

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Alice CHABOT

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 12 décembre 2024

**ETAT DES LIEUX DES POSSIBILITÉS D'ACCUEIL EN EHPAD EN VENDÉE DES
PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION D'OBÉSITÉ DE CLASSE 3 ET PESANT
PLUS DE 150 KILOS**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ronan MORVAN

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes - et les femmes - et mes confrères - et consœurs - m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

Professeur Jean-Pascal Fournier, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, soyez assuré de ma profonde reconnaissance. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère considération et de mon profond respect,

Docteure Brigitte Dubois, je vous remercie grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de votre présence. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance,

Merci à Madame Audrey Merceron, diététicienne-nutritionniste, qui m'a ouvert les yeux sur la stigmatisation liée au poids, qui m'a fait découvrir l'alimentation sous un angle nouveau, et qui m'a conseillé de contacter un certain Docteur Morvan pour lui parler de mon souhait de réaliser une thèse sur un sujet lié à la grossophobie,

Au Docteur Ronan Morvan, le meilleur des directeurs de thèse, merci d'avoir accepté de diriger ce travail, d'avoir eu la patience d'attendre près de deux ans avant que je choisisse ce fameux sujet. Merci pour ton temps, ton expertise, tes conseils et tes encouragements, je ne pense pas que j'aurais réussi à écrire cette « foutue thèse » sans tout cela,

Merci à Madame Alexandra Tubiana, et au Docteur Rudy Caillet pour avoir accepté d'échanger avec moi sur le sujet de la grossophobie, pour nourrir ma réflexion et m'apporter leur expérience,

Merci à Madame Sylvie Benkemoun, à Madame Gabrielle Deydier, et toutes celles et ceux qui luttent contre la stigmatisation des personnes grasses, vos combats sont nécessaires et inspirants,

Merci à Docteur Antoine Épin, qui m'a proposé ce sujet de thèse quand je ne savais plus dans quelle direction aller, qui m'a encouragée et a accepté de relire mon questionnaire,

Merci à Madame Agnès Delaitre, ergothérapeute, qui a accepté de relire mon questionnaire et a répondu à mes questions au fur et à mesure de mon travail,

Merci à Docteure Florence Delamarre-Damier, et à Madame Anne-Sophie Joly, pour leur relecture de mon questionnaire et leur intérêt pour le sujet,

Merci à Anaïs Chabot, ma grande sœur, pour avoir relu et corrigé orthographiquement mon travail,

Merci à Mme Martineau, infirmière coordinatrice à Coëx, pour son aide au début de mon projet,

À tous mes encadrants en stage tout au long de l'externat, à ceux qui ont su me transmettre leur amour de la médecine, même dans les moments où j'étais perdue : Docteure Laurence Bahuet, Docteure Karine Thomas, Docteure Marie Rochepeau, Docteure Gwenaëlle Farcy, Docteure Isabelle Merlet, au Professeur Pascal Roblot, au Professeure Brigitte Gilbert-Dussardier, à tous les internes qui m'ont formée avec souvent beaucoup de patience : Olympe, Valentin, Adrien, Matthieu, Xavier, et tous les autres ...

À mes maîtres de stage, chefs, et aux équipes soignantes tout au long de l'internat : Docteure Anne Surrault, Docteur Jean-Baptiste Praud, Docteur Philippe Cossard ; Docteure Céline Lalanne, Docteur Tanneguy Rioult De Neuville ; à l'équipe des urgences du CHU de Nantes ; à toute l'équipe de la PMI des Sables et de Challans, aux Docteurs Mathilde Pantaléon et Emmanuel Aran ; à toute l'équipe des soins palliatifs du CHD de La Roche sur Yon, aux Docteurs Caroline Hennion et Marie Cayla, à toute l'équipe du centre de la douleur du CHD de La Roche sur Yon, aux Docteurs Yves-Marie Pluchon, Astrid Calmelet et Ronan Février, merci à vous tous d'avoir fait de moi un médecin,

Merci à Armelle et Bénédicte, mes maîtres de stage de SASPAS, qui m'ont transmis tellement de savoirs sur la médecine générale, avec patience et intelligence. Vous êtes des modèles dans mon exercice quotidien. À toute l'équipe de Pouzauges, merci de m'avoir accompagnée dans mes premiers remplacements, j'aurais adoré rester travailler avec vous plus longtemps,

Merci à ma consœur Hélène Bellanger-Urbanczyk, à Marcel Branchu, à Françoise Gallotte, car parfois même les médecins ont besoin d'être soignés,

À mes collègues actuels et futurs : Anne-Sophie, Hélène et Clément, les journées de travail sont plus riches et plus chouettes avec vous,

Aux amis de la fac de Poitiers, Jeanne, Emily, Emilie, Marc, Louis et Thomas, merci à vous d'avoir été là dans les moments les plus difficiles, c'est une joie d'avoir partagé l'externat avec vous,

Aux amis de l'internat, Sandrine, survivre à ce stage avec toi a été une des meilleures choses de mon internat, tu es une collègue incroyable et inspirante. À Marion, Élie, Valentin. À la team Urgences : Antoine, Ashane, Benjamin, Clervie, Eloïse et Magalie, vous êtes des rayons de soleil dans un service d'urgence sans fenêtres, merci pour les rires, les discussions « médecine » interminables, les fêtes et les séances de psy gratuites,

Aux amis de toujours, Morgane, Grégoire, Quentin, Adrien, Tiphaine, auxquels se sont ajoutés Louis et Thomas, vous êtes ma deuxième famille, merci d'avoir toujours été là, je vous aime,

Aux petits êtres moustachus, qui ont souvent fait la sieste sur mes livres de médecine, et ont été un soutien ronronnant, Dina, Titoune, Salamèche et Sésame,

À Nathalie, Christophe, Adrien, et mamie Micheline, vous êtes la plus chouette des belles-familles, merci de m'avoir accueillie dans votre famille et merci pour votre gentillesse de chaque instant,

À ma grande famille adorée, Isabelle, Philippe, Corinne, Jean-René, Patricia, Jean-Christophe, Nathalie, Damien, à tous mes cousins et cousines chéris et leurs adorables enfants, merci pour la joie des retrouvailles régulières pour souffler tout au long de ces études, à Noël, au printemps, en été, votre soutien et vos inquiétudes sur l'avancée de ce travail pendant les deux (trois) dernières années,

À mon papy Pierrot et ma mamie Anita, merci d'avoir fondé une aussi belle famille, devenir le Dr. Chabot est ma plus grande fierté, vous me manquez. Je vais soigner plein de gens qui vous connaissent, et me disent tous les jours du bien de vous,

À mon papy Christian et ma mamie Framboise, merci de m'avoir supportée pendant six ans à Poitiers, mamie, tu m'as réconfortée avec ta douceur, ton écoute et tes bons repas ; papy, tu m'as redonné de l'énergie lors de débats animés, et tu m'as transmis ta mémoire d'éléphant, ce qui aide quand-même pas mal pour devenir médecin,

À mon frère Adrien, mes sœurs Emma et Nana, vous êtes des personnes extraordinaires, vous rendez ma vie plus belle, et celle des autres aussi. Je serai toujours là pour vous. À Martha, tu es mon petit trésor d'amour sur cette planète parfois toute triste,

À mes parents Sandrine et Christophe, ce titre de Docteur vous est dédié. Merci d'être des parents aussi aimants, inspirants, intelligents, sensibles, déterminés, drôles. Vous êtes mes modèles, chacun dans votre genre, je ne pourrai jamais vous remercier assez d'être aussi incroyables,

À Axel, mon mari, mon épaule solide, ma douceur, merci d'être toi. J'ai hâte de passer ma vie à tes côtés et de continuer à construire tous nos rêves, je t'aime.

TABLE DES MATIERES

Serment d'Hippocrate	2
REMERCIEMENTS	3
ABRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
CONTEXTE	9
A) Une maladie complexe...	9
B) ... source de stigmatisation	9
C) Stigmatisation structurelle	10
D) Double stigmatisation âge et poids	10
E) Choix du sujet	11
F) Question de thèse	11
MATÉRIEL ET MÉTHODES	11
A) Territoire de l'étude	11
B) Choix des critères d'IMC et de poids	11
C) Construction du questionnaire	12
RÉSULTATS	15
A) Les répondants	15
B) Résultats généraux	15
C) Résultats combinés	18
D) Résultats additionnels et commentaires libres des participants	18
DISCUSSION	22
A) Interprétation et questionnement autour des résultats	22
B) Forces et limites de l'étude	26
C) Perspectives	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
Annexe 1	33
Annexe 2	43
Annexe 3	44
RÉSUMÉ	46

ABREVIATIONS

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

SSR : Soins de suite et réadaptation

USLD : Unité de soins de longue durée

IMC : Indice de masse corporelle

HAS : Haute autorité de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PATHOS (Coupe PATHOS) : Outil utilisé pour quantifier le niveau de soins requis des résidents d'un EHPAD et ainsi participer à déterminer le niveau de dotation en soins.

CNAO : Comité national des associations d'obèses

PMR : Personne à mobilité réduite

TCA : Troubles du comportement alimentaire

TMS : Troubles musculosquelettiques

INTRODUCTION

En France en 2020, 17% des adultes sont obèses, dont 2% en obésité de classe 3 (IMC \geq 40) (1). Parmi ces personnes, certaines sont âgées de plus de 65 ans (estimation à 1,1% des plus de 65 ans en 2012 ; 2% en 2020 (2)). Ce chiffre va continuer d'augmenter dans les prochaines décennies (3).

L'obésité est une maladie métabolique chronique, à forte composante génétique, dont la prise en soins ne peut se résumer à « Manger moins, Bouger plus »(4). Dans leur vie quotidienne (domicile, transports en commun, lieux publics...) comme dans les lieux de santé, les personnes en situation d'obésité ont des besoins particuliers, pour un accueil adapté et bien traitant.

Une obésité importante, et, *a fortiori*, de classe 3, est un risque d'accélération de la perte d'autonomie lors du vieillissement (5). Comme pour le reste de la population, une entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peut devenir nécessaire. Mais les enjeux sont différents avec plusieurs freins. Les équipements utilisés pour pallier la dépendance ne sont pas adaptés pour tous les poids. La configuration des logements au sein des établissements doit aussi être appropriée. Et pour finir, le personnel soignant doit parfois être en nombre plus important lors des soins comme la toilette du résident (6,7).

Les équipements bariatriques ont un coût important, et le forfait de soin versé aux EHPAD doit couvrir les particularités morphologiques des résidents, sans possibilité de prescription de matériel par des médecins avec remboursement par la Sécurité Sociale, contrairement à d'autres causes de handicap (6,8,9).

