

Faculté de santé publique

Pourquoi observe-t-on augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé mises en place ?

Mémoire réalisé par
Chaimae El Khamlichi
Majda Haddad Ouriaghli

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Pourquoi observe-t-on augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé mises en place ?

Mémoire réalisé par
Chaimae El Khamlichi
Majda Haddad Ouriaghli

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

À l'issue de ce travail de mémoire, nous souhaitons exprimer notre gratitude et nos remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à sa réalisation et qui nous ont soutenues tout au long de ce parcours.

Nous tenons d'abord à remercier sincèrement notre promoteur, le professeur W. Hesbeen pour son encadrement précieux, ses conseils avisés et son soutien constant. Ses encouragements et ses critiques constructives ont été essentiels à l'aboutissement de ce travail.

Nous remercions également nos familles et nos maris pour leur amour, leur soutien inconditionnel et leur patience durant ces années d'études. Leurs encouragements constants ont été une source de motivation essentielle.

Nous n'oublions pas nos amies pour leur soutien moral. Leur présence et leurs discussions enrichissantes ont rendu cette période d'études plus agréable et stimulante.

Enfin, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à la réalisation de cette recherche. Leur contribution a été précieuse pour l'aboutissement de ce mémoire.

PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
PLAGIAT	5
TABLE DES MATIERES	6
RESUME	8
TABLE DES ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE	13
1) <i>L'obésité</i>	14
a. Définition et indicateurs	14
b. Un peu d'histoire	15
c. L'obésité en quelques chiffres.....	16
d. Conséquences	18
e. Stigmatisation et représentations sociales	20
f. Recommandations	21
2) <i>Politique de santé publique</i>	22
a. Définition	22
b. Au niveau mondial	23
c. Au niveau européen.....	23
d. Au niveau national	24
1. Rappel sur le système politique belge.....	24
2. Système de soins de santé belge	25
2.1 Compétences fédérales.....	25
2.2 Compétences communautaires.....	25
2.3 Compétences régionales.....	26
2.4 Compétences des provinces et des communes.....	27
e. Les politiques liées à l'obésité	27
3) <i>Autres initiatives</i>	30
4) <i>Question de recherche</i>	32
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	33
1) <i>Recherche bibliographique</i>	33
2) <i>Cadre de recherche</i>	34
3) <i>Stratégie d'échantillonnage</i>	34

4)	<i>Description de l'échantillon</i>	36
a.	Échantillon exploratoire	36
b.	Échantillon empirique	40
5)	<i>Entretiens</i>	41
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS		43
1)	<i>Analyse de résultats</i>	43
2)	<i>Analyse des entretiens exploratoires</i>	44
3)	<i>Analyse des entretiens empiriques</i>	58
CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS		69
1)	<i>Limites et biais</i>	69
2)	<i>Interprétation des résultats</i>	70
3)	<i>Réponse à la question de recherche</i>	82
4)	<i>Recommandations</i>	84
5)	<i>Perspectives de recherche</i>	88
CHAPITRE 5 : CONCLUSION		89
BIBLIOGRAPHIE		91
ANNEXES		100
<i>Annexe 1. Compétences de santé à Bruxelles</i>		101
<i>Annexe 2. 5 axes stratégiques du PFNS</i>		102
<i>Annexe 3. Formulaire d'information et de consentement remis aux participants</i>		103
<i>Annexe 4. Guide d'entretien pour entretien exploratoire</i>		105
<i>Annexe 5. Guide d'entretien pour entretien empirique</i>		107
<i>Annexe 6. Retranscription d'un entretien avec une personne atteinte d'obésité</i>		109
<i>Annexe 7. Retranscription de l'entretien avec le témoin privilégié.</i>		116

RESUME

Titre du mémoire : « Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ? »

Auteurs : El Khamlichi Chaimae, Haddad Ouriaghli Majda

Référence bibliographique : El Khamlichi C., Haddad Ouriaghli M. (2024). *Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ?* Université Catholique de Louvain.

Contenu : Notre projet de mémoire se concentre sur la croissance alarmante de l'obésité en Belgique, un phénomène préoccupant qui est désormais considéré comme une épidémie, voire une pandémie mondiale. Initialement perçu comme un problème des pays à revenu élevé, l'obésité augmente maintenant également dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, surtout en milieu urbain. La pandémie de Covid-19 a exacerbé cette situation en modifiant les habitudes de vie des Européens. En Belgique, malgré plusieurs initiatives pour lutter contre l'obésité, les dernières données de Sciensano (2018) indiquent que près de la moitié de la population (49,3%) est en surpoids, avec 15,9% considérés comme obèses, montrant une augmentation notable depuis 1997.

Méthode : Nous avons adopté une approche qualitative afin d'explorer les perceptions, attitudes et expériences des adultes belges concernant l'obésité et les politiques de santé publique associées. Nous avons interrogé des témoins privilégiés, notamment des professionnels de la santé et de la nutrition, pour obtenir une perspective approfondie et exploratoire sur l'obésité chez les adultes en Belgique. Parallèlement, nous avons mené des entretiens avec des personnes atteintes d'obésité pour obtenir une vision plus empirique et personnalisée de leur réalité quotidienne face à cette condition. Nous avons réalisé une analyse de contenu thématique afin de repérer, regrouper et examiner les différents thèmes abordés.

Résultats et discussion : Les résultats montrent des similitudes significatives entre les données exploratoires, empiriques et la littérature existante. Cependant, certains facteurs, comme le manque de ressources et de soutien, ont été soulignés exclusivement par les personnes atteintes d'obésité. Ces aspects n'ont pas été évoqués par les professionnels de la santé, révélant un écart entre la réalité vécue par les personnes obèses et la perception théorique des témoins. Cette observation met en lumière un aspect crucial à prendre en considération dans les futures politiques de santé publique et les initiatives visant à combattre l'obésité en Belgique.

Mots-clés : obésité chez les adultes, politique de santé, Belgique, santé publique, obesity.

TABLE DES ABREVIATIONS

6RE	6ème réforme de l'état
AMU	Aide médicale urgente
ASBL	Association sans but lucratif
BASO	Belgian association for the study of obesity
BMI	Body mass index
CERVA	Centre d'étude et de recherches vétérinaires et agrochimiques
COCOF	Commission communautaire française
COCOM	Commission communautaire commune
COVID	Coronavirus disease
CPAS	Centre public d'aide sociale
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EASO	L'European Association for the Study of Obesity
ECO	le Congrès européen sur l'obésité
FWB	Fédération Wallonie Bruxelles
GERM	Groupe d'étude pour une réforme de la médecine
HAS	Haute autorité de santé
HB	Hyperphagie boulimique
HIS	Health interview survey – enquête de santé
IMC	Indice de masse corporelle
INAMI	Institut national d'assurance maladie invalidité
ISP	Institut scientifique de santé publique
JEP	Jury d'éthique publicitaire
LRI	Loi sur la répartition des compétences
MNT	Maladie non-transmissible
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé

ONE	Office de la naissance et de l'enfance
ONU	Organisation des Nations Unies
OPB	Obesity Platform Belgium- Plateforme belge de l'obésité
PFNS	Plan Fédéral Nutrition Santé
PNNS-B	Plan National Nutrition Santé Belgique
PPAS	Plan de Promotion des Attitudes Saines sur les plans alimentaires et physiques pour les enfants et adolescents
PSE	Promotion de la santé à l'école
SISD	Services de Soins Intégrés à Domicile
UBA	United Brands Association
UE	Union Européenne
VGC	Vlaamse gemeenschapscommissie – commission communautaire flamande

INTRODUCTION

Le choix de traiter de l'obésité en Belgique dans notre mémoire découle d'une motivation profondément personnelle. En tant qu'étudiantes, nous avons été interpellées par l'impact croissant de l'obésité sur la santé de la population belge. Cette décision découle d'un réel désir de comprendre les causes profondes de cette situation et d'explorer des solutions concrètes. En nous investissant personnellement dans ce sujet, nous espérons contribuer, à notre échelle, à sensibiliser et à proposer des perspectives novatrices pour faire face à ce défi de santé publique.

En tant qu'infirmières engagées dans notre parcours de master en santé publique, notre choix de consacrer notre mémoire à l'augmentation de l'obésité en Belgique est le fruit d'une double perspective professionnelle et académique. Notre expérience sur le terrain a accentué notre prise de conscience quant à l'impact significatif de l'obésité sur la population belge. En poursuivant des études avancées, nous cherchons à fusionner nos compétences infirmières avec une compréhension approfondie des dynamiques socio-sanitaires liées à cette problématique spécifique en Belgique. En associant nos connaissances cliniques à une approche de santé publique, notre objectif est de contribuer à des stratégies préventives plus efficaces et à des interventions mieux adaptées. Cette approche témoigne de notre engagement commun envers l'avancement des soins infirmiers et la promotion de la santé publique en Belgique.

