père était quand même assez...quelqu'un d'assez sévère donc...même lui tu sais sans parler de régime de toute façon il a toujours fait attention machin tout ça. Et puis après oui, tu sais y'en a qui s'en foutent et y'en a...voilà tes amis qui t'encouragent machin...parce que comme j'ai fait des trucs de folie tu sais...fallait boire un truc et puis pas manger pendant 3 jours...(rires) bon ben tu te sens seule faut bien que quelqu'un te dise « allez vas-y tu vas y arriver » et tout « on voit le résultat » ou machin quoi.

Et d'après toi pourquoi tous ces trucs là ils ont pas fonctionné ?

(pause) ben si j'le savais....je sais pas.

D'accord. Pas de pistes ? Ou....tu sais pas ?

Ben en fait avec l'expérience récente je me dis que en fait c'est un tout, donc si t'es mal accompagné je pense et que peut-être que les choses ont évolué. D'ailleurs l'opération qu'on a eu là il y a 3 ans a déjà évolué sur plein de choses et que je pense que c'est vraiment un équilibre alimentaire et que le problème aussi je me suis rendue compte en parlant avec les gens là récemment du Chalonais là, les médecins que j'ai rencontré et les patients, c'est que les diététiciennes en fait, elles ont plusieurs écoles et que du coup ben en fonction des écoles le discours il part dans tous les sens quoi. T'as la restrictive ou t'as rien le droit de bouffer, t'as l'autre qui t'autorise ça mais pas ça alors que t'en es...là actuellement tu ne t'en privas pas. Mais... c'est à toi de réguler en fait...bon après comme des week-end là tu peux pas réguler

rien mais dans la semaine on arrive à réguler en fait notre alimentation et c'est vrai que depuis le Chalonais ça se passe beaucoup mieux. Mais par contre c'est depuis avril que j'ai été hospitalisée mais avant j'étais suivie par une autre diététicienne de la clinique où j'ai été opérée, qui soit disant est spécialisée dans le bypass -d'ailleurs elle est plus là-bas, ils l'ont virée- mais elle en fait était considérée comme restrictive, et elle nous a fait faire n'importe quoi.

D'accord.

Donc c'est...je pense que c'est un tout quoi. Après il y a toi aussi. Parce que comme je pense que...s'ils t'ont dit genre tu peux faire ce que tu veux, mais qu'on t'explique pas réellement le « comme tu veux » ce que ça représente...ben tu t'en fous. Que si on te fait de la restriction, ben au bout d'un moment tu pêtes un câble et puis ben au lieu de manger un carré de chocolat ou deux ou trois comme on pourrait le faire, ben en fait tu bouffes ta tablette quoi. Et en fait, quelque part je pense que c'est pas de la boulimie moi mais je pense qu'il y a des moments où du coup tu vas manger que des conneries quoi. Mais ça joue sur le psychologique en fait.

Et tu crois que c'est ça qui joue sur le psychologique ou est-ce que c'est le psychologique qui joue sur la bouffe ?

Ben tout.

C'est dans les deux sens ?

Ah c'est obligé ouais. C'est obligé parce que inconsciemment je pense que tu compenses quoi, et même...enfin moi je pense, après c'est aussi...enfin je pense pas moi hein...enfin si...enfin je sais pas comment on peut dire mais avec les analyses que j'ai faites et tout, avec les psychiatres et psychologues à un moment donné je pense que si moi, comme ce que j'ai vécu a été très violent, je pense que quelque part aussi c'est une protection qui s'installe inconsciemment mais tu comprends et voilà. Après je pense qu'il y a une part de moi, une part des pros, on a tous une part de responsabilité.

Et sur le mode de vie tu penses que ça a un impact ? Parce que tu as eu plein de boulot différents.

Oui. Ben la coiffure ça m'a pas aidé du tout. La coiffure quand, ben je faisais une période de régime c'était compliqué parce que selon ce qui fallait que je fasse j'avais du mal à suivre, alors sauf quand tu sais il faut pas bouffer parce que (inaudible) t'as pas le temps. Mais la coiffure, si tu veux manger ton steak à je sais pas moi, à midi, t'en manges un morceau, tu vas continuer à le bouffer à 13h, t'en remanges mais après t'en veux plus, tu commences un yaourt puis après tu le finis le soir avant de partir parce que t'as pas eu le temps de manger quoi. Y'a des jours où t'as le temps de te poser mais c'est rare et donc tu rentres tard le soir. Tu...voilà. Ou puis il y a des boulots ben quand je bossais à la 20ème, à l'heure où je rentrais des fois j'avais pas forcément envie de bouffer bien non plus quoi, t'as pas le temps de te faire...puis célibataire, moi j'ai...j'ai jamais vraiment eu une vie avec quelqu'un -même si je suis restée très longtemps avec quelqu'un- on a jamais vécu ensemble, et du coup c'était ben des restaus

et puis célibataire tu te fais pas de la bouffe correcte, faut être honnête, tu vas le faire de temps en temps comme je fais actuellement de la vraie cuisine quoi, c'est faux tu (silence)

Et donc tous les...tu disais que tu ne savais pas forcément pourquoi tout ce que tu as fait n'avait pas marché, donc si je te pose la question à l'inverse, à ton avis qu'est-ce qu'il aurait manqué pour que ça marche ?

J'en sais rien.

Non, tu ne sais pas non plus ?

Ben c'est compliqué, j'en sais rien...est-ce que de moi...parce que je pense qu'on fait jamais vraiment bien les choses et que moi j'ai ma part de responsabilité et puis après un meilleur accompagnement des pros mais comme je te dis aussi : j'ai 46 ans. Le discours qu'ils tiennent maintenant, c'est pas le même qu'il y a 5 ans, qu'il y a 10 ans et qu'il y a 20 ans. Donc du coup, le problème c'est qu'à un moment donné au fur et à mesure des années tu sers de cobaye quoi. Voilà, le seul qui a été pour moi vraiment...je parle pas de maintenant...c'est Guy Grand quoi. Parce que quelque part, il avait raison. Il a résumé en trois phrases ma vie quoi.

Tu disais, il y a le côté hérédité qui joue beaucoup, donc là tes parents, ta famille du coup où ils sont tous en surpoids ou obèses ?

Alors, ma grand-mère, je t'ai dit, paternelle était obèse, mon grand-père paternel pas du tout. Mon père, bon il était rugbyman en plus donc voilà, il a eu des périodes un peu yoyo, ma mère ben tu l'as déjà vue, elle est pas maigre non plus, ma grand-mère elle se portait bien aussi (maternelle), mon grand-père maternel lui était rond, voilà. Après il y a les problèmes de santé aussi qui aidaient pas. Et puis il y a ma grand-mère maternelle elle a eu une des premières greffes de la colonne, donc du coup tu vois elle avait pas une act...enfin elle bougeait bien ma grand-mère quand même mais je pense que ça a contribué aussi tu vois à ça et du coup y'a ça, et puis après moi je sais qu'on surveille beaucoup ma thyroïde parce que maman elle a une hypothyroïdie (inaudible), donc du coup ils font attention à ça mais moi j'ai rien, voilà. Et après ma demi-sœur, parce que j'ai une demi-sœur (rires) c'est une brindille quoi.