Aux Etats-Unis, la question de l'obésité et de l'accueil en EHPAD se pose depuis de nombreuses années, avec une bibliographie fournie dès les années 2000 (7,10). En France, le questionnement sur l'équipement adapté pour les patients en situation d'obésité a d'abord vu le jour dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée (SSR, USLD) avec le Plan d'action « Obésité – Etablissements de soins » de 2009, mais qui ne concerne pas les EHPAD (11).

Nous pensons qu'actuellement, en France, peu d'EHPAD ont la capacité d'accueillir des personnes en situation d'obésité de classe 3, et encore moins pour les personnes pesant au moins 150 kilos. C'est une problématique importante si elle se confirme, car cette incapacité supposée entrainerait une inégalité d'accès aux soins, et laisserait les personnes obèses et leurs aidants sans solution face à la dépendance liée à l'âge.

CONTEXTE

A) Une maladie complexe...

L'obésité se définit par l'OMS comme une accumulation anormale ou excessive de graisse exposant à un risque pour la santé. C'est une maladie métabolique complexe d'origine multifactorielle à forte composante génétique dans laquelle la nutrition joue un rôle (12,13).

C'est une maladie chronique, évolutive, récidivante, souvent incurable et difficile à prévenir.

Parmi les nombreux facteurs favorisant une prise de poids au cours de la vie, on peut citer (14) :

- Prédispositions génétiques (15,16) ;
- Consommation d'aliments énergétiquement denses ;
- Sédentarité, inactivité physique (17) ;
- Stress (psycho-social, post-traumatique, stigmatisation...) (18) ;
- Régimes amaigrissants (19) ;
- Arrêt du tabac non accompagné de mesures adaptées (20) ;
- Troubles du comportement alimentaire (hyperphagie, impulsivité et compulsions alimentaires, boulimie) ;
- Troubles anxio-dépressifs ;
- Causes médicamenteuses (neuroleptiques, antidépresseurs, antiépileptiques, insuline, corticoïdes ...) ;
- Syndromes génétiques (syndrome de Prader-Willi) ;
- Grossesse, syndrome des ovaires polykystiques (21) ;
- Mauvaise qualité ou faible quantité de sommeil (22) ;

Ces nombreux facteurs favorisant peuvent se combiner entre eux et révèlent la grande complexité de cette maladie.

L'obésité peut entraîner des conséquences majeures dans la vie des personnes. D'une augmentation des risques de maladies cardiovasculaires, des risques de développement d'un diabète, à la diminution d'autonomie, en passant par la conséquence pouvant possiblement altérer le plus la qualité de vie et la santé des personnes : la stigmatisation.

B) ... source de stigmatisation

La stigmatisation est « un processus social dans lequel se construisent ou se renforcent des représentations sociales négatives (préjugés, stéréotypes, croyances) ou des attitudes hostiles à l'égard de certains groupes de personnes étiquetées sur la base d'une apparence physique ». Elle se différencie de la discrimination, qui, elle, concerne le comportement des personnes vis-à-vis de ce groupe, elle est « la mise en acte des

représentations sociales négatives qui visent à défavoriser une personne pour des motifs interdits par la loi, comme l'apparence physique » (12).

En Europe, 56 à 61% des personnes adultes vivant avec une obésité ont vécu des expériences de stigmatisation, et dans deux tiers des cas par des médecins ou soignants (12). Cette stigmatisation est d'autant plus fréquente que l'IMC augmente, et est souvent basée sur des croyances erronées (fainéantise, gourmandise, absence de contrôle de soi) concernant les causes de cette maladie (4).

La stigmatisation des personnes en situation d'obésité détériore leur santé : augmentation de la dépression, de l'insatisfaction corporelle, des troubles du comportement alimentaire, une baisse de l'estime de soi, une baisse de l'activité physique, un évitement des soins, une aggravation de l'obésité, une augmentation du stress, du risque cardio-vasculaire et de la mortalité (23,24).

C) Stigmatisation structurelle

La stigmatisation structurelle, ou systémique, liée au poids, est définie par l'HAS comme « ce qui limite la pleine participation citoyenne des personnes » et « conduit à inégalité de traitement dans les médias, dans l'emploi, le travail, la représentation » (12). Le conseil de l'Europe, lui, parle « des procédures, les habitudes et une forme d'organisation au sein d'une structure qui, souvent sans intention, contribuent à des résultats moins favorables pour les groupes minoritaires que pour la majorité de la population, en ce qui concerne les politiques, les programmes, l'emploi et les services de l'organisation » (25).

Le fait de ne pas avoir de matériel adapté dans les lieux de soins, ou les lieux de vie comme les EHPAD, fait partie de la stigmatisation systémique liée au poids, et représente une discrimination indirecte. On peut insister sur la notion d'absence d'intentionnalité dans la définition du Conseil de l'Europe, et, dans notre travail, il n'est pas question de rejeter la faute sur les EHPAD ou leurs équipes, mais bien de faire un état des lieux pour se pencher sur des solutions.

D) Double stigmatisation âge et poids

Nous avons choisi de porter notre recherche sur les EHPAD, car les personnes âgées et en situation d'obésité peuvent subir une double stigmatisation.

Selon l'OMS en 2021, l'âgisme « regroupe les stéréotypes (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon de se comporter), dont on est soi-même victime ou dont autrui est victime en raison de l'âge ». Tout comme la stigmatisation des personnes en situation d'obésité, elle a des conséquences importantes comme des décès plus précoces, une moins bonne santé physique et mentale, un rétablissement plus lent après un problème de santé, une diminution des performances aux tests mnésiques, une augmentation des comportements à risque pour la santé, une diminution de la qualité de vie et une mauvaise estime de soi (26–29).

E) Choix du sujet

L'ensemble de ces problématiques influant sur la santé des personnes porteuses de cette maladie chronique qu'est l'obésité, nous interpelle. Le fait que les personnes âgées soient également des populations potentiellement vulnérables, nous a conduit au choix du sujet de cette recherche. Tenter de limiter la stigmatisation systémique liée au poids est une des possibilités pour améliorer la santé des personnes en situation d'obésité. Avant d'espérer trouver des solutions, il faut faire le point sur la situation actuelle.

A ce jour et à notre connaissance, il n'y pas eu de travaux réalisés en France à ce sujet. Nous avons souhaité commencer par un état des lieux à l'échelle départementale.

F) Question de thèse

Quelles sont les possibilités d'accueil des EHPAD en Vendée des personnes âgées en situation d'obésité de classe 3 et pesant plus de 150 kilos ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A) Territoire de l'étude

Le département de la Vendée est le territoire choisi pour cette recherche. La liste et les adresses électroniques de contact des 137 EHPAD vendéens ont été trouvées sur le site du gouvernement « pour-les-personnes-agees.gouv.fr »(30).

Nous les avons contactés par mail en septembre 2024, en leur donnant le lien d'un questionnaire (*Annexe 1*) élaboré par nos soins sur le logiciel Lime Survey. Nous avons fait une première relance par mail trois semaines plus tard. Puis, une dernière relance par téléphone en octobre 2024, pour chaque EHPAD individuellement.

B) Choix des critères d'IMC et de poids

1) Classification de l'obésité

L'HAS rappelle en 2023 la classification de l'obésité selon l'IMC, avec les seuils internationaux de l'OMS :

- Obésité de classe I (modérée) correspond à un IMC compris entre 30 et 34,9 kg/m²
- Obésité de classe II (sévère) correspond à un IMC compris entre 35 et 39,9 kg/m²
- Obésité de classe III (massive) correspond à un IMC \geq au seuil 40 kg/m² (12).

En ajoutant la notion de phénotypage, l'HAS aborde la maladie sous l'angle de la complexité ou non, qui prend en compte les complications et comorbidités en plus de l'IMC, plus pertinente cliniquement et moins stigmatisante.

Cela dit, pour simplifier la réponse à notre questionnaire et organiser nos résultats de façon claire, nous choisissons d'utiliser comme base la classification internationale, à laquelle nous ajoutons une limite de poids minimum.

2) Ajout d'une limite de poids minimal en plus du critère de l'obésité de classe 3

Chaque personne obèse présente ses propres particularités physiques. Pour cibler les situations les plus complexes, nous avons choisi d'ajouter une limite de poids minimal : 150 kilos.

D'une part, pour que les répondants au questionnaire n'aient pas à calculer systématiquement les IMC de leurs résidents, ce qui facilite le remplissage du questionnaire. En effet, toutes les personnes mesurant 1,94 mètres et moins, et pesant plus de 150 kilos, ont forcément un IMC supérieur à 40. Il est donc nécessaire de vérifier l'IMC seulement pour les personnes mesurant plus de 1,94 mètres, ce qui réduit nettement le nombre de calculs.

D'autre part, bien qu'une personne en situation d'obésité et petite en taille (par exemple, une taille de 1,53 mètres et un poids de 95 kilos, IMC 40,6) aura forcément des besoins spécifiques en termes de soins, de matériel, il s'agit d'un poids plus répandu, les freins à l'entrée en établissement spécialisé seront moindres.

Enfin, les problèmes d'équipement médicalisé adapté peuvent se poser dès 110, 120 kilos, mais si les établissements sont capables d'accueillir des résidents d'au moins 150 kilos, ils le seront aussi pour des personnes de poids moindre.

C) Construction du questionnaire

Il est axé autour de trois grandes problématiques concernant l'accueil de patients âgés obèses :

- 1) L'équipement adapté
- 2) Les ressources humaines
- 3) La configuration de l'EHPAD et des logements des résidents

L'ensemble du questionnaire a été corrigé et validé par un groupe de relecteurs :

- Dr Antoine EPIN, médecin généraliste et nutritionniste spécialisé dans l'accompagnement de la personne vivant avec une obésité ;
- Mme Anne-Sophie JOLY, comme patiente experte, présidente et fondatrice du CNAO (Comité National des Associations d'Obèses) ;

- Mme Agnès DELAITRE, ergothérapeute travaillant en SSR et notamment avec des personnes en situation d'obésité de classe 3 ;
- Dr Florence DELAMARRE-DAMIER, médecin gériatre, présidente de l'association AGREE (Association gérontologique de recherche et d'enseignement en EHPAD), et consultante pour les EHPAD dans la rédaction de la coupe PATHOS.

Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées par un test exact de Fischer car les conditions d'application du test du Chi2 n'étaient pas respectées (logiciel *pvalue*).