En qualité d'étudiantes en master en science de la santé publique, notre projet de mémoire se concentre sur un phénomène préoccupant en Belgique : la croissance alarmante de l'obésité. Elle n'est pas seulement un problème de santé publique mais peut être décrite comme une épidémie, voire une pandémie (Ogden et al., 2006). Ce projet vise à examiner les raisons derrière cette augmentation, en analysant leur implication pour la santé publique. L'objectif est d'étudier les tendances et les possibles causes de cette prévalence croissante.

Depuis quelques années, l'actualité regorge d'articles et de reportages portant sur la santé, notamment, la problématique de l'obésité. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2024), elle est définie comme une maladie chronique et multifactorielle et sa hausse accroît les risques de divers problèmes de santé tels que les cancers, les maladies cardiovasculaires, diabètes ... L'obésité a été qualifiée comme étant la première épidémie mondiale non virale. Plusieurs études et sondages s'accordent sur le fait que cette affection est en constante augmentation depuis plusieurs années (Ng, M. et al., 2014 ; Mathieu-Bolh, N., 2024 ; NCD-

RisC, 2017). De plus, selon l'OMS (2020), depuis 1975, le nombre de cas d'obésité a presque triplé à l'échelle planétaire. D'où l'importance cruciale de mener des actions de sensibilisation, de prévention, d'éducation et de dépistage systématique.

Alors qu'auparavant considéré comme un problème propre aux pays à revenu élevé, le surpoids et l'obésité connaissent aujourd'hui une forte augmentation dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, surtout en milieu urbain. La grande majorité des enfants en surpoids ou obèses résident dans les pays en développement, où le taux de progression de ces phénomènes dépasse de plus de 30 % celui des pays développés (OMS,2024).

D'autant plus que la pandémie de Covid-19 a eu un impact non négligeable sur la prévalence de l'obésité. En effet, la crise sanitaire a modifié les habitudes de vie de nombreux européens. Les différents confinements ont démocratisé le télétravail et engendré la création d'un environnement numérique obésogène, avec notamment la hausse de popularité des applications de livraison de repas. Les études montrent d'ailleurs une diminution de l'activité physique et une augmentation de la consommation d'aliments riches en graisses, en sucre et en sel (Roberfroid, A., 2022).

En Belgique, plusieurs initiatives ont été mises en place pour lutter contre l'obésité. Parmi celles-ci, nous pouvons mentionner le Plan National Nutrition et Santé Belgique (PNNS-B) et le Plan Fédéral Nutrition et Santé (PFNS), qui figurent parmi les principaux programmes au niveau fédéral. Des campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé, comme « Manger Bouger », ont également été lancées. De plus, des politiques sont déployées pour favoriser l'accès à une alimentation saine, notamment à travers le Belgian Pledge, un code régulant la publicité pour les aliments gras, sucrés et salés, ainsi que par l'introduction du système d'information nutritionnelle « Nutri-Score ». En 2016, le gouvernement belge a également signé une Convention Alimentation Équilibrée en collaboration avec la Fédération de l'industrie alimentaire belge (Fevia). Parallèlement, des associations se sont constituées pour représenter et soutenir les personnes touchées par l'obésité, tels que BASO et FIAN. Enfin, des institutions de santé publique tel que Sciensano s'engagent quotidiennement au service de la santé humaine et animale.

Cependant, selon les dernières données de Sciensano (2018), près de la moitié de la population belge (49,3%) est en surpoids (une hausse 8% depuis 1997), avec 15,9% considérés comme obèses (une augmentation de 5% depuis 1997). Sur base des données recueillies, force est de constater que malgré les mesures et programmes mis en place, l'obésité ne cesse de se répandre, une interrogation cruciale émerge donc : « ***Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité en Belgique malgré la mise en œuvre de politiques de santé publique ?*** ». Cette question deviendra l'axe central de notre réflexion, incitant à explorer les facteurs sous-jacents qui contribuent à maintenir cette prévalence de l'obésité malgré les initiatives en place pour promouvoir la santé publique.

Pour y répondre, ce mémoire se déclinera en quatre parties. La première partie sera dédiée à la recherche théorique où seront définis les concepts primordiaux à la bonne compréhension de la problématique. La deuxième partie exposera la méthodologie utilisée afin de mener la recherche empirique et exploratoire. La troisième partie de ce travail abordera d'abord, le point de vue des témoins privilégiés, des professionnels qui, en raison de leur expertise, constituent une source d'informations précieuse. Ensuite, nous examinerons le point de vue des individus directement touchés par la problématique, afin d'acquérir une compréhensionémique, qui émane de l'intérieur du groupe social. Ce travail se conclura par une discussion approfondie, qui inclura l'analyse des résultats obtenus dans la partie précédente. Cette discussion mettra en évidence les recommandations, les pistes de développement, ainsi que les réflexions suscitées par les résultats. De plus, elle soulignera les éventuels points d'amélioration.

CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE

Ce premier chapitre établit les bases conceptuelles et contextuelles nécessaires à la compréhension de la problématique de l'obésité et des politiques de santé publique qui y sont liées. Nous avons sélectionné certains concepts que nous considérons comme les plus pertinents pour approfondir cette question, sans chercher à être exhaustives.

Tout d'abord, nous abordons l'obésité sous plusieurs angles, allant de sa définition et de ses indicateurs à ses conséquences sanitaires et sociales, tout en contextualisant son évolution historique. Nous insistons également sur les enjeux de stigmatisation et de représentations sociales associés. Ensuite, nous examinons la politique de santé publique, en mettant en lumière

des politiques mondiales, européennes et nationales, avec un accent particulier sur le paysage belge et ses systèmes politiques et de soins de santé.

1) L'OBÉSITÉ

a. DÉFINITION ET INDICATEURS

Il est essentiel de développer le concept de l'obésité sous ses différents aspects afin de fournir les bases solides pour notre travail et notre analyse. Selon l'OMS (2024), l'obésité se définit par une accumulation excessive de masse grasseuse à la suite d'un déséquilibre entre la quantité de calories absorbées et la dépense d'énergie, qui représente un risque pour la santé. Elle est reconnue comme maladie chronique depuis 1997. Il existe des formes d'obésité purement biologiques, généralement génétiques, et des formes purement comportementales. En effet, la génétique intervient comme facteur de susceptibilité. Certains gènes prédisposeraient certains individus à une meilleure efficacité métabolique, à une capacité de stockage particulière en cas d'excès d'apport, ou encore, certains individus peuvent se voir être plus susceptibles aux effets de la sédentarité que d'autres (Basdevant, A., 2006). Les causes de l'obésité chez les adultes sont donc multifactorielles, impliquant des facteurs génétiques, environnementaux, comportementaux et métaboliques. La surconsommation alimentaire, en particulier d'aliments riches en calories et pauvres en nutriments, ainsi que la sédentarité, contribuent souvent à la prise de poids.

L'OMS classe l'obésité selon le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). Celui-ci permet de classer les différents stades d'obésité, qui sont au nombre de trois. Il est obtenu en divisant le poids (en kilogramme) par la taille (en mètre²).

- Obésité de classe I : modérée (IMC = 30-34.9)
- Obésité de classe II : sévère (IMC = 35-39.9)
- Obésité de classe III : morbide (IMC = ≥ 40)

En plus de la méthode traditionnelle telle que l'utilisation de la taille et du poids pour estimer la corpulence, comme le calcul de l'IMC, il existe des approches plus sophistiquées et élaborées telles que les techniques anthropométriques ou encore l'impédancemétrie bioélectrique. Bien que le calcul de l'IMC bénéficie d'une facilité d'obtention de données pour les individus, ce qui

en fait un outil pratique dans divers domaines d'étude de la corpulence, il présente néanmoins des limites et des risques à prendre en compte malgré son utilisation répandue. En effet, l'IMC se base exclusivement sur le poids et la taille, sans intégrer le facteur du sexe masculin ou féminin qui pourrait influencer significativement la composition du corps. De plus, il ne fait pas la distinction entre les différents types de masses, telles que la masse musculaire, la masse osseuse et la masse grasse, ce qui rend impossible de différencier une personne avec une forte musculature ou un squelette lourd d'une autre personne présentant un excès de graisse corporelle. En outre, l'IMC ne tient pas compte de l'historique du poids, ce qui pose problème dans certains cas particuliers, comme celui des femmes enceintes, dont la surcharge pondérale peut être temporaire (De Saint Pol, T., 2007).