Et du coup quand t'étais gamine et donc chez tes parents, les repas, maintenant avec le recul, il te semble qu'ils étaient à peu près équilibrés ou...en gros la question c'est est-ce que tu penses que c'est vraiment l'hérédité, donc quelque chose de biologique, ou est-ce que tu penses que si la famille elle est...enfin tout le monde a plus ou moins des problèmes de poids, c'est sur le comportement alimentaire, enfin sur ce que vous mangiez ? Parce que vous mangiez tous la même chose.

Y'a comportement alimentaire, et après comme moi très jeune j'ai dû faire attention, donc du coup les régimes a été fait à la maison tout le temps quoi. Enfin tu vois.

Mais tout le monde le faisait du coup où il n'y avait que toi ?

Ben non, on mangeait tous pareil.

D'accord.

Parce que mes parents...ben ma mère elle avait pas le temps de faire à manger pour cinquante donc tu vois. Et puis à savoir que moi après très vite, vers je sais pas moi, ouais, j'étais à partir de la 4eme, je sais pas quel âge on a, 13 ans un truc comme ça? 13-14 ans, j'en sais rien l'âge, c'est moi qui faisait à bouffer à la maison. Donc ma mère il y a très longtemps après qu'elle avait pas à faire à manger vraiment même si elle fait ça très bien parce que c'est pas son trip, donc du coup c'est moi qui faisait à manger. Après malgré tout (souffle) voilà y'a des moments tu vas mettre plus de beurre, plus de crème, plus de machins...voilà. Ca...mais je crois que c'est inné. On est français.

Et donc à quel moment t'as décidé de subir une opération bariatrique ?

(rire) Euh...à quel moment ? Ben en 80...je sais pas quoi...c'était en quelle année ?

Tu disais il y a 3 ans c'est ça ?

Non, non, non, non.

Ah c'était bien avant ?

L'anneau, c'était avec le professeur Guy Grand donc avant les francs, non avant les euros...

C'était en 2000 les euros, un truc comme ça.

...j'ai dû le rencontrer, on avait des téléphones portables qui venaient d'arriver il n'y a pas si longtemps que ça...j'ai dû le rencontrer cet homme là c'était fin 90 juste avant les années 2000 donc entre 95 et 2000 je sais plus dans ma tête où c'est mais voilà. Parce qu'à l'époque j'en avais tellement marre de ces yo-yos, de ces régimes qui ne marchaient pas machin et tout ça, que j'avais entendu parler des anneaux, et que j'ai voulu m'en faire poser un et puis qu'il m'a strictement refusé cet anneau en me disant « voilà, vous mangez pas assez et gnagnagnagna » donc j'ai laissé tomber parce que j'étais découragée. Ensuite je t'ai rencontré toi, et j'me souviens quand tu m'as parlé de ce parcours et tout, je t'ai dit « surtout le fais pas » je trouvais que c'était barbare et tout ça. Je l'ai mis de côté. Et puis en fait que je suis arrivée ici il y a 5 ans, comme F. il avait les mêmes...enfin il avait des problèmes de surpoids...je pense que ça ne vient pas du tout de la même chose. En fait on a commencé -je sais pas -, je sais pas comment c'est arrivé à en parler comme ça et machin et tout ça – et F. qui en avait vraiment marre, il m'a dit « moi je vais me faire opérer ». Pourquoi ? Parce qu'il t'a vu. Et...on avait commencé à en parler un peu avant, puis après on t'a vu toi, et il me dit « t'as vu quand même ? » il me dit... « voilà quoi. ». Mais quand on t'a vu aussi, on a eu très peur parce qu'on s'est dit « ouais. Mais il y a un prix », on a été conscient du prix à payer. J'me dis qu'il n'y a pas de miracle non plus et au-delà de ça on a commencé à faire des recherches un peu sur

internet machin, à se renseigner à tatati et tatata en fait F. a été ... enfin non, moi en septembre, avant que je me fasse opérer, parce que je me suis fait opérer en juin qui a suivi, en septembre j'ai vu mon médecin traitant pour mon renouvellement de traitement et je lui dis « écoutez, je voudrais me faire...une chirurgie » voilà. J'ai dit « je sais pas, j'ai vu qu'apparemment » je parle de toi « y'a la sleeve, et puis j'crois qu'il y a un autre truc qui s'appelle genre bypass machin tout ça » il me dit « oui, ben effectivement » et elle m'a fait un courrier pour un chirurgien sur Dijon, et elle m'a dit ben « Vous allez voir et puis vous verrez avec lui, il vous expliquera tout machin » elle me dit « moi j'y connais pas grand chose » quoi. « Oui j'ai déjà des gens qui se sont fait opérer par lui » donc j'ai pris cette enveloppe, je l'ai rangée. Et en fait à chaque fois je me dis faudrait que j'appelle pour prendre rendez-vous puis j'y arrivais pas, je sais pas il y avait un truc qui me bloquait, j'avais trop...je sais pas, une peur ou...et puis la peur, en fait, j'ai aussi ça, j'avais la peur, qu'on me redise encore une fois...ben « T'y as pas le droit » quoi. Et je...je pense que j'étais...psychologiquement par rapport à la situation ici, où j'avais un travail de merde, mais que, voilà, je prenais une vie nouvelle, j'avais pas envie qu'on vienne me plomber en me disant...voilà. Du coup j'ai pas fait, j'ai fait courage fuyant, et donc (*inaudible*) j'ai des collègues voilà le midi on se retrouvait souvent à manger ensemble, on rigolait bien, puis bien sûr voilà t'as les questions des fois elles tournent sur le poids machin tout ça, puis comme moi je m'en fous je prends ça un peu à la rigolade, et j'ai une collègue qui en vêtement elle doit faire du 34-36, et je sais plus, je sors une grosse connerie, puis elle me dit « oh si tu savais, ouais j'te comprends » et tout, j'dis « t'es gentille mais...tu peux pas me comprendre » j'lui dis « parce que, c'est pas en faisant du 36 quoi chérie que tu peux savoir ce que c'est de faire ma taille » quoi. Du coup elle me dit « si si, j'te comprends » je lui dis « bon ben écoute...ouais, d'accord, si tu veux. ». Puis on a...discussion basse. Puis après elle est venue me voir en...toute seule puis elle me dit « tiens, regarde cette photo » je lui fait « t'ain, attends, c'est qui » et tout « c'est ta sœur ? » elle me dit « non c'est moi ». Ben j'dis « tu déconnes ou quoi ? » elle me dit « ben non, je m'suis fait opérer il y a deux ans » elle me dit « j'ai eu un bypass, par le Docteur As » et elle me dit « Ben...voilà ». Donc elle faisait 145 kilos je crois, donc j'ai été un peu soufflée et tout, donc ben on s'est posées à un moment donné on a eu le temps, elle m'a expliqué tout ça, elle m'a expliqué qu'elle avait quand même de grosses contraintes et puis comme c'était le même nom de chirurgien qu'on avait donné pour moi, ben j'me suis dit « bien quand même quoi », ça m'a un peu...j'me suis dit « bon ». Et du coup F. lui entre temps il avait pris rendez-vous au CHU, donc avant moi et là on était en Février, et je suis allée voir ce chirurgien et en fait il m'a dit « pas de soucis, oui je vous fais cette opération si vous la voulez machin » donc j'étais ravie. Et moi je lui avais dit « Je sais pas, d'après ce que j'ai lu, peut-être qu'il vaut mieux le bypass » « ouais ouais, je vous fais le bypass », j'ai presque choisi mon opération avec le recul et puis il m'a dit « écoutez, il y a un long parcours à faire, vous devez voir plusieurs médecins, ma secrétaire va vous donner la liste » et il me dit « si tout va bien, je vous opère » donc...Février... « fin avril, début mai ». Je trouvais ça...fabuleux quoi. Je suis rentrée, j'ai dit ça à F., F. en fait c'était, en mai c'est là où il devait avoir son premier rendez-vous au CHU (rire), puis le CHU on nous avait dit, tu sais, bon...apparemment, c'était pas... la renommée était pas top, mais bon, tu vois, ça veut rien dire, puisque...du coup, voilà. Et du coup, il me dit « putain, faut que j'aille le voir lui » et tout ça. Donc, ben lui a pris son rendez-vous aussi. J'ai fait le fameux parcours, l'escroquerie de ma vie je pense, parce que ça c'est...une escroquerie, j'ai fait le parcours, je savais que j'avais des problèmes sur l'apnée du sommeil que je ne voulais pas reconnaître, mais du coup ben pour l'opération, j'ai bien été obligée de mettre devant le fait accompli puisqu'ils ne m'opéreraient pas si je faisais pas quelque chose, et comme on a dû m'appareiller, et qu'en plus entre temps, on sait pas pourquoi, j'ai fait une allergie à un médicament que je prenais depuis longtemps, ça a retardé légèrement l'opération et du coup j'ai été opérée que fin juin au lieu d'être opérée fin avril,