La transmission d'un questionnaire rempli complet par les répondants a été considérée comme une expression de leur consentement à participer à ce travail, et les données recueillies ont été conservées selon la loi de protection des données personnelles en vigueur. De plus, nous avons obtenu l'avis favorable du Comité d'Ethique, de Déontologie et d'Intégrité Scientifique de Nantes (*Annexe 2*). Le titre de ce travail a été légèrement remanié après obtention de cet avis, avec le retrait de la notion de GIR4, non pertinente car non explorée dans notre questionnaire. Il est important de souligner que le contenu du questionnaire n'a pas été modifié.

1) L'équipement adapté

a) Prix des équipements et forfait de soin en EHPAD

Le mobilier médicalisé, les aides techniques, sont des équipements coûteux. Leurs versions bariatriques le sont encore plus (6).

Le forfait de soin est une somme que l'Assurance Maladie alloue aux EHPAD entre autres pour l'achat du mobilier médicalisé (8). La mise à disposition du patient de matériel médical adapté à sa morphologie, même liée à une maladie chronique comme l'obésité, rentre dans ce forfait de soin, sans financement supplémentaire possible (9). Donc, contrairement à d'autres handicaps ou maladies, ce matériel ne peut pas être prescrit par un médecin et remboursé par la Sécurité Sociale. Elle finance déjà ce matériel dans le cadre du forfait de soin, sans prise en compte du surcoût lié à l'obésité.

Il est important de souligner que la possibilité de réutiliser le matériel est un critère majeur dans le choix des achats par les infirmières et infirmiers coordonnateurs. En principe, les professionnels en charge de ces achats ne peuvent pas acheter avec l'argent du forfait de soin, du sur-mesure, pour un seul patient.

b) Création de la liste de matériel adapté

La liste de matériel adapté a été construite avec des ressources bibliographiques anglo-saxonnes principalement (6,7,10,31). Nous avons aussi utilisé le « Plan d'action Obésité – Etablissement de soins » mission d'expertise demandée par le ministère de la Santé

français en 2009, qui concerne les établissements hospitaliers, mais est en grande partie transposable pour les EHPAD (11).

Dans un second temps, un entretien informel avec une infirmière coordonnatrice en EHPAD, Mme Frédérique MARTINEAU a été réalisé pour discuter de la pertinence de cette liste dans la vie réelle.

Chaque équipement doit être adapté en limite de poids, comme les lève-personnes, les lits. Mais une des adaptations principales sont les largeurs d'assise : pour les fauteuils (roulant ou non), les montaubans, les chaises de douche, les déambulateurs. Les parties communes, comme la salle à manger, doivent comporter des chaises sans accoudoirs, et de largeur adaptée. Enfin, le matériel adéquat pour le suivi des constantes : pèse-personne, brassard à tension, est indispensable.

Nous avons décidé, après conseil de l'ergothérapeute de notre groupe de relecteurs, d'ajouter une catégorie de réponse « Non possédé, mais achat ou location possible à court terme (moins de 6 mois) ».

2) Les ressources humaines

Dans un contexte d'autonomie très altérée, des toilettes au lit du résident sont nécessaires. Pour une personne pesant plus de 150 kilos, cette toilette mobilise au grand minimum deux soignants, pour que les soins soient sécurisés, tant pour le résident que pour les intervenants (6,31). Ces soins sont chronophages, et le manque de personnel soignant est un problème récurrent dans de nombreux établissements. À elle seule, cette problématique peut rendre inenvisageable l'accueil dans l'établissement des patients cibles de notre étude.

Pour le reste de la vie quotidienne, les transferts par exemple, l'équipement adapté est là pour assister les soignants et doit permettre de réduire le nombre de soignants sollicités.

3) La configuration de l'EHPAD et des logements des résidents

Beaucoup d'établissements sont anciens, vieux de plusieurs décennies, et peuvent être mal adaptés sur beaucoup d'aspects pour accueillir des résidents obèses, et de l'équipement bariatrique. Chaque partie commune doit être évaluée pour ne pas mettre en difficulté les personnes : largeur des portes, largeur des couloirs, espace suffisant pour manœuvrer des fauteuils avec grande largeur d'assise, largeur des portes d'ascenseurs, chaises et fauteuils des espaces de repas et de vie sans accoudoirs et de largeur adaptée... (6)

La chambre personnelle du résident doit être suffisamment spacieuse pour que le mobilier bariatrique soit installé, et qu'il puisse se déplacer et manœuvrer son fauteuil, qui lui aussi est de taille plus importante (5,6). Toutes les portes du logement doivent être assez larges pour permettre le passage du fauteuil, avec parfois des fauteuils qui peuvent être plus grands que les normes PMR. La salle de bain doit être également spacieuse,

avec de la place pour la chaise de douche et les manœuvres du fauteuil. Sur les conseils de notre patiente-experte relectrice, une attention particulière est portée aux WC : un inconfort majeur peut être ressenti par la personne qui n'oserait pas s'asseoir correctement, en essayant de ne pas mettre son poids complet sur l'assise, en prévention du risque de lâchage des WC.

RÉSULTATS

137 EHPAD ont été sollicités. 108 EHPAD ont débuté le questionnaire et nous avons finalement obtenu 75 réponses complètes.

Le taux de réponse au questionnaire est de 54,7%, soit 75 EHPAD sur les 137 que compte le département vendéen.

A) Les répondants

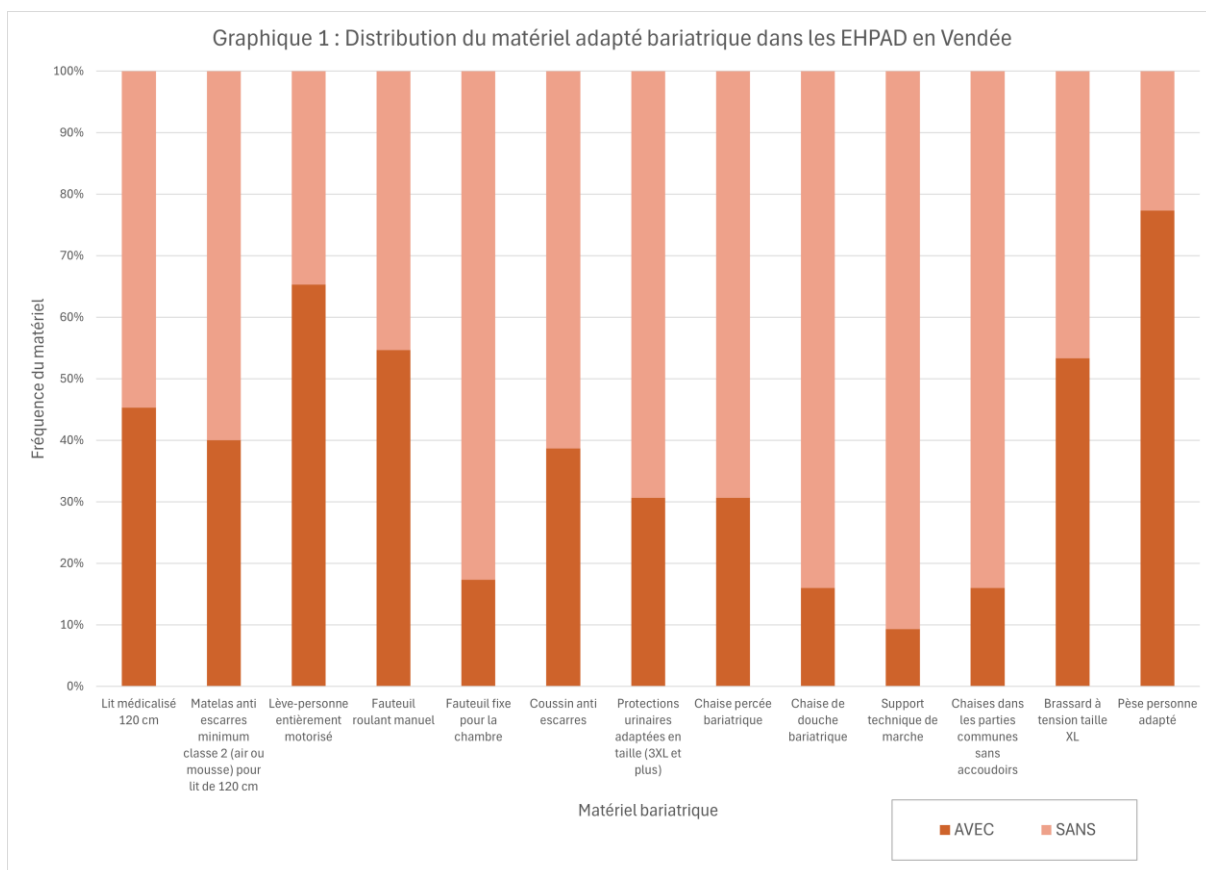
La totalité des établissements répondants était bien située en Vendée. La majorité (66,7%) des EHPAD répondants ont un statut public territorial, 16% sont privés associatifs, 10,7% sont publics hospitaliers et enfin 6,7% sont privés à but lucratif.

Les personnes répondantes pour leurs établissements sont à 73,3% des infirmières ou infirmiers coordonnateurs. Parmi les autres professions répondantes, on peut citer : infirmier ou infirmière (non coordonnateur), directeur ou directrice de l'établissement, directeur ou directrice adjoint, médecin coordonnateur, ergothérapeute, cadre de santé, infirmière qualité.

B) Résultats généraux

12% des EHPAD interrogés accueillent actuellement un ou plusieurs résidents en situation d'obésité de classe 3 et pesant plus de 150 kilos. Ces 12% représentent 9 établissements. Au total, 13 personnes pesant plus de 150 kilos sont accueillies sur la Vendée, dans ces 9 établissements. Cela nous donne un ratio de 0,16 patient-cible par EHPAD répondant.