L'OMS a opté pour la simplicité des normes dans le choix de ses seuils, ce qui, bien que compréhensible, comporte des limites. Par exemple, ces seuils ne prennent pas en compte l'âge, alors que l'IMC augmente chez les adultes jusqu'à 50 ans environ. Certaines recherches ont étudié l'évolution de l'IMC au cours de la vie et les résultats de ces enquêtes concordent : chez les hommes comme chez les femmes, l'IMC augmente progressivement de 20 à 60-65 ans avant de diminuer lentement après cet âge (Rolland-Cachera et al. 1991). De plus, ils ne tiennent pas compte des différences ethniques ou nationales, étant basés sur des populations nord-américaines et européennes, ce qui pose des problèmes lorsqu'ils sont appliqués dans d'autres régions du monde. En résumé, l'utilisation de cet outil nécessite de reconnaître son origine et surtout ses limites.

b. UN PEU D'HISTOIRE

La perception sociale du poids corporel a considérablement évolué au fil des siècles, passant d'une valorisation de l'abondance et de la santé au Moyen Âge à une stigmatisation de la lourdeur et de la paresse à la Renaissance. Cette évolution est explorée par Georges Vigarello (2010) dans son ouvrage « Les métamorphoses du gras : Histoire de l'obésité ». Au Moyen Âge, le « gros », surnommé « le glouton médiéval », était associé à la prospérité et à la vitalité. Cependant, avec l'avènement de la Renaissance, cette image a changé, le « gros » étant désormais perçu comme un signe d'inactivité. Cette tendance s'est poursuivie à l'époque des Lumières, où le terme médical « obésité » est apparu pour la première fois dans le dictionnaire de Furetière en 1701, défini comme un excès de graisse ou de chair chez une personne.

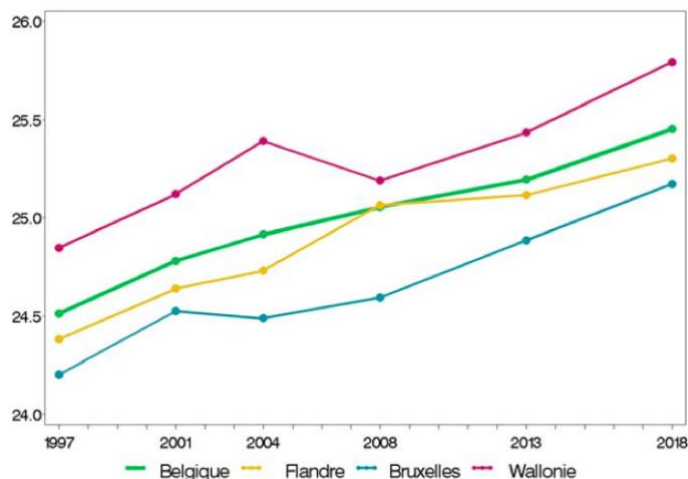
L'émergence et l'adoption du terme « obésité » reflètent un changement de perception de la corpulence, laquelle est désormais associée à une forme d'infirmité. Au XVIII^e siècle, le « ventre bourgeois » était perçu comme un symbole de prestige et de respectabilité parmi les classes aisées. Cependant, dans les années 1920, un nouveau modèle de beauté féminine émerge, mettant en avant un corps mince et athlétique, tandis que l'obésité est désormais connotée de manière négative, symbolisant l'anormalité et le monstrueux (El Khamlichi, C., Teziti, H., 2020).

Il est donc pertinent de noter que l'évolution de la perception de l'obésité est principalement influencée par des facteurs socio-économiques qui varient au fil du temps. Actuellement, les individus en situation d'obésité occupent les échelons inférieurs de la hiérarchie sociale, une position qui est associée à une augmentation de la morbidité et à une mortalité prématurée comparativement à ceux qui se situent plus haut dans cette hiérarchie.

c. L'OBÉSITÉ EN QUELQUES CHIFFRES

L'obésité est devenue un problème de santé mondial majeur, enregistrant une augmentation significative au fil des années. Selon l'OMS (2024), les chiffres sont alarmants, l'obésité chez les adultes a plus que doublé à l'échelle mondiale depuis 1990. En 2022 une personne sur huit dans le monde était obèse et 2,5 milliards d'adultes (18 ans et plus) étaient en surpoids, sur ce total 890 millions étaient obèses. Ces statistiques soulignent l'ampleur croissante de ce problème de santé publique à l'échelle mondiale. L'obésité n'est plus confinée à certaines régions du monde, mais touche désormais des populations dans tous les pays, indépendamment du niveau de développement économique.

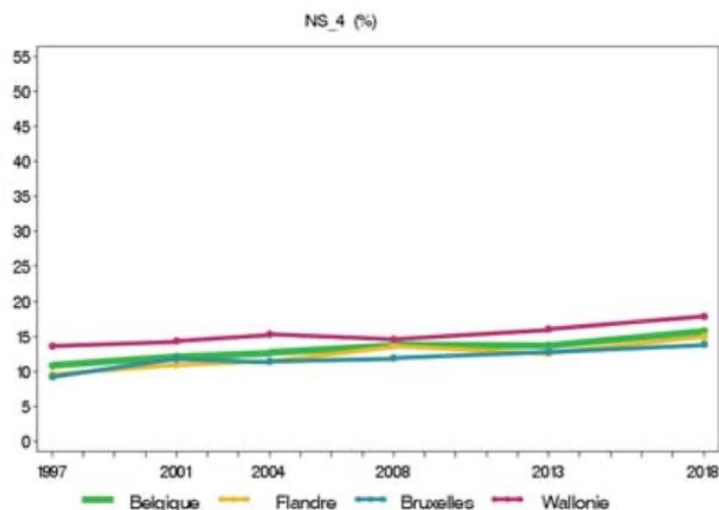
En Belgique, la prévalence de l'obésité est également préoccupante. Selon les données de l'OMS et de Sciensano, l'institut belge de santé publique, l'obésité est en augmentation dans le pays. Environ 60% des adultes belges sont concernés par l'obésité ou le surpoids. De plus, la tendance à l'obésité chez les enfants et les adolescents est également en hausse, avec environ 1 enfant sur 5 en surpoids ou obèse. Ces chiffres soulignent la nécessité pour la Belgique de mettre en œuvre des politiques de santé publique efficaces pour lutter contre l'obésité et promouvoir des modes de vie sains dans la population.



*L'IMC moyen au sein des 18ans et +, par année et par région,
Enquête de santé, Belgique 2018*

Depuis la première enquête de santé en 1997, une augmentation linéaire et significative de l'IMC moyen de la population adulte en Belgique a été observée. En 2018, la moyenne de l'IMC des individus âgés de 18 ans et plus en Belgique s'établit à 25,5, dépassant ainsi la limite inférieure du surpoids fixée à 25,0. En moyenne, les Belges présentent donc un excès de poids.

Selon l'enquête de santé nationale belge de 2013, une majorité d'adultes avaient un IMC correspondant à la catégorie de corpulence normale (48,9%), dépassant légèrement ceux ayant un IMC de 25,0 ou plus, indiquant une corpulence « trop lourde » (48,1%). Cependant, en 2018, cette tendance a changé. Nous constatons désormais que 47,9% de la population adulte a un IMC correspondant à un poids santé (18,5-24,9), tandis que 49,3% sont en surpoids, dont 15,9% sont obèses (IMC de 30,0 ou plus) (HIS, 2018).



Pourcentage de la population d'obésité (BMI ≥ 30), par année et par région sur base de l'enquête de santé belge de 2018.

Ce tableau ci-dessous met en évidence qu'une tendance linéaire et significative à la hausse de la prévalence du surpoids et de l'obésité est observée depuis la première enquête de santé en 1997.

	1997	2001	2004	2008	2013	2018
Population de 18 ans et plus ...						
• Indice de masse corporelle (IMC) moyen	24,5	24,8	24,9	25,1	25,2	25,5
• % en surpoids (BMI $\geq$ 25,0)	41,3	44,5	44,1	46,9	48,1	49,3
• % en obésité (BMI $\geq$ 30,0)	10,8	12,1	12,7	13,8	13,7	15,9
• % en carence pondérale (BMI $<$ 18,5)	3,7	3,5	3,4	3,1	3,0	2,9
Jeunes de 2 à 17 ans ...						
• % en surpoids	13,6	16,2	16,2	17,3	18,2	19,0
• % en obésité	4,5	4,9	5,3	4,7	6,3	5,8

Évolution de l'état nutritionnel en Belgique 1997-2018, Enquête de santé, 1997, 2001, 2004, 2008, 2013, 2018

En examinant la répartition du poids corporel entre hommes et femmes, il est pertinent de remarquer certaines différences. En effet, selon les données disponibles, 55,3% des hommes sont en surpoids, tandis que ce chiffre est légèrement moins élevé chez les femmes, avec 43,4%. Cette variation est assez significative. En ce qui concerne l'obésité, bien que le pourcentage soit plus élevé chez les hommes (16,7%) que chez les femmes (15,0%), mais cette différence ne présente pas de signification statistique (HIS, 2018).