c'est pour ça qu'on a pu le faire en même temps avec F., puisque lui en fait, il arrivait en fin de parcours. Voilà.

Et du coup le...entre...enfin, le fait justement que vous soyez en couple, à deux à faire le même parcours, c'était plus facile ?

Ah oui. Oui. Alors c'était pas sur le parcours, parce que le parcours c'est...enfin...je l'ai dit là, clairement : c'est bidon, pour c'est...enfin...en passant dans le privé là c'est...pour moi c'est une arnaque totale, parce que tu vois le chirurgien comme j't'ai dit que c'est presque moi qui ait choisi mon opération, d'ailleurs dans tout ce que j'avais lu j'avais pas compris qu'il y avait un bypass en « Y » et en « Oméga », c'est là, que maintenant quand on a posé au Chalonnais la question « vous avez quoi comme bypass ? » que j'ai dit « Ben...un bypass » (rire) « D'accord, ah ben je savais pas ! Bon très bien, merci ben je suis contente de savoir que c'est l'Oméga, très bien » donc y'a ça, puis après tu vas voir l'endocrino, « c'est quoi ? Pourquoi vous êtes grosse ? » ben je lui explique vite fait ben il me dit « ouais ok, c'est bon » que l'IMC machin passait largement, que le chirurgien il dit « bon ben là, oui vous l'IMC de toute façon vous inquiétez pas si dans les résultats y'a un petit souci moi je connais les ficelles pour que vous passiez à la sécu » donc déjà tu dis qu'il y a quand même un problème en partant de là, mais bon, comme t'es motivée hein ? Tu tiens pas à...machin. Que tu vas voir un psy, et que quand même c'est spectaculaire mais...il remplit une feuille à trous...donc c'est un peu gênant quand même, parce que du coup, j'ai pas le même parcours que F. ou Pierre, Paul, Jacques, donc je suis désolée hein, pour moi y a un problème aussi parce que c'est du tout cuit, voilà, et que la seule que j'ai vue de bien c'est la gastro qui vraiment elle était compétente quoi, parce que bon...mais voilà.

Après enfin...moi c'est pareil, moi du coup j'ai fait le parcours sur Marseille puis après sur Paris, donc je l'ai fait deux fois. Sur Marseille effectivement il y avait un vrai parcours, enfin tu vois le...puis sur Paris c'était une formalité

Nan mais c'est ça ! Et moi quand CG me dit en formation l'autre fois au Chalonnais qui nous dit « le parcours, c'est un an, un an et demi » parce qu'il dit sur...euh...et je m'en suis rendue compte par rapport à F. il a une (boulimie??). F. s'ennuie « J'ai faim ». F. a tout le temps faim. Lui c'est psychologique : il a pas faim, mais il a faim. Et CG nous a expliqué que les gens comme lui par exemple, enfin, il connaît pas F. donc voilà, mais il dit que des gens comme ça il faut d'abord soigner là-haut, leur proposer un accompagnement diététique...tu vois d'équilibre alimentaire et de sport et qui si vraiment y a rien qui se passe, à ce moment là en parallèle ils font le parcours et que au bout des un an et demi, si ce qu'on a mis en place ça n'a pas marché et que le parcours en fait est positif en disant effectivement cette personne-là doit subir la chirurgie et ben on lui fait la chirurgie mais que peut-être elle en a pas besoin et que comme c'est une chirurgie qui est quand même violente, il dit que c'est une façon aussi de pas faire n'importe quoi et de pas opérer à tout va comme maintenant ça se passe et que la sécu commence à dire « non » quoi. Voilà.

Et donc du coup entre...après l'opération du coup quel(s) changement(s) t'as pu constater dans le quotidien ? Alors physiquement ou mentalement, enfin je sais pas ?

Alors physiquement je me rends compte aux fringues que j'ai maigri mais visuellement c'est

compliqué sauf quand je vois des vieilles photos, effectivement (rire) je me rends compte qu'il y a un petit changement enfin...un gros peut-être. Après...ben oui sur le regards des autres, tu te sens moins essoufflée, voilà t'as quand même des choses qui s'améliorent physiquement tu sens qu'il y a quand même des choses qui changent après le plaisir aussi de pouvoir remettre des choses que tu pouvais pas mettre avant...voilà, et par contre la difficulté c'est de se dire aussi que tu prends jamais ce qui...tu vois apparemment j'avais un haut qui était trop grand et je m'en suis pas rendue compte. Et je...c'est...voilà. Et je comprends toujours pas qu'elle m'a dit que c'était trop grand, pour moi il est bien. Donc c'est compliqué de ça. Après le regard des autres forcément, tu restes quand même la grosse de service mais moins grosse (rires). Voilà, ça passe mieux quoi.

Et du coup mentalement ou psychologiquement, parce que ça c'est le côté physique, tu vois.

(pause) ben psychologiquement le problème...