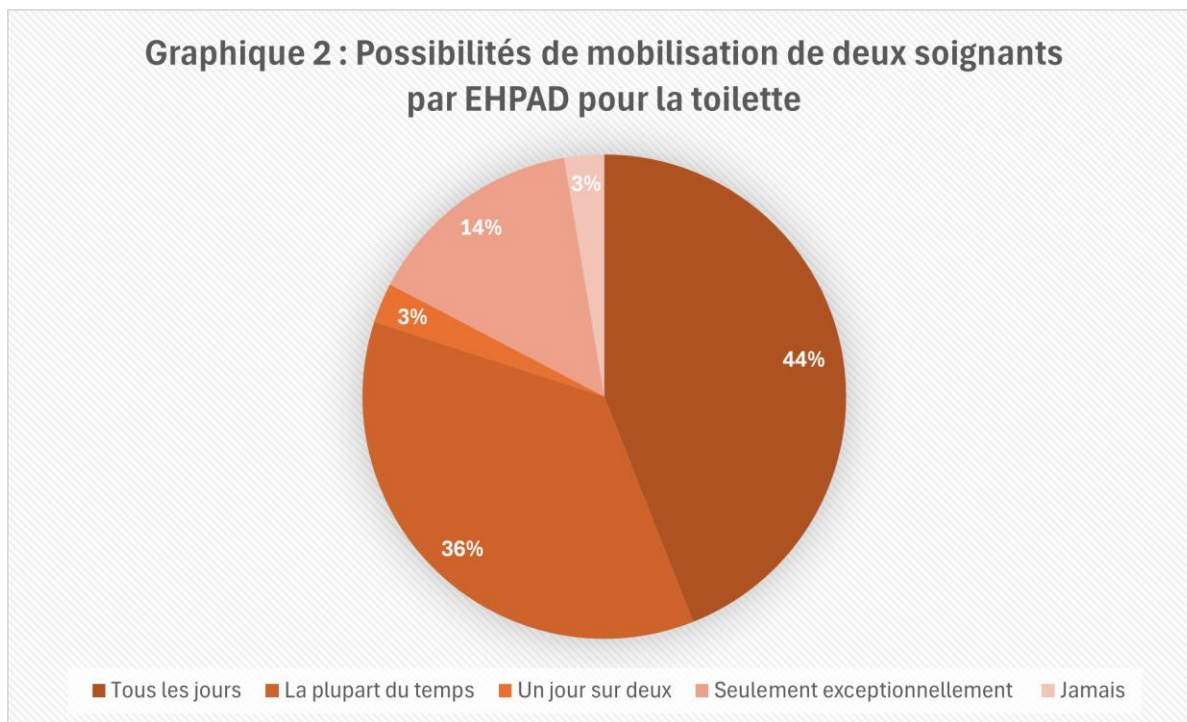
1) Matériel



A partir des données brutes sous forme de tableau Excel, nous avons constaté que seul un établissement indique posséder actuellement l'entièreté des items de la liste. Si on élargit à ceux qui possèdent ou qui peuvent envisager l'achat ou la location des items à court terme, ils sont 12 EHPAD, soit 16%.

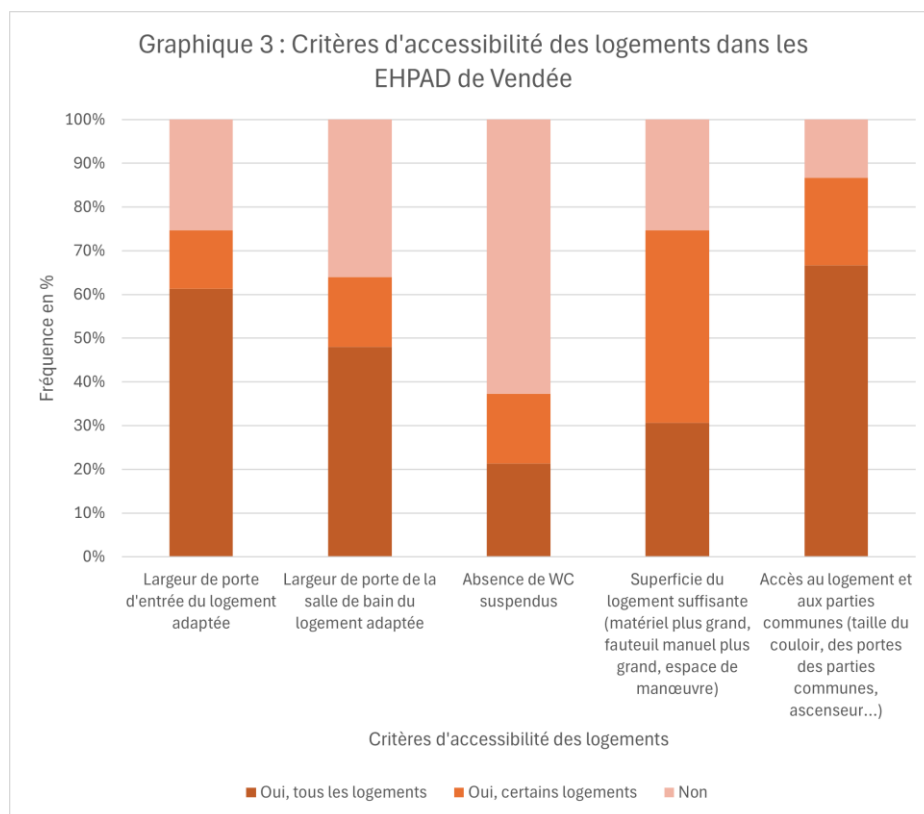
2) Ressources humaines

A la question « pouvez-vous mobiliser au minimum deux soignants quotidiennement pour la toilette d'un résident dépendant en situation d'obésité et pesant plus de 150kg ? », voici les réponses obtenues :



Au total, 80% des établissements sont capables de mobiliser deux soignants pour la toilette des résidents cibles.

3) Configuration des logements individuels et de l'établissement



19 établissements (soit 25,3%) réunissent tous les critères d'accessibilité pour au moins un de leurs logements.

C) Résultats combinés

4 EHPAD (soit 5,3%) répondent favorablement à l'ensemble des critères de notre étude, dont 3 n'accueillant pas déjà des résidents pesant plus de 150 kilos.

D) Résultats additionnels et commentaires libres des participants

1) Expériences de refus d'accueil

Nous avons interrogé les répondants au questionnaire sur leurs expériences passées, pas nécessairement dans leur EHPAD actuel, concernant le refus d'une demande d'entrée d'une personne, en lien avec sa corpulence et plus particulièrement son poids, faute de ressources adaptées. 21 répondants (28%) ont déjà dû refuser un résident pour cette raison, dont 11 répondants plusieurs fois au cours de leur carrière. 61,3% d'entre eux n'ont pas été confrontés à cette situation de refus (soit elle ne s'est pas présentée, soit les répondants ont pu accepter, nous n'avons pas exploré ces deux options). 1 personne sur 10 n'a pas souhaité répondre à cette question.

2) Comparaison selon le statut administratif des EHPAD répondants

Il nous a paru intéressant de comparer la disponibilité du matériel bariatrique en fonction du statut administratif des établissements, pour voir s'il y avait une relation. Il n'y a pas de différence significative (Tableau 1) pour aucun des matériels bariatriques ($p > 0,05$).

Tableau 1 : Disponibilité du matériel bariatrique adapté selon le statut administratif de l'EHPAD

			EHPAD public territorial (n = 50)	EHPAD privé associatif (n = 12)	EHPAD public hospitalier (n = 8)	EHPAD privé à but lucratif (n = 5)	n	p	test
Brassard à tension taille XL	Avec		25 (50%)	6 (50%)	8 (100%)	1 (20%)	40	0.068	Fisher
	Sans		12 (24%)	4 (33%)	0 (0%)	1 (20%)	17	-	-
	Possible à court terme		13 (26%)	2 (17%)	0 (0%)	3 (60%)	18	-	-
Chaise de douche	Avec		8 (16%)	2 (17%)	2 (25%)	0 (0%)	12	0.74	Fisher
	Sans		23 (46%)	6 (50%)	5 (62%)	4 (80%)	38	-	-
	Possible à court terme		19 (38%)	4 (33%)	1 (12%)	1 (20%)	25	-	-
Chaise percée bariatrique	Avec		13 (26%)	3 (25%)	6 (75%)	1 (20%)	23	0.24	Fisher
	Sans		21 (42%)	6 (50%)	1 (12%)	3 (60%)	31	-	-
	Possible à court terme		16 (32%)	3 (25%)	1 (12%)	1 (20%)	21	-	-
Chaises sans accoudoir (parties communes)	Avec		9 (18%)	2 (17%)	0 (0%)	1 (20%)	12	0.59	Fisher
	Sans		26 (52%)	8 (67%)	7 (88%)	2 (40%)	43	-	-
	Possible à court terme		15 (30%)	2 (17%)	1 (12%)	2 (40%)	20	-	-
Coussin anti-escarres fauteuil roulant manuel	Avec		20 (40%)	2 (17%)	4 (50%)	3 (60%)	29	0.62	Fisher
	Sans		9 (18%)	3 (25%)	1 (12%)	1 (20%)	14	-	-
	Possible à court terme		21 (42%)	7 (58%)	3 (38%)	1 (20%)	32	-	-
Fauteuil fixe de chambre	Avec		6 (12%)	2 (17%)	3 (38%)	2 (40%)	13	0.48	Fisher
	Sans		31 (62%)	7 (58%)	4 (50%)	2 (40%)	44	-	-
	Possible à court terme		13 (26%)	3 (25%)	1 (12%)	1 (20%)	18	-	-
Fauteuil roulant manuel	Avec		28 (56%)	4 (33%)	6 (75%)	3 (60%)	41	0.37	Fisher
	Sans		3 (6%)	2 (17%)	1 (12%)	0 (0%)	6	-	-

	Possible à court terme	19 (38%)	6 (50%)	1 (12%)	2 (40%)	28	-	-
Lève-personne motorisé	Avec	31 (62%)	8 (67%)	7 (88%)	3 (60%)	49	0.17	Fisher
	Sans	8 (16%)	4 (33%)	1 (12%)	0 (0%)	13	-	-
	Possible à court terme	11 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (40%)	13	-	-
Lit médicalisé de 120 cm	Avec	24 (48%)	4 (33%)	4 (50%)	2 (40%)	34	0.58	Fisher
	Sans	6 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	7	-	-
	Possible à court terme	20 (40%)	8 (67%)	4 (50%)	2 (40%)	34	-	-
Matelas anti-escarres (lit de 120 cm)	Avec	19 (38%)	6 (50%)	3 (38%)	2 (40%)	30	0.71	Fisher
	Sans	11 (22%)	0 (0%)	1 (12%)	1 (20%)	13	-	-
	Possible à court terme	20 (40%)	6 (50%)	4 (50%)	2 (40%)	32	-	-
Pèse-personne	Avec	37 (74%)	10 (83%)	7 (88%)	4 (80%)	58	0.99	Fisher
	Sans	9 (18%)	2 (17%)	1 (12%)	1 (20%)	13	-	-
	Possible à court terme	4 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4	-	-
Protections urinaires (3XL et plus)	Avec	15 (30%)	2 (17%)	5 (62%)	1 (20%)	23	0.27	Fisher
	Sans	14 (28%)	2 (17%)	2 (25%)	2 (40%)	20	-	-
	Possible à court terme	21 (42%)	8 (67%)	1 (12%)	2 (40%)	32	-	-
Support technique de marche	Avec	3 (6%)	1 (8.3%)	2 (25%)	1 (20%)	7	0.54	Fisher
	Sans	22 (44%)	4 (33%)	3 (38%)	2 (40%)	31	-	-
	Possible à court terme	25 (50%)	7 (58%)	3 (38%)	2 (40%)	37	-	-