Il est également intéressant de noter que le niveau d'éducation est étroitement lié à la prévalence du surpoids et de l'obésité. Les personnes les plus diplômées présentent des taux plus bas de surpoids et d'obésité. Par exemple, chez les diplômées de l'enseignement supérieur, la prévalence du surpoids est de 42,0%, tandis qu'elle est de 53,6% chez celles ayant un diplôme du secondaire supérieur, et encore plus élevée chez les personnes avec des diplômes moins élevés, atteignant 61,8% chez celles avec un diplôme de l'enseignement primaire ou sans diplôme. Cette tendance est similaire pour l'obésité, avec des taux plus bas chez les personnes les plus éduquées (12,2%) par rapport à celles avec des niveaux d'éducation moins élevés (17,4% pour les diplômées du secondaire supérieur, 22,5% pour celles du secondaire inférieur et 21,8% pour celles avec un diplôme de l'enseignement primaire ou sans diplôme) (HIS, 2018).

d. CONSÉQUENCES

Les conséquences de l'obésité sont vastes et touchent différents domaines qui sont les suivants :

- Santé physique : augmentation du risque des maladies chroniques (diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, certains cancers, des problèmes articulaires, ou encore des troubles respiratoires). L'obésité peut également conduire à des complications tels que l'hypertension, les troubles du métabolisme, les maladies du foie, et les troubles de sommeil (Basdevant, A., et al., 2006). De plus, l'obésité est perçue comme un facteur de risque de mortalité, principalement en raison des complications qui lui sont liées (HIS, 2018).
- Psychologiques et sociaux : les personnes obèses peuvent être sujettes à la stigmatisation et à la discrimination. Ces préjugés persistants, parfois inconscients, renforcent le sentiment d'exclusion et d'isolement. Cette stigmatisation repose sur des préjugés collectifs qui supposent que les personnes en surpoids ou obèses sont moins intelligentes, manquent de volonté et sont incapables de se maîtriser. En plus de cet impact sur leur bien-être psychologique, la maladie peut limiter les activités quotidiennes, réduire la qualité de vie et influencer négativement l'estime de soi. En effet, il a été démontré que les personnes souffrant d'obésité ont souvent une qualité de vie médiocre (Swedish Council on Health Technology Assessment, 2005 ; Klein, S. et al., 2002). De plus, l'hyperphagie boulimique (HB) est une problématique fréquemment observée chez les patients obèses, représentant le trouble alimentaire le plus courant parmi eux. Les individus affectés par ce trouble connaissent des épisodes de suralimentation, mais contrairement aux personnes atteintes de boulimie, ils ne présentent pas de comportements compensatoires visant à éviter une prise de poids (Carrard, I. et al., 2005).
- Économiques : d'une part, les dépenses de santé liées à l'obésité et à ses complications sont significatives, augmentant la charge sur les systèmes de santé. Sciensano notifie que la consommation médicale des personnes souffrant d'obésité est de 27% plus élevée que celles des personnes ayant un poids normal. Et qu'en 2000, le coût médical des principales pathologies associées à l'obésité s'élevait à 600 millions d'euros, soit 6% du budget de l'assurance soins de santé et indemnités (INAMI). D'autre part, l'obésité entraîne une hausse significative des arrêts de travail et des cas d'invalidité. En Belgique, une corrélation a été observée entre IMC et une augmentation de l'absentéisme ainsi que des accidents du travail. Les employés avec un IMC supérieur à 40 présentent un taux d'accidents 54 % plus élevé que ceux ayant un IMC normal. De même, leur taux d'absentéisme est supérieur de 58 % (Hoffman, A. 2006). De plus, une étude menée en 2022, publiée dans le journal BMC

Public Health, sur les coûts des soins de santé et les coûts de perte de productivité liés au surpoids en Belgique, a conclu que le coût supplémentaire annuel moyen du surpoids en Belgique est préoccupant et souligne la nécessité de mesures politiques visant à réduire le surpoids. Cette étude peut être utilisée comme référence pour évaluer les économies potentielles et les avantages pour la santé des interventions de prévention de l'obésité (V. Gorasso, 2022).

En somme, l'obésité, qui est profondément enraciné dans les structures environnementales, culturelles et économiques de la société, représente un défi complexe pour la santé publique. Elle soulève des questions sur le droit à la santé et la manière dont les sociétés devraient structurer leurs systèmes de santé pour traiter équitablement tous les citoyens. Aborder cette problématique nécessite une approche multidimensionnelle et multi-sectorielle, impliquant à la fois la santé publique, les politiques sociales et économiques, ainsi que des changements dans les comportements individuels et les environnements sociaux.

e. STIGMATISATION ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES

La stigmatisation liée à l'obésité est un phénomène social complexe entraînant des répercussions significatives sur la santé mentale et physique des personnes concernées. Intégrer ce concept dans notre travail est pertinent car il permet d'examiner les préjugés et discriminations que subissent les individus obèses, offrant ainsi une compréhension approfondie des défis psychologiques et sociaux auxquels ils font face au quotidien.

La stigmatisation en lien avec l'obésité se réfère à un ensemble de préjugés, de discriminations, de jugements négatifs et de comportements hostiles dirigés envers les individus en raison de leur poids corporel excessif. Cette stigmatisation est souvent basée sur des stéréotypes sociaux et des perceptions négatives associées à l'obésité. Elle peut se manifester à plusieurs niveaux, y compris dans les interactions interpersonnelles, les médias, le milieu professionnel, le secteur de la santé et d'autres sphères de la société. Les individus obèses peuvent être confrontés à des préjugés basés sur des stéréotypes qui les décrivent comme paresseux, manquant de maîtrise de soi, ou même socialement indésirables (Mou, J., 2018).

Cette stigmatisation est souvent alimentée par des normes sociales et esthétiques qui favorisent les corps minces. Les médias, la publicité et la culture populaire peuvent renforcer ces normes,

contribuant ainsi à la stigmatisation. Les croyances erronées sur les causes de l'obésité, telle que l'idée simpliste que l'obésité est toujours le résultat d'un manque de discipline personnelle, peuvent également renforcer les attitudes stigmatisantes (Puhl, R., 2009). Elle peut entraîner des conséquences graves sur la santé mentale et physique des personnes concernées. Elle peut entraîner des sentiments de honte, de faible estime de soi, d'anxiété et de dépression. C'est comme si le regard social renvoyait aux personnes atteintes d'obésité une image négative d'elles-mêmes. De plus, la stigmatisation peut décourager certaines personnes de rechercher des soins médicaux appropriés, contribuant ainsi à des problèmes de santé non traités. La honte et la culpabilité internalisées peuvent également affecter le bien-être psychologique et la qualité de vie. La stigmatisation peut dissuader les personnes souffrant d'obésité de participer à des activités physiques ou de chercher des soins médicaux par peur de jugement, ce qui peut aggraver les problèmes de santé. De plus, les professionnels de santé peuvent parfois manifester des préjugés implicites ou explicites, affectant la qualité des soins prodigués (Martin Gomez, Z.& P. Saraiva, 2023).

La stigmatisation de l'obésité peut également engendrer des comportements alimentaires néfastes, notamment des régimes restrictifs, qui souvent déclenchent le phénomène yoyo et peuvent conduire à des troubles alimentaires. Cette préoccupation majeure concernant ces régimes réside dans leur impact psychologique négatif et le risque d'aggraver les troubles du comportement alimentaire. Parmi ces troubles courants chez les personnes en surpoids et obèses, on trouve le trouble de l'alimentation compulsive, également connu sous le nom d'hyperphagie boulimique (HB), qui a été intégré dans la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Ce trouble se caractérise par des épisodes de consommation alimentaire excessive et rapide, souvent associés à une perte de contrôle et à des sentiments de culpabilité, entraînant une détresse significative (Carrard, I. et al., 2005 ; Amati, F., Golay, A., 2005).

f. RECOMMANDATIONS

L'OMS recommande plusieurs mesures à différents niveaux et à différents acteurs pour lutter contre le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles qui en découlent. Selon l'OMS (2024), bien que ces conditions soient souvent considérées comme des problèmes individuels, elles sont en réalité profondément enracinées dans la société et peuvent toucher tout le monde.

À titre individuel, des mesures préventives peuvent être prises à chaque étape de la vie, de la période pré-conceptionnelle aux premières années d'existence, notamment en surveillant attentivement le gain de poids pendant la grossesse, en encourageant l'allaitement maternel exclusif et en promouvant des habitudes alimentaires saines et une activité physique régulière chez les enfants.

De plus, l'OMS recommande vivement aux professionnels de la santé d'adopter des mesures préventives et de prises en charge efficaces, tels que la mesure régulière du poids et de la taille des individus, la promotion d'une alimentation saine et d'un mode de vie actif, et la fourniture de services complets de prévention et de prise en charge de l'obésité. Ces directives sont cruciales pour la promotion de la santé publique et la prévention des problèmes de santé liés à l'alimentation et au mode de vie.

En outre, pour lutter contre la montée de l'obésité, des mesures multisectorielles sont nécessaires, abordant divers aspects tels que la production, la commercialisation et le coût des aliments, ainsi que des facteurs de santé plus larges comme l'aménagement urbain et la réduction de la pauvreté. Parmi ces politiques et mesures, on trouve des interventions structurelles, fiscales et réglementaires visant à favoriser des environnements alimentaires sains, rendant les choix alimentaires sains plus accessibles et attrayants.