Est-ce que t'as changé de caractère, est-ce que tu as l'impression d'avoir changé de caractère, de comportement ou je sais pas ou...

Non.

Ou ton rapport avec les autres il a changé ...

Non parce que comme j'm'en...comme j't'ai dit comme à une période j'ai adopté le « j'm'en fous » donc en fait...(rire chuchotant) j'm'en fous.

D'accord.

C'est...c'est un confort...un confort...enfin jusqu'à maintenant parce que bon...j'le paye un peu cher. Mais jusqu'à présent c'était un confort pour ma santé parce que je savais que voilà, j'ai une fragilité au niveau du dos, j'ai une fragilité aussi veineuse, voilà. J'ai appris aussi grâce à l'opération que ben si je m'étais pas fait opérer j'avais un cancer du foie bientôt, voilà ça je l'aurais peut-être pas vu, ben peut-être que je serais plus là aujourd'hui, du coup...puis à savoir que moi aussi j'ai été contaminée par le vaccin de l'hépatite B y a quelques années en arrière parce que mon père est mort de ça et que j'ai quand même certains, certaines petites maladies qui sont pas non plus...voilà, mais que bah le fait d'être en surpoids je pense n'arrangeait pas.

Oui, c'est un facteur aggravant de tout.

Voilà, donc du coup, tu te dis que pour ta santé...puis voilà, puis que t'arrive plus à monter les marches, que tu souffles comme un bœuf puis que là ben tu souffles moins que j'arrive mieux à bouger que faire une chose ça demande des efforts quand t'es vraiment...ben voilà, trop gros quoi.

Est-ce que t'as com...modifié ben justement la façon de manger, le comportement alimentaire

depuis l'opération ?

Oui. (rires) Évidemment, t'as pas le choix...et c'est là où les problèmes commencent. En fait, donc, dans ce fameux parcours nous rencontrons une diététicienne en préparation à l'opération. Et comme on l'a fait en commun avec F., on l'a rencontrée à chaque fois ensemble. Et cette personne donc nous explique le fait d'avoir cette opération ne va plus nous permettre de manger comme avant et qu'il va falloir donc s'habituer à un nouveau rythme de nourriture et machin. Et donc elle commence à nous expliquer qu'en fait il faut pas manger beaucoup mais qu'il faut manger souvent. Et que en fait on mange un petit peu et que quand ça passe plus ben on s'arrête, quand on a faim on remange un peu et puis parce que en plus avec cette opération ben tu ressens pas forcément la faim mais tu ressens que t'as froid, tu ressens que t'es pas bien donc à ce moment là tu manges forcément enfin voilà. Et qu'effectivement quand tu viens de te faire opérer si t'arrives à manger l'équivalent d'un yaourt déjà t'es ravi quoi. Bon. Donc un mois avant l'opération elle nous a dit qu'il fallait qu'on arrête de boire une demie-heure avant, qu'il fallait que on ne boive pas pendant les repas et donc qu'on séquence en fait, et que...on arrête de manger enfin qu'on mange le soir et puis qu'on finisse le...genre à 10h du soir fallait qu'on mange notre fruit en gros tu vois...enfin bref. Donc on a fait ça, on s'est fait opérer, en sortant de l'opération donc à Ste Marthe en plus ils te disent que le suivi n'est pas obligatoire mais qu'il est conseillé...c'est magique ! Et que du coup, pour t'inciter au lieu de payer 50 euros la visite de la diététicienne tu la payes que 25. Donc l'avantage c'est qu'en plus comme elle nous prenait tous les deux ça nous faisait 25 euros à deux donc on s'est dit, au delà de ça même sans parler du coût, puisque moi j'ai, je pense que c'est comme je te l'ai dit, c'est pas miraculeux, et que je pense que ça demande un suivi machin. Donc, c'était obligatoire d'aller la voir derrière et donc ben après l'opération tu passes par le...très très liquide, le moins liquide, le morceau machin tout ça et qu'en fait elle nous a toujours expliqué de continuer cette...voilà cette façon de faire et puis ben tu t'aperçois que quand même au fur et à mesure que le temps passe ben tu manges un peu plus puis un peu plus et puis voilà, puis que après le souci qu'après que tu as, enfin nous qu'on a, puisqu'on a à peu près le même, alors F. un peu moins, mais c'est que y a des jours tu vas arriver à manger on va dire entre guillemets « correctement »...enfin même pas des jours mais à un repas tu vas arriver à faire ton repas puis peut-être que celui du midi ou du soir ou n'importe ben tu manges ta première cuillère et y'a rien qui passe...donc ça voilà. Et après...et après ça aujourd'hui ça a changé.

D'accord, mais et sur le...ça c'est sur les quantités et la façon de manger, mais après sur ce que vous mangez ? Par exemple moi avant l'opération je mangeais essentiellement gras et salé. Et pas sucré, enfin pas plus que ça. Par contre après l'opération...

Ben mais moi c'est une catastrophe, parce que le problème c'est -j'en ai parlé au médecin aussi – quoi qu'on mange de toute façon : c'est mauvais. Quand tu manges...alors moi j'ai du mal maintenant à manger à un peu de charcuterie mais parce que, dès que tu manges gras, de toute façon, tu le payes très très très très cher, n'est-ce pas ? je te fais pas de dessin, les dessins ils sont fait ailleurs, mais du coup voilà, tu te...mais le problème c'est que, avec le bypass, en gros tu ne devrais ni manger de légumes, ni manger de fruits, tu dois surtout pas manger de gras, tu ne dois pas boire d'alcool, tu dois pas boire de choses pétillantes, tu dois pas manger de chewing-gum, donc en fait...voilà. C'est un peu chiant. D'un autre côté, on te dit, faut faire des plats en sauce et des machins sauf que la sauce, t'es d'accord...enfin, t'es d'accord ou pas mais moi la sauce (*inaudible*) tu la fais pas vraiment on met toujours un peu de gras ou machin, bon alors après moi j'essaie quand même de doser, bon y a des trucs tu doses pas

forcément, après tu vas manger chez gens comme ça mais, attention oui et non après nous on mange notre petite glace notre machin, mais après nous elle nous avait jamais vraiment expliqué en fait tu sais, un équilibre, en fait c'est voilà quoi. Donc...et on fait plus attention depuis quelques temps.

Et le fait de manger quand même moins, du coup est-ce que tu te dis que du coup ça coûte quand même moins cher, quelque part, et du coup je prends des produits, je sais pas des produits bio, de meilleure qualité, non ?

Oui. Alors, non ça ne coûte pas moins cher. C'est faux puisque du coup, je sais pas si c'est tout le monde pareil, mais ils ont énormément changé, moi j'étais très sucré, je suis devenue très salé. Donc c'est à dire que souvent hein ça me le fait j'ai envie d'un gâteau parce que voilà ne serait-ce qu'une religieuse au café j'adore ça, des fois je vais craquer, je vais en acheter une, je la mange pas avec plaisir. Par contre...une tranche de saucisson (rire).

Ouais, donc c'est (inaudible) moi j'étais salé, je suis devenu sucré et...