3) Commentaires libres des participants

La dernière question de notre étude était un espace de commentaires libres pour les répondants qui souhaitent s'exprimer sur le sujet (*Annexe 3*). Sans aller de façon poussée dans l'analyse qualitative, voici les quelques points intéressants que nous avons relevés.

a) Charge de travail des équipes, préoccupations des soignants, formation

Plusieurs répondants mentionnent la surcharge de travail avec l'accueil de ces résidents, l'inquiétude possible du personnel soignant pour la prise en soin, et le besoin de formation des équipes. Le répondant de l'EHPAD 20 nous écrit avoir eu « *à ce jour que des personnes de 130 Kg et qui restent (restaient) mobiles assez longtemps* » et sur l'installation de la dépendance de ces personnes « *Cela pose des inquiétudes pour la prise en soin car les équipes sont en grande difficulté face aux surpoids (temps d'accompagnement plus long, fatigue plus importante pour un même soin, obligation d'être 2, risque de blessure au travail ...)* » ; la personne ajoute « *Leur prise en soin est chronophage et les risques de TMS sont majorés* ». Le répondant de l'EHPAD 39 nous dit ne pouvoir « *accueillir qu'un seul résident obèse à la fois en termes d'organisation pour être 2 soignants et cela a 1 coût* », et que « *forcément c'est un critère que nous regardons à l'admission au regard des possibilités du moment* ». Le représentant de l'EHPAD 42 mentionne la difficulté « *d'accueillir plus d'une personne obèse car matériel restreint et charge en soin mobilisant du personnel* » sauf « *si la personne est assez autonome pour se mobiliser seule* », il dit avoir déjà « *accueilli plusieurs personnes avec IMC sup à 40 en même temps mais seule 1 était complètement dépendante* ». Toujours dans la même problématique, l'EHPAD 46 mentionne le « *besoin de formation pour pouvoir avoir les bons gestes pour le résident mais aussi pour la prévention des TMS auprès des salariés pour l'accompagnement et le prendre soin des personnes à forte corpulence (beaucoup d'appréhension du personnel plus que de manque de matériel)* ». La personne répondant pour l'EHPAD 63 explique « *il est évident que la prise en soin d'une personne qui sort de la « norme » sera plus compliquée* » car « *demande plus de temps, plus de personnel, plus de moyens ? que la majorité des EHPAD n'ont pas* ». Enfin, sur ce sujet de ressources humaines et de formation, les EHPAD répondants 65 et 87 nous écrivent qu'il y a un manque de formation « *des soignants pour les manutentions notamment* » et « *un manque de formation et de connaissance je pense sur l'accompagnement des personnes obèses en structure* ».

b) Location de matériel, forfait de soin journalier

Le sujet de la location de matériel est abordé. Pour l'EHPAD 20 concernant un patient de 130 kilos « *lorsque la dépendance s'est installée nous avons loué du matériel adapté* » ; pour l'EHPAD 39 c'est un « *fauteuil roulant confort adapté électrique* » qui a été loué ; l'EHPAD 41, lui, accueille « *un résident qui a pesé jusqu'à 140 kg, d'où la présence de matériel adapté, en location seulement* ».

Cela dit, le répondant pour l'EHPAD 23 nous alerte de possibles « *difficultés car certains équipements ne sont pas disponibles à la location mais seulement à l'achat* ».

Sur l'enjeu du remboursement individualisé par la Sécurité sociale versus le forfait de soins, le répondant de l'EHPAD 26 nous apporte un témoignage important « *à l'époque nous avons acheté un fauteuil roulant pour une personne de plus de 150kg, notre demande d'aide a été refusée. Il faut réussir à prouver que le matériel soit bien d'utilité individuelle, qu'il ne pourra pas servir pour un autre résident. Aujourd'hui nous avons un fauteuil XXXL qui ne sert pas et qui nous a coûté très cher* ».

c) Expérience de stigmatisation

La personne répondant pour l'EHPAD 69 nous a indiqué avoir été « *confrontée à un refus de prise en charge par un ophtalmo et un dentiste* » en « *milieu hospitalier* » pour « *une résidente obèse (entre 100 et 120kg)* » avec en justification « *la corpulence de la dame n'est pas adaptée pour les fauteuils d'examen (alors que les services avaient été prévenus en amont)* ». Elle rapporte que « *la dame était choquée, on lui aurait dit sur place qu'elle était trop grosse* » de façon assez méprisante (d'après elle) ». Elle ajoute n'avoir « *jamais eu la possibilité de faire effectuer un suivi et des soins adaptés pour cette personne diabétique par la suite* ».

DISCUSSION

A) Interprétation et questionnement autour des résultats

1) Matériel

a) Liste complète

Seul un établissement possède actuellement toute la liste de matériel. Mais il semble pertinent d'élargir en incluant les EHPAD qui peuvent se procurer les équipements à moins de 6 mois. En effet, l'utilisation de matériel en location est une solution que les répondants mettent en avant dans leurs commentaires libres. Il n'y a pour eux pas lieu d'acheter le matériel ou de le louer tant qu'ils ne sont pas confrontés à la situation d'un résident cible de notre étude.

Cela dit, se pencher de façon systématique sur les possibilités de location, en amont d'une demande éventuelle d'entrée pour une personne pesant plus de 150 kilos, peut être une solution pour anticiper et faciliter l'accueil de ces personnes.

b) Équipement non indispensable ?

Certains éléments de la liste peuvent être discutés en termes d'indispensabilité, comme le fauteuil fixe. Si la personne n'est pas valide, le fauteuil roulant manuel peut se substituer à un fauteuil fixe, sans entraver son confort, et permet un gain de place dans le logement pour une meilleure circulation.

De la même façon, l'obligation des chaises larges et sans accoudoirs en salle à manger est discutable, si la personne n'est pas valide, le fauteuil roulant peut se substituer à la chaise. Mais, pour les personnes valides, cela reste indispensable, ou elles ne pourront tout simplement pas s'installer pour manger.

Il est difficile de trancher car les situations des résidents seront uniques. Nous avons décidé de ne pas retirer ces items pour nos résultats finaux.

c) Mesure de la pression artérielle

Seulement 53,3% des établissements possèdent un brassard à tension taille XL. Ce matériel est peu cher, et même pour des personnes en situation d'obésité de classe 1 ou 2, voire seulement en surpoids, l'adaptation de la taille du brassard à la corpulence est indispensable, sous peine d'erreurs de mesure (32). Ces erreurs de mesure peuvent entraîner des conséquences graves, comme une mauvaise adaptation du traitement à la suite de mesures erronées répétées, augmentant le risque cardiovasculaire si présence d'une hypertension masquée, et le risque de iatrogénie si à l'inverse les chiffres sont faussement élevés.

d) Inadéquation entre possession du matériel et résidents accueillis actuellement

Nous avons remarqué une discordance dans les résultats. En effet, parmi les EHPAD accueillant déjà des résidents cibles de notre étude, un seulement déclare avoir l'ensemble du matériel adapté.

Plusieurs explications peuvent être avancées :

- Erreur ou mauvaise compréhension du répondant ;
- Intitulé de la question mal formulé : nous avons demandé s'ils possèdent l'équipement, et nous aurions pu dire « possédez-vous ou avez-vous *actuellement en location* cet équipement ? ». La notion de location n'est mentionnée que dans les possibilités à court terme ;
- Enfin, ils n'ont peut-être tout simplement pas l'ensemble du matériel, et soit l'accueil n'est pas optimal, soit ils ont trouvé d'autres solutions en l'absence de certains équipements.

2) Ressources humaines

Si 83% des établissements peuvent mobiliser deux soignants pour la toilette du résident au moins un jour sur deux, il reste 17% pour lesquels ce n'est pas envisageable du tout, par manque de moyens humains.

Pour ces 17% d'EHPAD, cela implique une impossibilité totale d'accueil des personnes cibles de notre étude.

Cette partie du questionnaire est la plus succincte. Nous l'avons quand même intégrée au vu de son importance et à visée exploratoire.

3) Accessibilité

Dans cette partie du questionnaire, notre principal point de discussion a porté sur l'indispensabilité ou non de ne pas avoir de toilettes suspendues dans les logements.

Notre patiente experte nous a conseillé d'inclure le critère d'absence de WC suspendus. En effet, ce type de toilettes peut incommoder la personne utilisatrice, si celle-ci a un poids élevé : peur de s'appuyer totalement dessus et donc inconfort, peur que le matériel bouge sous leur poids ou se brise. Des associations de patients ont d'ailleurs déjà fait changer le type de WC dans les centres spécialisés de l'obésité, pour ces raisons.

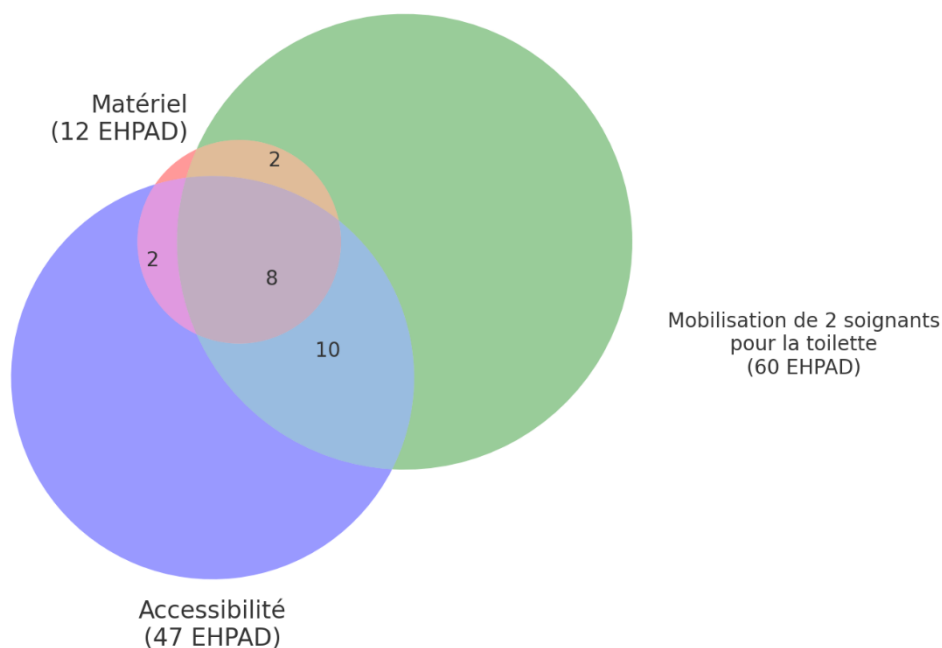
Nous n'avons pas trouvé de sources écrites à ce sujet, si ce n'est que certaines toilettes suspendues ont des limites de poids jusqu'à 400kg, mais nous ne savons pas si cette limite est la norme ou non, et elle dépend aussi de facteurs extérieurs comme le mur sur lequel est installé le WC.