Enfin, l'industrie agroalimentaire peut jouer un rôle significatif en promouvant une alimentation saine en réduisant la quantité de matières grasses, de sucre et de sel dans les aliments transformés, en assurant l'accessibilité de produits sains et nutritifs à un prix abordable, en restreignant la commercialisation d'aliments riches en matières grasses, en sucre et en sel, et en encourageant des pratiques saines sur le lieu de travail. En adoptant ces mesures recommandées par l'OMS, les professionnels de la santé, les décideurs politiques et l'industrie agroalimentaire contribuent à réduire les risques de maladies chroniques et à améliorer la santé globale de la population (OMS, 2024).

2) POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

a. DÉFINITION

La politique de santé publique est un ensemble de décisions, de plans et d'actions entrepris par les gouvernements et les institutions de santé pour atteindre des objectifs spécifiques de santé

au sein d'une société. Elle implique l'élaboration de stratégies et de programmes qui visent à promouvoir et à protéger la santé de la population. La politique de santé publique peut comprendre diverses initiatives, telles que la prévention des maladies, la promotion de modes de vie sains, l'assurance de l'accès à des soins de santé de qualité et abordables, et la mise en place de réglementations et de lois pour protéger la santé publique (D'Hoore W., 2020).

En somme, la politique de santé publique est un effort coordonné pour améliorer la santé et le bien-être de la population dans son ensemble. Elle nécessite une approche multidisciplinaire qui tient compte des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé.

b. AU NIVEAU MONDIAL

À la septantième session de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015, tous les pays ont adopté la résolution « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ». Ce programme reconnaît que les maladies non transmissibles (MNT), incluant l'obésité, sont un obstacle majeur au développement durable. Dans ce programme, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à mener une action nationale ambitieuse d'ici à 2030 pour réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, la mortalité prématurée due à des MNT (OMS,2023).

De plus, lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2022, les États membres ont adopté le plan d'accélération de l'OMS pour mettre fin à l'obésité, qui soutient l'action des pays jusqu'en 2030. À ce jour, 31 gouvernements montrent la voie à suivre pour enrayer l'épidémie d'obésité en mettant en œuvre le plan. Parmi les moyens mis en œuvre, on peut citer des interventions fondamentales telles que la promotion de l'allaitement maternel et la réglementation sur la commercialisation nocive des aliments et des boissons auprès des enfants (ONU, 2024).

Par ailleurs, sous le titre « Une population plus active pour un monde en meilleure santé », le Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 prévoit des mesures gouvernementales efficaces et faisables pour accroître l'activité physique partout dans le monde contribuant ainsi diminuer l'obésité (OMS,2019).

c. AU NIVEAU EUROPÉEN

L'European Association for the Study of Obesity (EASO) est une association au niveau européen dédiée à l'amélioration des résultats en matière de santé liés à l'obésité. Sa mission comprend la responsabilisation, la défense et l'éducation de ses membres dans les domaines de la recherche, de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la gestion de l'obésité chronique. En identifiant et en résolvant les défis de l'obésité grâce à une collaboration interdisciplinaire et une solide base scientifique, l'EASO s'efforce de créer un impact significatif sur la santé publique. Fondée en 1986, l'EASO regroupe 36 pays à travers l'Europe, dont la Belgique, et maintient des relations officielles avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. En tant que voix des professionnels européens de l'obésité, elle représente une communauté diversifiée de plus de 20 000 scientifiques, praticiens de la santé, médecins, experts en santé publique, chercheurs et étudiants. Cette diversité permet à l'EASO de promouvoir des actions collaboratives dans les domaines de la recherche, de l'éducation et de la politique, tout en respectant des valeurs telles que l'inclusivité, l'intégrité, l'équité et la diversité. En organisant chaque année le Congrès européen sur l'obésité (ECO), l'EASO facilite la diffusion des connaissances et encourage le dialogue entre les professionnels de santé. Grâce à ses initiatives et à son engagement continu, l'EASO demeure un acteur essentiel dans la lutte contre l'épidémie d'obésité, renforçant ainsi les capacités des systèmes de santé à travers l'Europe (EASO, 2023).

d. AU NIVEAU NATIONAL

1. RAPPEL SUR LE SYSTÈME POLITIQUE BELGE

L'organisation politique belge est un exemple de fédéralisme complexe, c'est un État fédéral où les pouvoirs se répartissent sur six niveaux différents : communal, provincial, communautaire, régional, fédéral et européen.

Au niveau national, l'État fédéral belge détient des compétences spécifiques, telles que la défense nationale, les affaires étrangères et la justice. Cependant, une grande partie du pouvoir est décentralisée vers les entités fédérées : les communautés et les régions.

Les communautés, au nombre de trois, représentent les différentes identités linguistiques du pays : flamande, francophone et germanophone. Elles sont responsables de domaines tels que l'éducation, la culture et les services sociaux. Les régions, également au nombre de trois, comprennent la Flandre, la Wallonie et Bruxelles-Capitale. Elles ont des compétences étendues dans des domaines tels que l'aménagement du territoire, l'économie et l'environnement. Et en

dessous de ces niveaux se trouvent les provinces, au nombre de dix, qui agissent en tant qu'entités intermédiaires entre les régions et les communes. Les provinces ont des responsabilités limitées mais importantes dans des domaines comme la culture, le sport et la mobilité. Enfin, les communes, au nombre de 589, sont les entités de base de l'administration locale. Elles s'occupent de questions tels que l'urbanisme, les services publics locaux et la sécurité (Lorant V.,2023).

2. SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ BELGE

Le système de soins santé belge est un système bismarckien qui repose sur le système d'assurance-maladie, sans discrimination de risque. Il offre aux patients et aux médecins une liberté thérapeutique et de choix. Son financement provient principalement de cotisations sociales (Lorant V.,2023).

2.1 COMPÉTENCES FÉDÉRALES

Les compétences fédérales incluent un large éventail de domaines, notamment la sécurité sociale, qui englobe l'INAMI. Dans le cadre de cette compétence, le gouvernement fédéral établit les prestations couvertes par l'assurance maladie-invalidité, ainsi que les règles de base de la législation organique et les normes de programmation. Il est également responsable du financement des soins de santé et des institutions médicales, y compris les hôpitaux, tant pour leur exploitation que pour les mesures prophylactiques nationales telles que les vaccinations obligatoires, les mesures de quarantaine et l'aide médicale urgente. Le gouvernement fédéral intervient également dans la gestion des crises et des pandémies, ainsi que dans la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il supervise également la politique scientifique sanitaire par le biais de l'organisme Sciensano et réglemente les denrées alimentaires. Enfin, il définit le contingentement et les conditions d'agrément pour les professionnels de la santé (Lorant V.,2023).

2.2 COMPÉTENCES COMMUNAUTAIRES

Les trois communautés belges ont des compétences dans les domaines personnalisables et la formation, établies par la Loi sur la Répartition des compétences (LRI) de 1980. La 6ème Réforme de l'État (6RE) en 2011, ainsi que l'accord de la Sainte-Émilie en 2013, ont modifié ces compétences. Suite à ces réformes, la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) a transféré certaines compétences en matière de santé aux régions (Wallonie et Bruxelles-Capitale).

Cependant, la FWB conserve des responsabilités telles que la protection sanitaire de la mère et de l'enfant, la promotion de la santé à l'école, l'agrément des hôpitaux universitaires, le contrôle sportif, la médecine préventive (dépistage du cancer, campagnes de vaccination, etc.), le sous-quota du contingentement et l'agrément des professionnels de la santé.

Pour Bruxelles c'est plus complexe, les compétences sont partagées car deux communautés se chevauchent (FWB et VGC). Il existe donc trois entités à qui sont déléguées les compétences : la Commission communautaire commune (COCOM), la Commission communautaire française (CoCoF), et la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) pour la Communauté flamande. La FWB n'a compétence qu'en matière d'enseignement et de l'Office National de l'Enfance (ONE), y compris les Promotions de la Santé à l'Ecole (PSE). La CoCom est compétente pour les institutions bicommunautaires ou les résidents, tandis que la CoCoF organise les institutions mono-communautaires à Bruxelles. La CoCof a également repris les compétences en promotion de la santé de la FWB (Lorant V.,2023). (Annexe 1)

2.3 COMPÉTENCES RÉGIONALES

Les compétences régionales en matière de santé en Belgique ont connu une évolution significative au fil du temps, passant d'un rôle secondaire à un rôle croissant, en grande partie grâce aux accords politiques tels que l'accord de la Saint-Quentin en 1992, la 6RE de 2011 et l'accord de la Sainte-Émilie en 2013. La législation organique a accordé aux régions le pouvoir de fixer des normes d'agrément dans le domaine de la santé, bien que la programmation et les normes de financement restent sous le contrôle du gouvernement fédéral et de la Cour des Comptes. Les régions ont également des compétences dans le financement des hôpitaux, notamment pour l'infrastructure et l'équipement médical lourd. En ce qui concerne la santé mentale, les régions sont responsables des soins prodigués dans les établissements hospitaliers autres que les hôpitaux, ainsi que du développement de plateformes de santé mentale et d'autres initiatives telles que les maisons de soins psychiatriques. De plus, elles jouent un rôle dans la gestion des soins aux personnes âgées et des soins de longue durée, y compris la réadaptation et la rééducation fonctionnelle. Les régions sont également impliquées dans l'organisation des soins de santé de première ligne, avec des programmes tels que les Programmes Impulso et la coordination des soins à domicile à travers les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD). Elles ont également des compétences en matière de promotion de la santé et de médecine

préventive. La 6ème réforme de l'État a introduit différents modèles de gestion régionale, avec un modèle paritaire en Région wallonne, un mélange de gestion paritaire et d'administration publique à Bruxelles, et des organismes dédiés tels que le Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en Flandre (Lorant V.,2023).