Voilà c'est le truc

C'est marrant, c'est bizarre ça quand même

Et le fait est que nous, ça nous a développé un truc que maintenant, genre, jambon en tranches, tu vois, bon avant je m'en foutais je prenais un truc...maintenant en fait je prends du machin à 25% de sel et tout, parce qu'on s'est aperçu que en fait ça avait un goût dégueulasse, le fromage c'est pareil. Donc je ne prends plus un fromage basique, je vais prendre un fromage un peu haut de gamme parce que machin. Tu prends plus ça, parce que en fait tu t'aperçois (s'interrompt) alors disons tu prends un truc un peu aussi haut de gamme machin, et du coup ben ce que t'économises en quantité, ben tu te rends compte que tu le passes, parce que moi on m'avait dit ça « vous allez voir les économies que vous allez faire »...ben non parce que du coup tu privilégies ce que tu vas manger, tu te dis « de toute façon comme j'en mange pas beaucoup ben autant que ça soit bon » alors tu le fais sur la viande, tu le fais sur tout, sauf que ben le budget moi je trouve qu'il a pas diminué au contraire voilà (rire)

Et donc depuis l'opération, tu t'es sentie accompagnée du coup ?

Je croyais.

Et là le fait d'avoir changé mais tout (inaudible) diététicienne etc qui s'est fait virer etc , là les nouveaux professionnels en gros qui vous suivent, là ça te paraît mieux ?

Ah oui.

Ouais ?

Bah en fait ça a été, enfin si tu veux moi j'ai, là j'ai vécu un truc psychologiquement très violent. Mais vraiment je l'ai mal vécu parce que j'ai chialé tous les jours pendant 4 semaines...(pause) donc, à la sortie de cette opération on a vu deux fois le chirurgien, au bout de la deuxième fois F. a eu des petits problèmes, tu vois il lui ont remis une ordonnance machin, bon. Il nous avait dit si vous avez un souci vous pouvez m'appeler ou quoi que ce soit et au bout de la deuxième donc tu dois le revoir à peu près deux fois dans les 6 mois qui suivent, le chir nous a dit «bon ben c'est bon, vous avez eu un bon médecin traitant on a plus besoin de se voir, sauf si vraiment y'avait une catastrophe » donc Next. Après l'opération en ce qui me concerne moi, le chirurgien dans le mois d'opération étant venu me voir en me disant « j'ai vu votre foie de très près je pense qu'il y a un problème il faut faire quelque chose », j'ai donc revu la gastro-entero qui depuis me suit, bon là je la vois pas cette année, je la vois l'année prochaine, et si j'ai un problème aussi je sais que je peux compter sur elle, après l'opération on a décidé de continuer à voir la diététicienne, et la diététicienne d'elle-même, nous a éloigné nos rendez-vous. Donc, on a suivi ce qu'on nous expliquait. Ok. Et on voyait donc l'endocrinologue, nutritionniste...il paraît qu'il est nutritionniste hein, il le note, mais j'ai apparemment j'ai appris qu'il n'y était pas forcément, donc ce monsieur nous a suivi on le voyait tous les 6 mois voire même la dernière ordonnance (*inaudible*) c'est un an après, pour nous régulariser les vitamines. Voilà. Le souci c'est que moi, il y a un an et demi, ce cher monsieur quand j'ai commencé à lui dire qu'il y avait des choses qui n'allaient pas, que j'étais pas bien, je sentais qu'il y avait quelque chose qui collait pas et que les vitamines, le potassium c'était pas bon machin et tout, donc il me disait « ah mais c'est normal ! » et mon poids s'est arrêté de descendre, c'est à dire que depuis on va dire un an et demi, je, mon poids il oscille sur 5 kilos, je descends, je remonte, je descends, je remonte, je descends, je fais que ça. Sauf que je ne descends plus du tout puisque quand je redescends, je remonte et que en gros la réponse a été qu'il fallait régler ces vitamines, que tant qu'elle ne seraient pas réglées, ben ça bloquait le processus du bypass, et que de toute façon j'avais quand même déjà perdu pas mal de kilos, donc ben... ma brave fille de quoi tu plains quoi ? parce que de toute façon t'as quand même eu du résultat. Bon. Sauf que ça s'est aggravé, ça s'est aggravé, jusqu'à la fois où j'ai dû m'arrêter, parce que je n'arrivais plus à marcher, un matin, et que j'ai failli me planter en voiture la veille, j'ai fait un malaise dans la voiture et que quand je suis arrivée au Chalonnais en fait avec ce docteur, CG, chef de service, que je n'ai pas rencontré sauf sur deux ateliers, voilà j'ai rencontré un médecin, et que là, pour la première fois, j'ai eu une infirmière qui m'a pris pendant une heure à me poser des questions d'une autre vie, que le médecin est venu elle m'a gardé presque deux heures, à me faire un questionnaire de folie et que j'ai commencé à faire les ateliers et notamment deux ateliers de CG, dont un, où il explique la chirurgie bariatrique, et justement le process avant et le process après et moi je suis restée bloquée j'ai fait « Ah...quand même » (rire) « On est mal » et du coup si tu veux lui comme il est...on en a reparlé en privé après lors de la visite que j'ai eu là depuis juillet et il est très rentre dedans exprès. Et moi du coup en fait il explique que normalement c'est un an et demi donc moi je sais que les un an et demi je les ai pas fait hein, puisque ça a été trois mois, donc déjà je me dis « y'a un problème », et après il explique que t'as un suivi à faire avec tel médecin, tel médecin, tel médecin, tel médecin, et que en gros ben si il t'arrive une merde derrière, ben c'est de ta faute. Ben oui. Parce que c'est que t'as manqué un des médecins qu'il te dit là dans la liste. Et que ben...tant pis pour toi quoi. C'est bête, voilà. Et si tu veux moi je suis restée comme ça en disant mais attends alors lui, bon ben le chirurgien, ben au bout de deux fois il m'a dit « c'est bon, vous avez plus besoin de moi », le nutritionniste ben je vois le (*inaudible*) donc ben voilà, la diététicienne ben c'est bon, le psy, bon ben là en ce moment je sais que moi comme je suis suivie depuis des années j'en ai pas besoin et puis on m'a pas dit non plus que j'en avais besoin donc voilà, je suis assez grande aussi pour savoir quand je dois aller en voir un, j'ai l'habitude...je crois. Je me suis dit

« qu'est-ce que j'ai loupé », donc à la fin je l'ai interpellé. Je lui dis « excusez-moi mais » je lui dis « quand on a sur ce tableau » je lui dis « quand on voit lui, lui, lui, lui, lui » je lui dis « qu'il y a un problème, qu'est-ce qui se passe ? » quoi. Et du coup, on a un peu échangé et tout, puis bon il a pas trop insisté parce que c'est normal, il va pas descendre ses confrères quoi. Mais...mais là j'me suis dit que c'est ouf quoi. Et en fait, c'est là où il m'a dit, en plus c'est là où il me dit quand même que la diététicienne en fait elle était pas du tout adaptée à cette chirurgie là et qu'il comprenait pas pourquoi elle avait été embauchée alors tu te dis que ça fait trois ans que t'es suivie par une connasse quoi, ça fait mal, que ben ton endocrinologue-nutritionniste en fait il est pas du tout nutritionniste, et que du coup ben t'as pas de nutritionniste. Et là tu te dis, ah ben merde, sauf que moi on me l'a vendu pour quoi, donc j'ai un problème que ton chirurgien au bout de deux fois il t'a dit « bon, ciao, bye bye » et qu'en fait il devrait toujours te suivre. Ben ça fait mal au cul quoi. Franchement.