Cependant, après échange avec notre relectrice ergothérapeute, ce problème de toilettes se poserait rarement dans le cadre du lieu de vie ou d'un lieu de séjour prolongé, pour plusieurs raisons. D'une part, les personnes concernées dans notre étude, au vu de leur dépendance possible, iraient en pratique rarement sur les toilettes fixes, même adaptées. Elles sont souvent installées sur la chaise de douche ou chaise percée, au-dessus des WC ou non. D'autre part, l'utilisation de la chaise de douche limite aussi le nombre de transferts, et celle de la chaise percée mise à disposition près du lit du résident favorise aussi l'autonomie, pour la nuit par exemple.

C'est pourquoi, *a posteriori*, nous pensons que ce critère d'accessibilité n'est pas indispensable dans le contexte de notre étude. Si nous ne retenons finalement pas ce critère, 62,6% des EHPAD interrogés ont au moins un logement adapté pour les personnes pesant plus de 150 kilos.

4) Résultats globaux

Graphique 4 : Nombre d'EHPAD en Vendée remplissant un critère seul, deux critères combinés, et l'ensemble des critères pour l'accueil de personnes pesant plus de 150 kilos



Au total, après retrait de l'item « WC suspendus » dans la partie accessibilité, 8 établissements (10,7%) répondent favorablement à tous les critères, dont 6 n'accueillant pas encore de résidents en obésité de classe 3 et pesant plus de 150 kilos.

On remarque que la majorité des EHPAD répond au moins à un critère, ce qui est encourageant. 14 établissements (18,7%) répondent positivement à deux critères. La partie la plus délicate reste l'équipement bariatrique, avec seulement 12 EHPAD pouvant, à maximum 6 mois, remplir les conditions matérielles correctement. C'est le frein le plus répandu identifié dans nos résultats.

5) Expériences de refus d'entrée de résidents

Le fait que 28% des répondants aient eu au moins une fois l'obligation de refuser l'entrée d'un résident à cause de son poids ou sa morphologie illustre que les personnes en situation d'obésité se heurtent à des impossibilités de prise en soin adaptée. C'est un exemple typique de stigmatisation structurelle (et non de la volonté des coordonnateurs d'EHPAD) liée au poids.

B) Forces et limites de l'étude

1) Forces

La force principale de notre étude est son originalité. En effet, à notre connaissance, ce type de travail n'a pour l'instant jamais été mené en France.

La taille de l'échantillon obtenu est également un point positif, car plus de la moitié des EHPAD vendéens a répondu. Nous avons contacté l'ensemble de ces EHPAD, et obtenu 54,7% de réponses complètes. Il est parfois difficile d'obtenir des échantillons conséquents, souvent par manque de temps ou d'intérêt des personnes ciblées. Pour cette étude, la relance téléphonique individualisée a permis quasiment le doublement du nombre de réponses.

Enfin, le surpoids et l'obésité concernent 10 millions de Français. C'est un enjeu majeur de santé publique. Choisir ce sujet actuel et important illustre aussi la pertinence de notre étude.

2) Limites

a) Biais

Comme tous les questionnaires de ce type, un biais déclaratif est possible. Le risque peut être minoré par le fait que les répondants ne répondent pas pour eux-mêmes en tant que personnes, mais pour un établissement dans lequel ils travaillent. Cela diminue le risque de biais de sous ou sur-déclaration, le biais de désirabilité sociale.

Un biais de sélection est forcément présent dans ce type d'étude basée sur le volontariat, les répondants avaient possiblement un intérêt particulier pour le sujet, les non-répondants ne se sont peut-être pas sentis concernés, ou pas équipés du tout. En tenant compte de ce biais, le pourcentage d'EHPAD vendéens pouvant accueillir des résidents de plus de 150 kilos est peut-être surestimé.

b) La formation des soignants : non explorée dans notre étude, mais indispensable

La formation des soignants est d'une importance capitale, non abordée dans notre étude, mais soulignée plusieurs fois par les répondants, dans la partie « commentaires divers ». Elle concerne plusieurs points : apprentissage des bons gestes pour l'aide aux transferts, la toilette, l'utilisation du matériel bariatrique, certains points de vigilance particuliers comme l'état cutané (7). Le but est de garantir un accueil digne aux résidents, mais aussi de prévenir le risque de blessure des soignants lors des soins, notamment les transferts et les mobilisations, qui sont les gestes les plus à risque (31).

Mais la formation la plus incontournable est peut-être la sensibilisation au risque de stigmatisation. Que ce soit consciemment ou non, les soignants ont, comme le reste de la population, des biais stigmatisants envers les personnes obèses (33). Comme évoqué plus tôt dans ce travail, ces biais sont souvent basés sur de fausses croyances

concernant les causes de la maladie. Il est donc nécessaire de déconstruire ces idées reçues. Il n'existe pas encore de méthodes complètement efficaces pour prévenir cette stigmatisation chez les soignants, mais la HAS conseille d'adopter une attitude de non-jugement, soutenante et encourageante (4,12). Une des pistes à l'étude est d'apprendre aux soignants à considérer l'obésité comme une maladie, ce qu'ils ne font pas automatiquement (34).

Une attention particulière devra aussi être portée concernant l'accueil du résident par les autres résidents. Il conviendra de rester vigilant face à la possibilité de comportements stigmatisants de leur part.

C) Perspectives

Les résultats de notre étude suggèrent qu'il faut renforcer la préparation des EHPAD à l'accueil potentiel de personnes en situation d'obésité de classe 3 et pesant plus de 150 kilos.

Premièrement, il semble important de se pencher sur le même sujet, mais sur l'ensemble du territoire.

Deuxièmement, il pourrait être intéressant d'interroger les EHPAD où vivent déjà ces personnes, (9 établissements dans notre échantillon), car ils ne semblent pas tous réunir l'ensemble des critères proposés, et les accueillent tout de même. Peut-être pourraient-ils partager leurs méthodes d'accueil, si elles rentrent dans le cadre d'un accueil optimal ?

Les résultats de ce travail identifient l'équipement bariatrique comme le frein le plus important pour les établissements. La location de matériel pourrait être une des solutions pour que l'entrée en EHPAD devienne possible. L'achat semble plus complexe car difficilement réutilisable pour de futurs résidents, et mal financé par le forfait de soin journalier. Proposer aux EHPAD d'interroger systématiquement leurs équipementiers sur les possibilités de location de matériel bariatrique, avant même que la situation d'accueil d'un résident cible de notre étude se présente, pourrait permettre d'identifier en amont les points de blocage.

Nos résultats montrent que l'inadaptation des lieux de soin comme les EHPAD (qui ont la particularité d'être également un lieu de vie, mais dont la configuration n'est pas choisie), risque d'empêcher l'accueil des personnes en situation d'obésité, et entraîner une rupture dans l'accès aux soins. Si le système du forfait journalier de soins considérait l'obésité comme ce qu'elle est, c'est-à-dire une maladie chronique, et non pas comme une « simple » variation morphologique, une discussion concernant son retrait du forfait pourrait être engagée. La prescription médicale et le remboursement des frais d'achat ou de location du matériel adapté deviendrait alors possible.

Dans les commentaires libres de notre questionnaire, il est mentionné plusieurs fois la non-connaissance des bonnes pratiques, en termes de matériel mais aussi de gestes pour les soins, les transferts, pour accueillir dignement des résidents en situation de grande obésité comme ceux de notre étude. Comme pour le plan d'action « Obésité-

Etablissements de santé » de 2009, ne pourrions-nous pas imaginer un plan d'action « Obésité-EHPAD » qui donnerait des recommandations, et réfléchirait à des financements particuliers ?

Concernant la problématique de la structure des bâtiments des EHPAD plus anciens, il semble difficile de modifier ceux déjà construits. Nous pouvons suggérer de considérer les particularités de l'obésité pour les futurs projets de rénovation ou d'extension des établissements concernés.

CONCLUSION

Ce travail avait pour but de faire un état des lieux des possibilités d'accueil des EHPAD en Vendée des personnes âgées en situation d'obésité de classe 3 et pesant plus de 150 kilos. Nous avons interrogé les établissements sur trois critères d'accueil : le matériel, les ressources humaines et la configuration des logements individuels et parties communes.

Sur les 75 EHPAD ayant répondu et représentant 54,7% des EHPAD vendéens, seulement 8 établissements sont prêts, ou ont la capacité d'être prêts à court terme, pour accueillir un résident pesant plus de 150 kilos. Le frein le plus important identifié est le matériel, l'équipement bariatrique étant difficile à se procurer, et parfois très coûteux.

Cela montre une inégalité d'accès aux soins, qui frappe une population déjà fragilisée dans un contexte de dépendance liée à l'âge, potentiellement aggravée par la maladie-obésité.

Pour contrer cette inégalité, il semble urgent de renforcer la préparation des EHPAD à l'accueil de ces personnes, avec quelques idées générales : s'appuyer sur la location de matériel, interroger les établissements qui accueillent déjà ces personnes pour s'inspirer de leurs aménagements ; ou encore des pistes plus ambitieuses : renforcer la formation des soignants concernés, envisager de modifier le système de forfait journalier de soins pour cette maladie chronique, voire lancer l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques sur cette problématique spécifique « Obésité-EHPAD ».