2.4 COMPÉTENCES DES PROVINCES ET DES COMMUNES

Au niveau des provinces, chacune des 10 provinces exerce un pouvoir organisateur dans la médecine préventive. Elles sont également actives dans le programme de dépistage du cancer du sein et jouent un rôle crucial dans la gestion des Observatoires de la Santé, contribuant ainsi à la surveillance et à l'amélioration de la santé publique. De plus, les provinces ont un rôle significatif dans la gestion des pandémies, mettant en place des mesures de prévention et de réponse pour protéger la population.

Enfin, quant aux communes, elles exercent leurs compétences en matière de santé principalement par le biais des Centres Publics d'Action Sociale (CPAS). Les CPAS sont chargés de l'exécution de l'aide Médicale Urgente (AMU) et des réquisitoires nécessaires dans ce domaine. De plus, les communes ont un pouvoir organisateur dans la gestion d'éventuels hôpitaux locaux et jouent également un rôle actif dans la gestion des pandémies au niveau local, en coordination avec les autorités provinciales et nationales (Lorant V.,2023).

e. LES POLITIQUES LIÉES À L'OBÉSITÉ

Les politiques belges en matière d'obésité ont évolué au fil des années pour faire face à la prévalence croissante de cette condition au sein de la population. Le gouvernement belge a mis en œuvre diverses initiatives visant à prévenir et à gérer l'obésité, en mettant l'accent sur des approches multidisciplinaires. Les politiques actuelles intègrent des programmes de promotion de la santé, encourageant des modes de vie actifs et des choix alimentaires équilibrés. Des efforts ont été déployés pour sensibiliser le public aux risques de l'obésité et promouvoir des comportements sains dès le plus jeune âge, notamment à travers des campagnes éducatives dans les écoles. De plus, la Belgique a adopté des réglementations pour améliorer la qualité nutritionnelle des aliments, avec un accent particulier sur la limitation de la publicité pour les produits alimentaires riches en calories et en sucres. Malgré ces initiatives, l'augmentation persistante de l'obésité suggère la nécessité d'une évaluation continue et d'ajustements dans les

stratégies existantes, mettant l'accent sur des approches holistiques et inclusives pour répondre efficacement à ce défi de santé publique (Sciensano ,2020).

En Belgique, plusieurs initiatives ont été mises en place pour lutter contre l'obésité. Parmi ceux-ci, nous pouvons trouver le PNNS-B, lancé en 2004, à l'initiative du ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique fédéral. Le PNNS-B vise à augmenter le niveau de santé de la population belge en proposant une alimentation plus équilibrée et une meilleure balance entre les apports et les dépenses d'énergie. Ce plan comprend des campagnes de sensibilisation, des recommandations nutritionnelles et des programmes de promotion de l'activité physique. En 2011, une évaluation du PNNS-B a révélé que son efficacité était entravée par plusieurs facteurs. Les déterminants de la nutrition et de l'activité physique dépassent largement le cadre de compétence fédéral, ce qui rend difficile la mise en œuvre du PNNS-B. De plus, celui-ci souffre d'une identité politique floue : bien qu'il incarne des valeurs et des orientations nationales, son application pratique manque souvent de soutien législatif. Bien qu'il soit un sujet d'intérêt politique, il semble ne pas être pleinement intégré à un projet sociétal plus vaste (Absil, G., et al., 2011). S'inscrit dans la continuité du PNNS-B, le PFNS, lancé en 2016. Ce plan vise à mettre en œuvre une politique fédérale de promotion des habitudes alimentaires et des modes de vie sains, dans le but de réduire de façon significative l'incidence des maladies liées à une mauvaise alimentation et à la sédentarité. Le PFNS tend à mettre en œuvre une politique fédérale de promotion des habitudes alimentaires et modes de vie sains, en vue de réduire de façon significative l'incidence des maladies liées à une mauvaise alimentation et à la sédentarité qui impactent lourdement qualité de vie et budgets de santé. Ce plan vise l'implémentation des stratégies de l'OMS et de la Commission européenne dans les domaines de la nutrition et de la santé en Belgique. Pour ce faire, le PFNS s'articule sur 5 axes stratégiques (cf. annexe 2), renforcés par le biais d'actions concrètes à tous les niveaux de pouvoir (fédéral, communautaire, régional et communal).

Parmi les initiatives liées aux campagnes de sensibilisation et d'éducation, nous retrouvons la plateforme « Manger bouger », qui a été créée en 2006 dans le cadre de la note politique de promotion des attitudes saines sur le plan alimentaire et physique (PPAS) pour les enfants et adolescents en FWB.

Ces dernières années, le secteur alimentaire belge s'est engagé à pratiquer un marketing responsable par le biais de deux initiatives d'autorégulation. D'une part, depuis 2005, le Code de publicité prescrit des principes qui sont une publicité loyale, véridique et socialement responsable, qui s'appliquent à toutes les formes de publicité destinées aux consommateurs pour des produits alimentaires disponibles sur le marché belge. Le Jury d'Éthique Publicitaire (JEP) contrôle le respect de ces principes et établit un rapport chaque année. D'autre part, 53 entreprises individuelles ont également signé le Belgian Pledge, une initiative d'autorégulation, depuis 2012, par lequel elles s'engagent à limiter le marketing auprès des enfants à des produits répondant à des critères nutritionnels spécifiques. Ces dernières années, le Belgian Pledge a évolué en proposant notamment des critères plus stricts et une extension aux médias sociaux et aux influenceurs. À partir du 1^{er} juin, le secteur ira plus loin en intégrant le Belgian Pledge dans le nouveau Code de publicité pour les denrées alimentaires. Par conséquent, les règles s'appliqueront à toutes les entreprises alimentaires et à tous les négociants qui font de la publicité pour leurs produits alimentaires et leurs boissons sur le marché belge. Le nouveau Code de publicité contiendra donc à la fois les principes généraux et les restrictions applicables au marketing destiné aux enfants (JEP, s.d.).

Fevia, la Fédération de l'industrie alimentaire belge, est déterminée à jouer un rôle de premier plan dans la co-crédation d'un système alimentaire durable, qui mène à une vie meilleure et plus équilibrée pour tous. Leur mission est de guider et accompagner l'industrie alimentaire belge dans la création de valeur durable. Depuis plusieurs années en Belgique, l'industrie alimentaire s'est activement engagée dans la lutte contre le surpoids et l'obésité en prenant des mesures concrètes. L'un de ses engagements majeurs a été de réduire la teneur en sel de divers produits alimentaires, dans le but de favoriser des choix alimentaires plus équilibrés et de promouvoir le bien-être général ainsi que la santé publique. Cette implication des entreprises alimentaires est cruciale pour développer des solutions réalistes et efficaces dans la lutte contre ces problèmes de santé publique. Conscient de cette importance, le gouvernement belge a signé en 2016 une Convention Alimentation Équilibrée avec le secteur, marquant ainsi son engagement en faveur d'une alimentation plus saine. Cette convention implique à la fois les autorités et les entreprises alimentaires dans des actions concrètes visant à réduire l'apport calorique de manière tangible et à encourager des choix alimentaires équilibrés. Les entreprises alimentaires se sont ainsi engagées à adapter la composition de leurs produits, à proposer des portions plus

petites et à améliorer leur communication pour promouvoir les choix alimentaires sains auprès des consommateurs (Fevia,2018).

Une autre mesure mise en place est le système d'information nutritionnel « Nutri-Score » créé par Santé Publique France, soutenu et repris par le SPF Santé publique belge. Le logo est présent sur l'avant des emballages pour mieux informer la population sur la valeur nutritionnelle des aliments. Il est composé d'une échelle de 5 couleurs associées à 5 lettres, de A pour les aliments à privilégier, à E, pour les aliments à limiter. Ce score est soutenu par les autorités, les consommateurs, les fabricants et les distributeurs afin de mieux guider la population dans son choix alimentaire. Bien qu'il ait été validé par la communauté scientifique, le Nutri-Score présente quelques limites. Il simplifie la complexité de la nutrition en réduisant la qualité des aliments à une échelle de cinq lettres, ce qui peut parfois être trompeur. Par exemple, certains produits peuvent se voir attribuer une note relativement favorable en raison de leur teneur en nutriments spécifiques, mais ils peuvent quand même contenir des ingrédients controversés ou des additifs néfastes pour la santé (De Becker C., 2023).