Mais du coup sur la différence entre les deux équipes, c'est deux équipes du privé ou il y en a un qui...

C'est privé.

Les deux sont privés ?

Ils opèrent, donc CG n'opère pas il est nutritionniste, mais il dirige, lui il est responsable de, tu sais, de...parce que lui il est sur Chalons, je sais plus le dép...je connais pas les noms de département, mais en fait il est , tu sais du truc de la sécu là...pour les acceptations, lui il est président de ça et puis il est formateur machin tout ça et donc, il vient faire des consultations lui il est au Chalonnais, puis après il bouge, mais il vient faire des consultations sur Dijon à Ste Marthe. Où il y a un pôle obésité où ils font, mais ils font à la chaîne parce que le As, il sort de la salle d'opération il fait « c'est bon j'ai fini la journée du matin » quoi. Nan mais sérieux hein ? Donc ils en opèrent tu vois comme ça tous les jours, je sais pas combien, quand tu fais ta réunion, ta journée « despi » j'vais te dire t'es « wattmille » à tourner donc voilà ils font ça (claque des doigts) comme ça hein, c'est, tu sens que c'est la manne hein ? Parce que, enfin moi je sais que en plus As il m'a fait rire moi quand j'ai fait mes consultations l'autre il a commandé la dernière Jaguar hein donc tu vois bien que ça lui rapporte de la thune quand même hein, bref, mais voilà après, après moi ce qui m'a convaincu ce que même si, aujourd'hui j'ai des soucis de santé qui m'inquiètent et que je ne vais vraiment pas bien j'ai malgré tout des améliorations que au niveau diététique, on m'a appris à remanger autrement et que du coup j'y trouve un confort alimentaire, j'ai moins de douleurs, après on a toujours les inconvénients autres parce que malheureusement ben les gaz, que quand même j'ai moins de diarrhées, donc c'est important parce que c'est pas...c'est galère aussi, enfin tu vois j'ai quand même certaines choses qui se sont améliorées et qu'après, c'est la première fois que j'entends parler de maladies sur l'obésité que même avant on m'en a jamais parlé. Tu comprends ?

D'abord, c'était toujours de ta faute.

Oui, non mais c'est ça, et que là en fait ne serait-ce que le coup de l'IMC que je t'ai raconté, moi c'est là, c'est peut-être ce moment là qui m'a déclenché « putain mais il a raison » quoi. Ca veut rien dire leur IMC de merde quoi, en fait c'est pas ça. C'est, y'a autre chose, et que oui, chaque personne est différente et que ça tu le sais déjà mais...et que du coup voilà mais

que tu te rends compte aussi que c'est violent quoi, parce que selon sur qui tu tombes ben ça marche ou ça marche pas. Bon après je pense que mon chirurgien a quand même pas mal de casseroles au cul donc ça n'aide pas non plus mais...enfin voilà.

(partie non relevée de 49'22 à 50'23 à la demande de Martine)

Dernière question sur le parcours et après je vais parler d'autre chose juste quelques minutes, est-ce que là maintenant tu te sens mieux suivie, mieux accompagnée, tu commences à comprendre des choses parce qu'on t'a expliqué etc etc, est-ce que là, il te manque quelque chose ? Enfin tu vois pour...

Ben que ça continue oui.

D'accord.

C'est parce que le problème, enfin...actuellement ma...mon esprit hein ? (pause) le fait d'avoir fait avec F., c'est une aide puisque t'imagines bien on vit au même rythme. Au delà de ça, moi j'ai descendu de taille, de trois tailles, c'est quand même important d'accord ? Lui il est passé d'un 4XL à un L, quand t'as connu F. avant et que tu le vois maintenant ça fait quand même...voilà. Et que moi du coup le résultat il y est pas. Parce que je m'a...quand je vois les résultats sur les autres, j'me dis je suis encore passée à côté comme d'hab (rire) La loose c'est pour moi ! Donc du coup y'a ça et qu'aujourd'hui mon discours c'est d'abord « soignez-moi, trouvez ce qui va pas et après faites en sorte que ça continue » et qu'aujourd'hui tant pis.

Oui, c'est pas la priorité.

Si je dois rester en santé et que tant pis je dois garder mes kilos ben je les garderai, même si ça me fout les boules de rester entre guillemets « une grosse vache » quoi. Voilà.

D'accord. Donc là voilà, imagine maintenant un endroit, une structure où tu puisses prendre un abonnement un peu comme les salles de sport où tu payes je sais pas, trente, cinquante euros par mois, enfin des fois c'est beaucoup plus d'ailleurs, et puis dans cet endroit de façon illimitée comme dans les salles de sport t'as accès à plein de choses différentes avec ben notamment des rendez-vous avec une diét, avec un psy si tu estimes en avoir besoin, des ateliers cuisine aussi parce que moi je me suis rendu compte que ben quand tu veux faire une activité tu veux prendre un cours de piano, tu vas prendre un cours de piano une fois par semaine par contre si tu veux prendre un cours de cuisine une fois par semaine en fait ben ça existe pas. Donc tu vois sur le côté un peu plaisir machin, où tu peux avoir aussi ben des groupes de paroles pour échanger avec d'autres personnes qui sont un peu dans la même situation où t'as accès à tout un panel de choses différentes comme ça, où éventuellement t'aurais aussi une petite boutique, où tu pourrais avoir tu sais des livraisons de paniers de légumes, de trucs comme ça ou des produits, enfin tu vois un peu un truc un peu où t'as tout mais basé sur l'alimentation avec un abonnement mensuel ou après t'as accès à tout. Là comme ça à chaud, tu penserais quoi de ce genre de lieu ?