Commencer par évaluer les possibilités d'accueil sur l'ensemble du territoire français serait un premier pas.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fontbonne A, Currie A, Tounian P, Picot MC, Foulatier O, Nedelcu M, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the « Ligue Contre l'Obésité ». *J Clin Med*. 25 janv 2023;12(3):925.
2. Inserm, Kantar Health, Institut Roche de l'obésité. Enquête Épidémiologique Nationale sur le Surpoids et L'obésité 2012. 2012.
3. Mathus-Vliegen EM. Obesity and the Elderly. *J Clin Gastroenterol*. août 2012;46(7):533-44.
4. Morvan R. Stigmatisation des personnes en situation d'obésité dans leur parcours de soins : causes, conséquences et perspectives. mars 2024;(1).
5. Harris JA, Castle NG. Obesity and Nursing Home Care in the United States: A Systematic Review. *The Gerontologist*. mai 2019;59(3):e196-206.
6. Marihart CL, Brunt AR, Geraci AA. The High Price of Obesity in Nursing Homes. *Care Manag J*. mars 2015;16(1):14-9.
7. Dimant J. Bariatric Programs in Nursing Homes. *Clin Geriatr Med*. nov 2005;21(4):767-92.
8. Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établiss... Sécurité Sociale avr 26, 1999.
9. Ministère de la Santé. Réintégration des dispositifs médicaux, Foire aux question. 2008.
10. Bradway C, DiResta J, Fleshner I, Polomano RC. Obesity in Nursing Homes: A Critical Review. *J Am Geriatr Soc*. août 2008;56(8):1528-35.
11. Pr Arnaud Basdevant. Proposition d'actions pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé. 2009 avr.
12. HAS. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf
13. Chaput JP, Sjödin AM, Astrup A, Després JP, Bouchard C, Tremblay A. Risk Factors for Adult Overweight and Obesity: The Importance of Looking Beyond the 'Big Two'. *Obes Facts*. 4 oct 2010;3(5):320-7.
14. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 oct 2024]. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours

15. Bouchard C. Genetics of Obesity: What We Have Learned Over Decades of Research. *Obes Silver Spring Md.* mai 2021;29(5):802-20.
16. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* févr 2016;17(2):95-107.
17. Martínez-González MA, Martínez JA, Hu FB, Gibney MJ, Kearney J. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes.* nov 1999;23(11):1192-201.
18. Suliman S, Anthonissen L, Carr J, du Plessis S, Emsley R, Hemmings SMJ, et al. Posttraumatic Stress Disorder, Overweight, and Obesity: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry.* 2016;24(4):271-93.
19. ANSES. Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. 2010 nov.
20. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med.* 14 mars 1991;324(11):739-45.
21. Messinis IE, Messini CI, Anifandis G, Dafopoulos K. Polycystic ovaries and obesity. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 mai 2015;29(4):479-88.
22. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala NB, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep.* mai 2008;31(5):619-26.
23. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs.* mai 2018;74(5):1030-42.
24. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci.* 29 sept 2015;26(11):1803.
25. Programme des « Cités interculturelles » [Internet]. [cité 7 nov 2024]. Discrimination systémique - Programme des « Cités interculturelles » - www.coe.int. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/interculturalcities/systemic-discrimination>
26. Officer A, Thiyagarajan JA, Schneiders ML, Nash P, de la Fuente-Núñez V. Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related? *Int J Environ Res Public Health.* janv 2020;17(9):3159.
27. Levy BR, Zonderman AB, Slade MD, Ferrucci L. Memory Shaped by Age Stereotypes over Time. *J Gerontol Ser B.* 1 juill 2012;67(4):432-6.
28. Levy B, Ashman O, Dror I. To be or Not to be: The Effects of Aging Stereotypes on the Will to Live. *OMEGA - J Death Dying.* 1 mai 2000;40(3):409-20.
29. Vieillessement : l'âgisme [Internet]. [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

30. Les 137 EHPAD en Vendée [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-ehpad-et-comparateur-de-prix-et-restes-a-charge/liste-ehpad/undefinedannuaire-ehpad-et-comparateur-de-prix-et-restes-a-charge/liste-ehpad/Vend%C3%A9e-85#container-result-query>
31. Gallagher S. Obesity and the aging adult: ideas for promoting patient safety and preventing caregiver injury. *Clin Geriatr Med.* nov 2005;21(4):757-65, vii-viii.
32. Brady TM, Padwal R, Blakeman DE, Farrell M, Frieden TR, Kaur P, et al. Blood pressure measurement device selection in low-resource settings: Challenges, compromises, and routes to progress. *J Clin Hypertens.* 2020;22(5):792-801.
33. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, Theophilus M, Alexander E, Haywood D, et al. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obes Silver Spring Md.* nov 2021;29(11):1802-12.
34. Rathbone JA, Cruwys T, Jetten J, Banas K, Smyth L, Murray K. How conceptualizing obesity as a disease affects beliefs about weight, and associated weight stigma and clinical decision-making in health care. *Br J Health Psychol.* 2023;28(2):291-305.



Bonjour,

Je suis Alice CHABOT, médecin généraliste remplaçante vendéenne, et je réalise ma thèse de médecine sur les possibilités d'accueil en EHPAD des personnes âgées en situation d'obésité classe 3B (IMC supérieur à 40) et pesant plus de 150kg ; encadrée par mon directeur de thèse le Dr Ronan MORVAN, médecin généraliste en Loire-Atlantique.

Je cherche à recenser sur le territoire vendéen, de la façon la plus exhaustive possible, les capacités d'accueil actuelles de ces patients dans vos établissements.

La prévalence de l'obésité continue d'augmenter, y compris chez les personnes âgées, et va s'accroître. Etre en situation d'obésité de classe 3B augmente le risque de perte d'autonomie. Pour un accueil optimal, il est indispensable que le matériel soit adapté à la corpulence de la personne.

Le matériel médical bariatrique a un coût important, et pour les résidents en EHPAD, il n'est pas possible de le faire prescrire et prendre en charge par l'assurance maladie.

Ce travail de thèse n'a pas pour but de pointer du doigt les établissements, mais bien de faire un état des lieux, pour envisager si besoin des solutions.

L'ensemble de vos réponses resteront anonymes et confidentielles, elles seront conservées selon la loi de protection des données personnelles en vigueur. Ce questionnaire nécessite un temps de remplissage d'environ 10 min. Le fait de nous transmettre votre questionnaire rempli sera considéré comme l'expression de votre consentement à participer à notre étude

Merci d'avance pour votre participation,

Partie A: Critère d'inclusion

A1. Est-ce que l'établissement dans lequel vous travaillez se situe en Vendée ?

Oui

Non



Partie B: Type d'établissement et statut du répondant

B1. Quel est le statut de votre établissement ?

EHPAD privé associatif

EHPAD privé à but lucratif

EHPAD public territorial

EHPAD public hospitalier

EHPAD public hospitalier autonome

Autre

Autre

B2. Au sein de cet établissement, vous exercez l'activité de :

Si vous répondez en équipe, vous pouvez cocher plusieurs cases.

Infirmière coordonnatrice/Infirmier coordonnateur

Médecin coordonnateur/coordonnatrice

Directeur/directrice de l'établissement

Ergothérapeute

Infirmière/Infirmier

Autre fonction (précisez)

Autre fonction (précisez)

Partie C: Résidents déjà présents dans l'établissement

C1. Accueillez-vous actuellement un ou plusieurs résidents ayant un poids supérieur ou égal à 150 kilos ET un IMC supérieur ou égal à 40 ?

Pour vous aider : si le résident en question mesure moins de 194 cm, alors avec un poids de 150 kilos ou plus, son IMC sera forcément supérieur à 40.

Oui

Non



C2. Si vous avez répondu oui à la question ci-dessus, combien de résidents ?

Partie D: Liste de matériel

D1. Pouvez vous indiquer dans le tableau si vous possédez le matériel suivant au sein de votre établissement ?

Concernant la case "facilement envisageable à court terme": en terme économique notamment, et en terme logistique (délai de commande, disponibilité du matériel chez les fournisseurs).

	Oui	Non	<small>Non, mais arbut en attente FACILEMENT envisageable à court terme (moins de 6 mois)</small>
Lit médicalisé de 120 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas anti escarres minimum classe 2 (air ou mousse) pour lit de 120 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lève-personne entièrement motorisé avec limite de poids adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil roulant manuel adapté en poids et en largeur d'assise (largeur d'assise minimum 60cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fauteuil fixe pour la chambre, de largeur d'assise adaptée (largeur d'assise minimum 60cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coussin anti escarres adapté à la largeur du fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protections urinaires adaptées en taille (3XL et plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaise percée bariatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaise de douche bariatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Support technique de marche (déambulateur, avec et sans roues) de gamme bariatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaises dans les parties communes (notamment en salle à manger) sans accoudoirs et de largeur d'assise adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brassard à tension taille XL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pèse personne adapté OU fauteuil de pesée adaptée OU plateforme de pesée adaptée (où l'on pèse la personne avec son fauteuil roulant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



D2.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Lit médicalisé de 120 cm

Si oui, en combien d'exemplaire ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D3.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Matelas anti escarres minimum classe 2 (air ou mousse) pour lit de 120 cm

Si oui, en combien d'exemplaire ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D4.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Lève-personne entièrement motorisé avec limite de poids adaptée

Si oui, en combien d'exemplaire ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



D5.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Fauteuil roulant manuel adapté en poids et en largeur d'assise (largeur d'assise minimum 60cm)

Si oui, en combien d'exemplaire ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D6.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Fauteuil fixe pour la chambre, de largeur d'assise adaptée (largeur d'assise minimum 60cm)

Si oui, en combien d'exemplaire ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D7.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Coussin anti escarres adapté à la largeur du fauteuil roulant manuel

Si oui, en combien d'exemplaire ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



D11.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Support technique de marche (déambulateur, avec et sans roues) de gamme bariatrique

Si oui, en combien d'exemplaire ?

D12.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Chaises dans les parties communes (notamment en salle à manger) sans accoudoirs et de largeur d'assise adaptée

Si oui, en combien d'exemplaire ?

D13.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Brassard à tension taille XL

Si oui, en combien d'exemplaire ?



D14.

Si vous avez répondu "oui" pour certains items précédents, en combien d'exemplaire ?

(Si peu d'exemplaires, essayez si possible d'être précis, sinon vous pouvez répondre de l'ordre de la dizaine, merci)

Pèse personne adapté OU fauteuil de pesée adaptée OU plateforme de pesée adaptée (où l'on pèse la personne avec son fauteuil roulant)

Si oui, en combien d'exemplaire ?

D15. Actuellement, y a-t-il certains éléments de la liste que vous êtes autorisés à faire prescrire par les médecins des résidents (donc avec un remboursement par l'assurance maladie) ?

Oui

Non

D16. Si oui, lesquels ? A titre exceptionnel ou régulièrement ?

Partie E: Ressources humaines

E1. Concernant les ressources humaines, avez-vous actuellement la possibilité de mobiliser AU MINIMUM deux soignants quotidiennement pour la toilette d'un résident dépendant en situation d'obésité et pesant plus de 150kg ?

Oui, tout les jours Oui, la plupart du temps Un jour sur deux Non, seulement exceptionnellement Non, jamais

Mobilisation de 2 soignants minimum pour une toilette

Partie F: Configuration de l'établissement et des logements

F1. La partie suivante concerne la configuration du logement du résident et son accessibilité.