Enfin, des institutions de santé publique telles que Sciensano, issue de la fusion en 2018 de deux organismes, l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) et le Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA), jouent un rôle essentiel dans la promotion d'une santé pour tous. Sciensano repose sur le principe du 'One Health' ('Une seule santé'), qui reconnaît l'interconnexion entre la santé humaine, animale et environnementale. Cet institut scientifique belge se penche notamment sur la problématique de l'obésité en analysant les niveaux d'activité physique, l'IMC et les habitudes alimentaires de la population. Sciensano a initié divers projets de recherche sur l'obésité, dont le projet "WaIST", qui examine les répercussions du surpoids sur les maladies non transmissibles, la multimorbidité et l'invalidité en Belgique, ainsi que le projet "BIA-Obesity", qui évalue l'impact des industries alimentaires sur l'obésité et la nutrition de la population (Sciensano,s.d.).

3) AUTRES INITIATIVES

Dans ce point, nous présentons quelques initiatives qui vont au-delà du domaine politique et qui sont menées parallèlement pour la lutte contre l'obésité.

Tout d'abord l'association BASO, fondée en 1988, est la principale organisation en la matière. Elle promeut la coopération interdisciplinaire et la communication entre professionnels de santé et scientifiques pour lutter contre l'obésité. En 2002, elle a publié son premier consensus sur l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité, destiné aux médecins généralistes et spécialistes. De cette association est née la Plateforme Obésité Belgique (OPB), qui s'engage à soutenir les décideurs politiques pour améliorer l'accès à des soins structurés et fondés sur des données probantes, ainsi qu'à rehausser les normes de qualité des soins. L'OPB cherche à répondre de manière concertée aux défis liés à la prise en charge de l'obésité en Belgique et à les traduire en points d'action pour les décideurs politiques (BASO,2024).

Ensuite, FIAN Belgique, une association sans but lucratif (ASBL) créée en 1986. Depuis sa fondation, elle consacre son travail à la réalisation du droit à l'alimentation et à la nutrition. Elle soutient les communautés et mouvements populaires dans leurs luttes contre les violations des droits humains et pour la souveraineté alimentaire. FIAN Belgium fait partie de FIAN International qui dispose de sections nationales et de membres dans plus de 50 pays. FIAN est une organisation indépendante, qui dispose d'un statut consultatif auprès du Conseil économique et social des Nations-Unies (FIAN,2024).

Enfin, Vox Obesity, qui se définit littéralement comme "la voix des personnes obèses", est une association belge regroupant des individus vivant avec la maladie de l'obésité. Fondée en 2002, elle a été active jusqu'en 2009 avant d'être réactivée en 2023. L'association opère dans toute la Belgique. Ses actions reposent sur quatre axes principaux : fédérer, informer, accompagner et éduquer. Elle fournit informations et soutien aux personnes atteintes d'obésité, les aidant à naviguer à travers leurs parcours individuels et leurs interrogations pour mieux vivre avec leur maladie. Ses objectifs incluent la reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique et biologique auprès des autorités publiques, la lutte contre la stigmatisation des personnes obèses dans l'opinion publique, l'amélioration de la couverture des soins de santé, la promotion de la recherche médicale au sein de l'Union européenne (UE), le développement de projets innovants pour la prise en charge des enfants et des adultes obèses, ainsi que la participation à des actions de prévention de l'obésité. L'association offre également un soutien aux membres et à leur famille en fournissant des informations et des conseils utiles (Vox Obesity,2024).

4) QUESTION DE RECHERCHE

Le taux croissant de prévalence de l'obésité marque un tournant significatif dans l'histoire de l'humanité. À présent, nous sommes confrontés à une réalité où le nombre d'individus obèses / en surpoids (2.5 milliards d'adultes, 472 millions d'enfants) dépasse celui des personnes souffrant de famine (820 millions). Cette transition symbolise un changement fondamental : tandis que l'humanité a traditionnellement lutté pour acquérir suffisamment d'énergie pour sa survie, elle se trouve désormais confrontée au défi de brûler l'énergie consommée (ONU, 2019).

De plus, en 2022, une étude a été réalisée dans le but d'anticiper l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité en Belgique jusqu'en 2030. Les conclusions de cette analyse ont mis en lumière une réalité préoccupante : les projections indiquent que l'objectif ambitieux fixé par l'OMS, visant à éradiquer l'obésité d'ici 2025, risque fort de demeurer hors de portée. Face à cette perspective alarmante, il apparaît impératif que les décideurs politiques déploient sans délai des politiques de prévention novatrices et des stratégies ciblées destinées aux individus susceptibles de présenter un risque de surpoids et/ou d'obésité (De Pauw, R., et al., 2022).

Sur la base des constats tirés de la recherche théorique et de l'analyse critique, la question de recherche peut être formulée comme suit : « ***Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ?*** »

Cette question de recherche met en lumière la nécessité d'identifier les facteurs qui contribuent à la résistance de l'obésité aux mesures préventives actuelles. Elle servira de guide pour orienter la recherche empirique visant à approfondir la compréhension des dynamiques complexes liées à ce problème de santé publique et à formuler des recommandations pour des interventions plus efficaces.

Les objectifs sont :

- Identifier les facteurs socioculturels, économiques et environnementaux qui contribuent à l'augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique.
- Évaluer les lacunes et les défis rencontrés dans la mise en œuvre des politiques de santé publique visant à réduire la prévalence de l'obésité chez les adultes en Belgique.

- Analyser la pertinence et l'efficacité des initiatives de prévention de l'obésité mises en place par les autorités sanitaires belges, du point de vue des individus concernés.
- Proposer des recommandations pour améliorer l'efficacité des interventions de santé publique et des programmes de prévention de l'obésité, en tenant compte des spécificités socio-culturelles et des besoins des populations concernées en Belgique.

Ces objectifs visent à mieux comprendre les raisons sous-jacentes à l'augmentation de l'obésité malgré les politiques de santé publique existantes et à proposer des pistes d'action pour inverser cette tendance.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre de méthodologie vise à détailler l'approche méthodologique utilisée pour répondre à la question de recherche : « ***Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ?*** » À travers une approche qualitative, cette étude cherche à explorer les multiples facettes de ce problème complexe.

1) RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Tout d'abord, une recherche de littérature a été entreprise en utilisant des bases de données spécialisées telles que PubMed, Cinahl, Cairn.info et Google Scholar. Les mots-clés pertinents pour cette recherche étaient « obesity », « health politic », et « Belgium ».

Pour affiner les résultats, différents filtres ont été appliqués. Étant donné que ce travail se focalise sur l'obésité chez les adultes, des filtres spécifiques ont été appliqués pour sélectionner les données en fonction de l'âge : « adult 19+ years », « young adult 19-24 years », « adult 19-44 years », et « middle aged + aged: 45+ years ». De plus, un filtre sur la date de publication des articles a été mis en place pour inclure uniquement les documents publiés au cours des 10 dernières années.

En complément de cette recherche sur les bases de données, des informations supplémentaires ont été recueillies à partir des sites officiels de l'OMS, FIAN Belgium et de Sciensano afin d'obtenir une perspective plus complète sur le sujet étudié.

2) CADRE DE RECHERCHE

Dans cette étude, nous adoptons une approche qualitative pour explorer les perceptions, les attitudes et les expériences des adultes belges concernant l'obésité et les politiques de santé publique associées. Cette approche permet une compréhension approfondie et contextuelle du phénomène étudié, en donnant la parole aux individus et en permettant l'émergence de nouvelles perspectives et de nuances souvent manquantes dans les études quantitatives. L'objectif poursuivi est donc de recueillir des témoignages en vue de documenter les expériences vécues, et ce dans le but d'approfondir notre compréhension de la nature humaine en élaborant des interprétations explicatives de cette problématique (Ajoulat, I., 2023).

3) STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE

En concertation avec notre promoteur, il a été convenu que l'étude qualitative se déroulerait en deux phases distinctes.

Dans un premier temps, nous avons décidé d'interroger des témoins privilégiés, des professionnels spécialisés dans le domaine de la santé et de la nutrition, afin d'obtenir une vision exploratoire approfondie sur la question de l'obésité chez les adultes en Belgique. Cette phase vise à recueillir des perspectives éclairées et des informations théoriques sur les politiques de santé publique en place, ainsi que sur les défis et les dynamiques sous-jacentes liées à l'obésité. Dans un second temps, nous avons prévu de mener des entretiens avec des personnes atteintes d'obésité, afin d'obtenir une vision plus empirique et personnalisée de la réalité de cette condition. Cette approche complémentaire permettra d'intégrer à la fois une perspective théorique et une perspective pratique dans notre analyse de la persistance de l'obésité en Belgique.