(pause) L'idée est bonne. Après honnêtement (pause) je pense que c'est une bonne idée parce que...alors c'est un peu ce que j'ai vécu au Chalonnais alors sans l'AMAP le machin truc mais t'as des ateliers qui t'expliquent ce que c'est le diabète, ce que c'est l'obésité, comment on mange, comment répartir ton repas machin tout ça, que effectivement le fait d'être avec des personnes qui ont la même problématique mais en moins ou en plus parce que t'as la dénutrition et t'as l'obésité, donc du coup c'est pas que « les gros et les gros » mais c'est « les maigres et les gros », c'est intéressant puisque du coup t'as un échange sur ta problématique et ton quotidien, les gênes occasionnées et tout ça, tu peux ben te donner des conseils je pense, te reconforter, t'appuyer sur l'expérience des autres aussi, donc ça je pense que c'est bien. Le fait d'avoir un aspect sur le côté sportif, je pense que effectivement c'est pas un...alors je pense qu'il y a besoin alors, au tout début, d'avoir un sport accompagné parce qu'avec cette chirurgie je pense que tu peux pas faire n'importe quoi mais qu'au bout d'un moment tu peux reprendre une activité si vraiment tu veux sportive normale. Donc ça, ça peut être pas mal aussi. Bon la diététique forcément puisque en fonction de la personne c'est adapté aussi, le fait d'avoir aussi l'alimentation qui t'es livrée je trouve ça bien. Après, j'me dis, que c'est quelque chose quand même qui doit demander un forfait, une salle de sport aujourd'hui c'est entre trente et cinquante euros le mois je crois, un truc dans ce genre là en fonction d'où tu te trouves. Nous à côté ça doit être trente-trois sur Dijon, donc voilà...

Y a des endroits où c'est d'ailleurs beaucoup plus cher.

Oui aussi, mais c'est quand même un budget et que je me dis qu'un lieu comme ça vu qu'il y a plus que le sport, je pense que ça doit être un budget aussi et que du coup on...ça risque d'être...au lieu d'être ouvert...ça risque d'être restrictif et que ça va encore concerner qu'une partie de la population qui aurait les moyens de se le payer quoi.

Alors du coup, deux petites remarques, toi sur ce genre de lieu...

Moi je dis, ce que je peux trouver dangereux c'est que ça peut avoir un côté bobo quoi.

Mais d'une part déjà toi, ce lieu là tu...ben ça serait quoi pour toi le tarif juste ?

Justement j'en sais rien. J'en sais rien parce que c'est que des accompagnements qui ne sont pas pris en charge. Donc du coup faut quand même que tout le monde puisse être rémunéré et que c'est quand même des...j'veux dire un diététicien, y a un diplôme, psy y a un diplôme, donc tu vas pas les payer d'amour et d'eau fraîche quoi, donc où ça te demande des méga subventions si tu fais tourner ça comme un centre social, ou c'est la personne qui doit aligner derrière quoi et c'est là où je dis que c'est dangereux après le coût je pense que ça demande un coût assez important. Alors sur du matériel sportif ben c'est un premier investissement donc à la limite t'as de l'amortissement, donc ça, c'est pas ce qui va coûter le plus cher, mais moi ce que je pense qui va coûter le plus cher c'est d'avoir le personnel qui puisse répondre à chaque poste, même si tu créés des partenariats genre sur une AMAP ou un truc comme ça, ça va pas se vendre tout seul quoi, et j'me dis...et c'est là où j'ai peur que d'une idée qui soit ouverte et que je trouve géniale parce que ça manque, ça puisse très vite devenir un lieu...tu vois...assez bio bobo machin quoi.

Et pourtant, parce que tu connais la 20ème chaise, pourtant le...il faut vraiment imaginer un truc comme la 20ème chaise mais centré sur le côté bouffe. Or sur la 20ème chaise les trucs sont à 1 euro, enfin c'est accessible quand même...

Oui ben j't'ai dit, sauf si on gérait sur un côté effectivement centre social. Si tu le gères comme un centre social avec des subventions, des machins, des trucs, mais quelque part aussi vu que c'est axé sur cette chose là, à un moment donné (inaudible) tu vas toucher des gens qui ont des problématiques de surpoids ou d'anémies quoi, ou alors sur des jeunes qu'il faut éduquer ou sur des familles quoi.

Alors non parce que c'est vraiment sur le côté alimentaire, donc le côté alimentaire, le surpoids c'est le truc le plus courant, mais t'as aussi le diabète, le cholestérol...enfin tu vois. T'as plein de pathologies différentes et puis l'idée aussi c'est que, il y ait ces cours de cuisine un peu... pour que il n'y ait pas que des gens qui ont des problèmes alimentaires mais aussi des gens qui veulent suivre un cours de cuisine par semaine et que du coup ça mixte.

Du coup ça change la donne, parce que si tu le prends...tu vois, c'est ce que je te disais en tout premier je crois, je me suis peut-être pas exprimée bien, mais si tu le fais dans un centre dans un style privé, ça a un coût je pense assez conséquent, maintenant ben pour avoir bossé là-dedans un petit peu, si tu le fais dans un contexte social, avec des subventions, le coût pour moi est complètement différent. Au delà de ça, je pense, ça je l'ai toujours pensé, que malgré le fait que ce soit du social, il faut que la personne elle soit impliquée et que pour l'impliquer il faut qu'elle mette la main au porte-monnaie, et que du coup ça peut être un abonnement mensuel ou annuel, et que il faut que ça puisse s'adapter du coup à certaines catégories et que ça peut être en fonction (inaudible) j'en sais rien mais, mais je pense quand même qu'il faut avoir une reconnaissance là-dessus. Il faut sur douze...enfin, à la limite...si tu mets, ça dépend ce que tu veux compter par mois quoi. Ou alors avoir, je sais pas avoir un genre de forfait ou mais je pense qu'il faut quand même que pour, enfin sur une étude comme ça, il faut quand même que la personne elle déballe vingt ou trente balles par mois quoi, en plus des aides sociales parce que sinon tu t'en sors pas.

Et en dehors du côté prix, toi est-ce que tu penses que ce type de structure avait existé ça t'aurais aidé avant l'opération ?

Je sais pas. Je sais pas si j'aurais fait la démarche d'aller là-dedans. J'en sais rien. Parce qu'ici il y a une assoce qui s'appelle « Poids plume » qui est sur Dijon, sur Châlons, sur...mais, (pause) le problème c'est...faut vraiment à ce moment...je sais pas. J'en sais rien. Je sais pas. Peut-être.

Et alors sans parler d'avant l'opération, là maintenant, s'il y avait un structure à Selongey, parce qu'il y a aussi la question de la proximité, j'imagine bien que si c'est à cinquante bornes c'est pas pareil que si c'est à côté, s'il y avait ce genre de truc, cette espèce de « centre social » entre guillemets alimentaire est-ce que ça te brancherait ? Tu sais pas non plus ?

Le souci ça...ah si si ! Mais le souci comme je le rencontre là sur la salle de sport par exemple, ou que j'ai rencontré après l'opération, après l'opération on m'dit « tu as droit à la

rééducation fonctionnelle » d'accord ? Alors c'est sympa, c'est gratuit machin, vous pouvez venir faire de la piscine, vous pouvez venir faire du sport et du machin sauf que pour la piscine c'est que le samedi t'as une liste d'attente longue comme le bras et que les cours de sport le dernier est à 16h30. Donc c'est ou t'es mère de famille puis tu te dépêches après d'aller chercher tes gamins et tu vois, ou alors t'es retraité mais je suis désolée, t'as une vie active, c'est compliqué. Au delà de ça, en fonction du boulot que tu fais F. lui par exemple il est en train de réfléchir pour la salle de sport parce que avec ses horaires je pense que c'est faisable, moi avec les horaires de LCL, je me sens pas moi aller faire du sport en sortant de mon casque à 20h, aller faire du sport jusqu'à 21h et rentrer ici me faire la bouffe et le machin. Je suis incapable de le faire. Et si je le fais pas pour ça, je le ferais pour rien d'autre, et comme j'ai que le dimanche et le lundi, moi c'est ça qui me bloque, c'est que le dimanche je suis avec F., puis le lundi j'ai le ménage, les courses, le machin, le repos, parce que t'as eu ta semaine dans les jambes, donc t'as pas envie d'aller courir en plus, je sais que je me motiverais pas pour aller faire un truc comme ça.