Oui, pour tous les logements de l'établissement Oui, pour certains logements de l'établissement (1 ou plus) Non

Largeur de porte d'entrée du logement adaptée à un fauteuil roulant manuel bariatrique (parfois plus large que pour les normes PMR)



	Oui, pour tous les logements de l'établissement	Oui, pour certains logements de l'établissement (1 ou plus)	Non
Largeur de porte de la salle de bain du logement adaptée à un fauteuil roulant manuel bariatrique (parfois plus large que pour les normes PMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de WC suspendus (non adapté pour les personnes en situation de grande obésité) dans la salle de bain du résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superficie du logement suffisante pour que le résident puisse circuler avec son fauteuil bariatrique, y compris avec le matériel plus grand (lit de 120cm, fauteuil, chaises plus larges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès au logement et aux parties communes du logement sans difficultés (taille du couloir, taille des portes des parties communes, ascenseur de taille adaptée, pas de marches d'escaliers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2. Si certains logements seulement répondent à tous les critères, pouvez-vous nous dire combien environ ?

Partie G: Divers

G1. Depuis que vous êtes en fonction dans un EHPAD (pas forcément celui où vous exercez actuellement), avez-vous déjà dû refuser le dossier d'une personne en lien avec sa corpulence et plus particulièrement son poids, à cause du manque de matériel adapté, ou du manque de ressources humaines disponibles, ou de l'absence de configuration adaptée des logements ?

Oui, une fois

Oui, plusieurs fois

Non

Pas de réponse



G2. Merci pour vos réponses, le questionnaire touche à sa fin.

Nous n'avons pas mentionné plusieurs autres problématiques, comme la possibilité de transports sanitaires adaptés disponibles autour de votre établissement (ambulances bariatriques), ou la formation des soignants sur les spécificités des soins à apporter aux personnes âgées en situation d'obésité, ou encore la prévention de la grossophobie.

Y-a-t-il des choses que vous souhaitiez ajouter concernant ce sujet et le questionnaire ?

Merci pour votre participation.

Si vous souhaitez suivre les résultats de ma thèse, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse mail suivante : these.alice.chabot@gmail.com

Annexe 2 : Avis favorable du CEDIS de Nantes



Nantes, le 5 septembre 2024

Dossier suivi par : Céline ELUARD
Direction de la recherche, des partenariats et de
l'innovation
celine.eluard@univ-nantes.fr
+33 (0) 2 72 64 88 65

N/Réf : SY/GD/JLM/CE DRPI n°2024-596

Madame Alice CHABOT
25 rue République
44810 HERIC

S/c de Monsieur Ronan MORVAN,
Responsable scientifique

Objet : Avis du CEDIS sur votre projet « Etat des lieux des possibilités d'accueil en EHPAD en Vendée des personnes âgées de GIR4 ou moins en situation d'obésité de classe 3B et pesant plus de 150kg ».

Madame, Chère collègue,

Vous avez soumis à l'examen du comité d'éthique, de déontologie et d'intégrité scientifique (CEDIS) de Nantes Université (n°IRB : IORG0011023), un projet intitulé « Etat des lieux des possibilités d'accueil en EHPAD en Vendée des personnes âgées de GIR4 ou moins en situation d'obésité de classe 3B et pesant plus de 150kg », dont Monsieur Ronan MORVAN assure la responsabilité scientifique et nous vous en remercions.

L'objectif de votre étude est de faire un état des lieux des possibilités d'accueil actuels des EHPAD de Vendée concernant des patients âgés en situation d'obésité de classe 3B (IMC supérieur à 40).

Après un examen attentif, j'ai le plaisir de vous informer que la qualification réglementaire en recherche non-interventionnelle a été soumise et validée par le Comité avec le numéro de référence n°04092024-1.

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Madame, Chère collègue, en l'assurance de mes sentiments dévoués.

Guillaume DURAND
Président du CEDIS

Annexe 3 : Commentaires libres des répondants au questionnaire pour les EHPAD vendéens

ID de la réponse	Merci pour vos réponses, le questionnaire touche à sa fin. Nous n'avons pas mentionné plusieurs autres problématiques, comme la possibilité de transports sanitaires adaptés disponibles autour de votre établissement (ambulances bariatriques), ou la formation des soignants sur les spécificités des soins à apporter aux personnes âgées en situation d'obésité, ou encore la prévention de la grossophobie. Y-a-t-il des choses que vous souhaitiez ajouter concernant ce sujet et le questionnaire ?
8	bon courage le sujet est vraiment bien Car en plus d'un âgeisme certain en France la grossophobie est de plus en plus présente
14	La coordination du parcours patient = prévoir la perte d'autonomie en amont de l'entrée en EHPAD qui sera difficile du fait du peu de places pour ces personnes
20	Nous n'avons eu à ce jour que des personnes de 130 Kg et qui restent (restaient) mobiles assez longtemps Et nous n'en avons qu'une seule par service Lorsque la dépendance s'est installée nous avons loué du matériel adapté Cela pose des inquiétudes pour la prise en soins car les équipes sont en grande difficulté face aux surpoids (temps d'accompagnement plus long, fatigue plus importante pour un même soin, obligation d'être 2, risque de blessure au travail ...) Lorsque nous aurons plus de personnes en surpoids il faudra impérativement que l'ARS le prenne en considération si nous voulons garder une qualité d'accompagnement Leur prise en soin est chronophage et les risques de TMS sont majorés
23	Possibilité de libérer 2 soignants : oui car pas le choix, déjà fait pour beaucoup d'autres situations. Concernant le matériel : difficultés car certains équipements ne sont pas disponibles à la location mais seulement à l'achat.
26	Comme vous le dites, le matériel est à la charge de l'établissement, à l'époque nous avons acheté un fauteuil roulant pour une personne de plus de 150kg, notre demande d'aide a été refusé. Il faut réussir à prouver que le matériel soit bien d'utilité individuel, qu'il ne pourra pas servir pour un autre résident. Aujourd'hui nous avons un fauteuil XXXL qui ne sert pas et qui nous a coûté très cher.
39	Nous ne pouvons accueillir qu'un seul résident obèse à la fois e, terme d'organisation pour être 2 soignants et cela à 1 coup. La dernière personne nous avons du louer un fauteuil roulant confort adapté électrique pour soulager les équipes. Forcément c'est un critère que nous regardons à l'admission au regard des possibilités du moment.
41	Nous avons un résident qui a pesé jusqu'à 140 kg d'où la présence de matériel adapté, en location seulement.
42	Difficile d'accueillir plus d'une personne obèse car matériel restreint et charge en soins mobilisant du personnel, sauf si la personne est assez autonome pour se mobiliser seule. Nous avons accueillis plusieurs personnes avec IMC sup à 40 en même temps mais seule 1 était complètement dépendante.
44	Je vous souhaite la réussite pour votre thèse. Bien cordialement
46	Besoin de formation pour pouvoir avoir les bons gestes pour le résident mais aussi pour la prévention des TMS auprès des salariés pour l'accompagnement et le prendre soin des personnes à forte corpulence (beaucoup d'appréhension du personnel plus que de manque de matériel)

63	Il est évident que la prise en soins d'une personne qui sort de la "norme" sera plus compliquée car demande plus de temps, plus de personnel, plus de moyen? que la majorité des EHPAD n'ont pas. Nous accueillons des Résidents pesant 100 kg et malgré le matériel mis en place pour aider les équipes dans les transferts, c'est déjà compliqué. Je comprends que l'accueil d'une personne obèse fasse peur, mais ça ne devrait pas. Ce n'est pas humain. Mais devant un manque de moyens évidents, quelque fois, on ne peut que se résigner. C'est triste.
65	Le manque de formation des soignants pour les manutentions notamment (résident de 120/130kg accueillis et parfois difficile pour les équipes).
69	Au cours de mon expérience professionnelle j'ai été confrontée à un refus de prise en charge par un ophtalmo et un dentiste (des RDV pourtant pris en milieu hospitalier car elle était récusée en cabinet privé). Il s'agissait d'une résidente obèse (entre 100 et 120kg). Cette dame a dû se déplacer en ambulance allongée jusqu'au lieu de RDV à 50km et est rentrée à l'EHPAD sans que les examens et soins soient réalisés. Le message à son retour : La corpulence de la dame n'est pas adaptée pour les fauteuils d'examen (alors que les services avaient été prévenus en amont... il aurait été préférable de la refuser dès le départ, elle aurait été moins blessée), la dame était choquée ont lui aurait dit sur place "qu'elle était trop grosse" de façon assez méprisant (d'après elle). Nous n'avons jamais eu la possibilité de faire effectuer un suivi et des soins adaptés pour cette personne diabétique par la suite...
84	Refus car charge de travail trop lourde pour accepter en plus une personne en surpoids Gir 1
87	L'accompagnement spécifique des personnes obèses peut être difficile pour les équipes, entraînant un épuisement du soignant. Cela implique d'être 2 voir 3 pour les manutentions surtout dans le cadre d'une perte de mobilité. La plupart du matériel est conçu pour tenir un poids max de 150 kg. Il y a aussi un manque de formation et de connaissance je pense sur l'accompagnement des personnes obèses en structure.
91	non
92	Pose de rails en cours dans l'EHPAD qui devrait résoudre en partie le problème.
95	Aujourd'hui, si j'annonce aux équipes que nous accueillons un résident en situation d'obésité, nous aurions des freins importants à lever.
105	Actuellement, nous accueillons une résidente qui présente une obésité (134 kg avec un IMC à 47.20).
106	Je trouve que c'est un excellent sujet d'étude, qui va devenir très prégnant dans les années à venir. Merci.
107	possibilité de commander une ambulance avec brancard bariatrique
108	difficultés de la prise en soin en cas de chute , souvent appel des pompiers ce qui pose problème

NOM : CHABOT PRÉNOM : Alice

Titre de Thèse : État des lieux des possibilités d'accueil en EHPAD en Vendée des personnes âgées en situation d'obésité de classe 3 et pesant plus de 150 kilos.

RÉSUMÉ

Contexte : Les personnes en situation d'obésité ont des besoins particuliers, pour un accueil adapté et bien traitant dans les lieux de santé, dont les EHPAD font partie.

Objectif : Faire un état des lieux des possibilités d'accueil en EHPAD en Vendée des personnes âgées en situation d'obésité de classe 3 et pesant plus de 150 kilos.

Méthodes : Etude observationnelle descriptive explorant trois critères d'accueil : le matériel, les ressources humaines et l'accessibilité des logements des résidents et des parties communes des 137 EHPAD vendéens.

Résultats : 75 EHPAD vendéens nous ont répondu et ils sont 8 à remplir l'ensemble des critères, dès maintenant ou à court terme. Le frein principal pour les EHPAD répondants est le matériel bariatrique.

Conclusion : Les résultats de notre étude suggèrent qu'il faut renforcer la préparation des EHPAD à l'accueil potentiel de personnes en situation d'obésité de classe 3 et pesant plus de 150 kilos.

MOTS-CLÉS : obésité, sujet âgé, EHPAD, stigmatisation, accès aux soins