D'accord.

Mais ça dépend des horaires. J'aurais des horaires plus cool, peut-être que je prendrais le temps de refaire cette activité...ou une autre.

Donc c'est plus une question logistique que la question de l'intérêt ou du fond.

Ouais, c'est ça.

Et dernière question, là je t'ai présenté vite fait ce qu'on pourrait trouver dans ce lieu là, est-ce qu'il y a un truc que j'ai pas dit et que tu dis « ben tiens ça serait bien qu'on trouve ça aussi dans ce lieu-là » ?

Ouais moi je pense qu'il faut que tu joues aussi sur les vêtements, les...tu sais...pas un coach mais, enfin oui, peut-être un coach...

Que j'embauche Cristina Córdula quoi ?

Non elle est trop conne celle-là, je l'aime pas...non mais c'est important de...

Sur l'image de soi quoi.

Oui. L'image de soi, le...par exemple, au Chalonnais moi je l'ai pas fait parce que comme j'ai été opérée il y a trois ans il y a plus d'intérêt de le faire mais comme eux ils suivent en...avant l'opération après l'opération, y en a qui vont faire les séjours, trois semaines avant et puis machin, et qu'après en sortant de l'hôpital ils vont directement là-bas pour le truc alimentaire, ils leur font la silhouette en 3D.

C'est quoi ça ?

C'est génial ! En fait, l'infirmière elle t'explique machin, après tu vas l'avoir toute seule. Tu te mets toute nue...ou tout nu...en fonction de qui t'es, un garçon ou une fille (rires), elle te prend en photo, elle reproduit ta silhouette sur ordinateur, et que quand tu vas en hospi de jour, en fait elle te refait une photo et elle te fait la comparaison pour avoir l'évolution de ton corps, pour que physiquement en fait, visuellement tu rendes compte que ton physique a vraiment changé, ce qui est pas forcément évident, et que surtout eux ils t'apprennent à diminuer les cm et pas forcément les kilos, donc...parce que CG il te fait « est-ce qu'il y en a ici qui sont venus faire un régime ? » et t'as les trois quart de la salle qui lèvent la main, il te fait « ben vous pouvez faire votre bagage et rentrer chez vous » c'est violent hein. Et voilà. Donc je trouve que l'idée elle est super bonne, parce que comme j'te...même moi aujourd'hui j'ai une idée de ma taille mais du coup j'arrive pas encore à prendre les vêtements adaptés réellement.

Mais c'est tout le monde.

Et c'est tout le monde.

Moi, c'est pareil.

Et du coup je pense qu'aussi pour avoir été coiffeuse, le fait aussi tu changes de visage, tu dois changer de coiffure, tu peux changer de couleur parce que peut-être que aussi y'a des choses qui vont te maquiller autrement ou tu vois et je pense qu'un accompagnement comme ça, c'est comme pour le cancer tu vois à prendre les perruques, les machins, les gens ça leur fait énormément de bien, ben je pense que ça peut être un point valorisant quoi.

Ok. Ben voilà, c'est terminé, je sais pas si tu veux rajouter quelque chose? Mais voilà.

(rire) Ben non.

OK

J'ai une bonne vie de merde, sinon ça va (rires).

Annexe IV : Calcul du budget prévisionnel de fonctionnement de la SCIC

Tarifs	
Frais de dossier annuel	30
Forfait mensuel	50
Atelier pratique	10
Atelier pratique hors abonnement	20
½ journée stage vacances	20
½ journée stage HA	40

Nbre ateliers annuel	665
Nbre pers/atelier	6
Nbre jours stages	48
Nbre pers/stage	6

Charges	Total
Salaires	
1 diététicien	34080
1 cuisinier	17160
1 accueil	17160
1 psychologue	37488
Charges fixes	
Loyer	7200
Fluides	2400
Matières 1ères	6705
Produits boutique	4000
Divers	5000
TOTAL	131193

Produits (base 140 personnes)	140
Base 100 personnes	
Dossiers annuels	4200
Abonnements	77000
Ateliers	39900
Boutique	5000
Stages	5760
TVA	
TOTAL	131860

Résultat 667

Annexe V : exemple de planning d'ateliers de pratique

Semaine X	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
10h30-12h00					Velouté de potirons aux châtaignes ④ ⑥ ⑦
13h30-15h00		Customiser une pizza surgelée ② ⑧	Spécial maman : préparer une pâte à tartiner ⑧	Réaliser des décorations avec des fruits ⑧	Parmentier de canard au potiron vanillé ① ⑤
15h30-17h00		Parent-enfants : tarte à la citrouilles et aux amandes ② ⑥ ⑦		Utiliser une sorbetière ⑧	Tarte tatin aux pétales de pommes confits à l'orange ② ⑥ ⑦
17h30-19h00		Blanquette de lapin au riesling et girolles ① ⑤		Dorade en croûte de sel ④ ⑤ ⑥	Le grand mix : cuisinez les restes ⑧
19h30-21h00	Poulet korma (Inde) ① ③ ④ ⑤ ⑥	Le Buffet d'Halloween ① ② ⑥	Spécial Magimix : Préparer une soupe de saison ⑥ ⑦	Feuilleté aux poires, cannelle et chocolat chaud ① ⑦	

- ① Cuisine plaisir
- ② Accessibles aux enfants
- ③ Cuisine du monde
- ④ Recette peu sucrée
- ⑤ Recette sans gluten
- ⑥ Recette peu grasse
- ⑦ Recette végétarienne
- ⑧ Astuces et techniques

Résumé

L'obésité, reconnue comme maladie, est devenue une véritable pandémie en France. Les causes de cette maladie sont multifactorielles et proviennent de facteurs physiologiques, mais surtout comportementales et environnementales, sans nier toutefois la responsabilité de l'industrie agroalimentaire.

Les différentes prises en charges existantes, quand elles ne participent pas directement à la prise de poids, obtiennent cependant peu de résultats sur le long terme. En effet, elles actionnent un seul levier sans prendre en compte la globalité de l'individu et de son environnement.

L'étude des trajectoires de personnes ayant subi une opération bariatrique permet d'identifier les faits menant à la prise de poids, ainsi que les causes des échecs des différentes prises en charges existantes.

Le projet de SCIC présenté propose de développer un accompagnement de la personne en surpoids ou en obésité, de façon globale et collective, en levant les écueils identifiés et en considérant l'individu dans son environnement, tout en la laissant actrice et décisionnaire de son parcours.