Nous avons ainsi établi une liste de témoins privilégiés, de professionnels que nous estimions pertinents en nous basant sur la composition habituelle des équipes multidisciplinaires travaillant dans les cliniques spécialisées en obésité. À la suite de cela, nous avons eu l'opportunité de rencontrer le professeur O. Shmitz, un chercheur qualifié à l'Université catholique de Louvain. Grâce à son expertise, il nous a prodigué des conseils précieux pour affiner et orienter notre sélection de témoins. Par la suite, nous avons présenté notre liste finale au professeur W. Hesbeen, notre promoteur, pour obtenir ses recommandations et conseils. Après quelques ajustements et discussions, nous avons ainsi abouti à une liste finale de témoins,

chacun représentant une expertise unique dans le domaine de la santé et de la nutrition. Ce groupe sélect comprend une diététicienne, un médecin généraliste, un médecin spécialiste en obésité, une nutritionniste, un psychologue de santé et une chercheuse en nutrition en santé publique. Cette sélection minutieuse vise à assurer une diversité d'expertises et de perspectives pour enrichir notre étude qualitative sur la persistance de l'obésité chez les adultes en Belgique. Leur expérience pratique sur le terrain leur confère une compréhension approfondie des défis rencontrés dans la prise en charge des personnes atteintes d'obésité et leur permet d'identifier les lacunes dans les politiques de santé publique actuelles. Leur contribution permettra d'approfondir notre analyse des facteurs contribuant à la persistance de l'obésité malgré les politiques de santé publique en place, et d'identifier des actions potentielles pour inverser cette tendance. Leur expertise leur permet de proposer des solutions pratiques et basées sur des données probantes pour lutter contre l'obésité, en mettant l'accent sur la prévention primaire, la promotion d'un mode de vie sain et l'amélioration de l'accès aux services de santé. Ces entretiens ont constitué une phase essentielle du processus de recherche, offrant ainsi un cadre initial pour cerner les enjeux sous-jacents, identifier les points de divergence et de convergence, et établir des bases solides pour la conduite de l'étude qualitative à venir.

Par la suite, afin d'obtenir le point de vue des personnes directement touchées par l'obésité, nous avons pris l'initiative de solliciter l'ASBL VOXobesity. Du fait de leur engagement, l'ASBL représentait un partenaire idéal pour notre recherche. Leur expertise dans la sensibilisation, le soutien et la représentation des personnes vivant avec l'obésité aurait non seulement enrichi notre étude en fournissant des perspectives authentiques, mais aurait également renforcé la pertinence et l'impact de nos résultats dans le contexte de la santé publique en Belgique. Malheureusement, peu de temps après avoir confirmé leur participation, VOXobesity est revenu sur sa décision, annulant ainsi notre collaboration. Face à cela, nous avons dû réagir rapidement en lançant une annonce publique pour recruter de nouveaux témoins. Les critères de sélection et d'inclusion se fondent sur plusieurs éléments. Tout d'abord, les participants doivent être des adultes atteints d'obésité, IMC supérieur à 30. De plus, nous privilégions les personnes résidant à Bruxelles ou dans ses environs, par facilité (pour les rencontres et les entretiens).

À la suite de notre annonce publique, huit personnes ont répondu positivement à notre appel, mais seulement sept correspondaient parfaitement à notre recherche. En effet, comme la langue

n'avait pas été spécifiée dans les critères, l'une des personnes ne parlait que néerlandais, ce qui nous a empêchées de poursuivre. Nous avons ensuite pris contact avec eux et leur avons envoyé un document détaillant l'objet de notre étude, le déroulement des entretiens, ainsi qu'un formulaire de consentement (cf. annexe 3). Lors de nos rencontres, nous avons également sollicité chaque participant pour savoir s'ils pouvaient recommander une personne répondant à nos critères qui serait disposée à participer à l'étude. Ce « snowball procedure » nous a permis de recruter deux autres personnes. Cette décision a été prise dans le but d'assurer la richesse et la représentativité de nos données, tout en respectant les objectifs et les paramètres définis pour notre étude qualitative.

Nous avons ainsi mené les neuf entretiens afin de saisir pleinement cette chance d'obtenir une diversité d'expériences et de perspectives. Il convient de souligner que, dans le cadre de cette recherche, les individus participants ne sont pas considérés comme des patients. Par conséquent, aucune sollicitation d'approbation éthique n'a été soumise au comité d'éthique.

Cette démarche visait à solliciter leur expertise basée sur leur propre vécu et leur expérience personnelle. En donnant la parole aux personnes directement concernées par cette problématique, nous avons cherché à obtenir des perspectives intimes et des informations précieuses sur les défis, les obstacles et les facteurs influençant la gestion de l'obésité au quotidien. Cette approche centrée sur les personnes permet non seulement de compléter les connaissances théoriques avec des données concrètes, mais aussi de mettre en lumière les aspects psychosociaux et émotionnels souvent négligés dans les analyses purement académiques. Cette étude qualitative permet d'enrichir la compréhension globale du phénomène de l'obésité en Belgique en intégrant la perspective des personnes directement concernées.

Contrairement à une approche quantitative qui requiert un échantillonnage plus vaste pour des validations statistiques, notre méthodologie met l'accent sur la qualité et la profondeur des données collectées plutôt que sur leur ampleur, permettant ainsi une exploration approfondie des expériences et des perspectives des participants.

4) DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

a. ÉCHANTILLON EXPLORATOIRE

Tel que précédemment indiqué, le premier échantillon est constitué de six professionnels. Le tableau ci-dessous présentera leur formation, leur sexe et leurs années d'ancienneté. Le type

d'échantillon est sélectif, c'est-à-dire que la sélection des personnes s'est faite par des critères d'inclusion prédéfinis en fonction de l'objectif de la recherche (Ajoulat, I., 2021). Les participants devaient être des professionnels en lien avec la thématique de l'obésité, travaillant/ ou résidant à Bruxelles (et les alentours).

Dans le cadre de notre étude, nous avons fait appel à l'expertise de professionnels qualifiés. Cette démarche vise à approfondir notre compréhension de la problématique complexe de l'obésité chez les adultes en Belgique. Il est primordial de mettre en avant l'importance de saisir pleinement la pertinence et la valeur apportée par chacun de ces intervenants privilégiés.

- 1) Les diététiciens possèdent une connaissance approfondie des habitudes alimentaires de la population belge, ainsi que des facteurs alimentaires qui contribuent à l'obésité. Leur pertinence dans cette étude réside dans leur capacité à fournir des informations cruciales permettant de comprendre les tendances alimentaires et les défis rencontrés par les individus dans l'adoption d'une alimentation saine. Leur contribution se manifeste à travers leurs perspectives éclairées sur les interventions diététiques efficaces pour la prévention et la gestion de l'obésité, offrant ainsi des pistes précieuses pour l'élaboration de stratégies de santé publique efficaces. La diététicienne rencontrée a 7 ans d'expérience professionnelle dans des hôpitaux publics et des cliniques privées en Belgique. Spécialisée dans la nutrition et la gestion du poids, elle a acquis une expertise dans l'évaluation de l'état nutritionnel et la conception de plans alimentaires personnalisés pour des patients souffrant d'obésité et de troubles alimentaires.
- 2) Les médecins généralistes jouent un rôle crucial en tant que premiers points de contact pour les personnes atteintes d'obésité, assumant des responsabilités majeures dans le dépistage, la gestion et l'orientation vers d'autres spécialistes. Leur pertinence dans cette étude réside dans leur proximité avec la réalité clinique avec cette population, leur permettant de fournir des informations précieuses sur la prévalence de l'obésité dans leur pratique quotidienne. Le médecin interviewé pratique de la médecine générale depuis 12 ans dans un cabinet médical situé à Bruxelles. Son champ de travail englobe le traitement des maladies chroniques tels que le diabète de type 2, l'hypertension, l'asthme ou encore les maladies cardiovasculaires comme l'insuffisance cardiaque et les maladies coronariennes. Ayant dans sa patientèle un certain nombre de personnes en

surpoids ou obèses, le médecin est familiarisé avec les défis spécifiques associés à la gestion de ces patients, y compris les comorbidités et les difficultés rencontrées.

- 3) Les nutritionnistes se démarquent des diététiciens par leur spécialisation dans le domaine de la nutrition, offrant ainsi une expertise approfondie sur les aspects alimentaires et la gestion du poids. Leur approche individualisée et leur connaissance pointue des besoins nutritionnels spécifiques aux patients obèses les rendent particulièrement pertinents dans cette étude. Grâce à leur formation spécialisée, les nutritionnistes sont en mesure d'analyser en profondeur les tendances nutritionnelles observées chez les individus atteints d'obésité et de proposer des recommandations précises pour améliorer leur alimentation et leur santé globale. Par conséquent, leur contribution apporte des perspectives uniques et enrichissantes à notre compréhension de l'obésité et des stratégies nutritionnelles pour sa prévention et son traitement. Le témoin privilégié a 10 ans d'expérience en tant que nutritionniste clinique dans plusieurs cliniques et centres de santé à travers la Belgique. Elle propose des séances de consultation personnalisées avec des patients de tout âge, confrontés à une variété de problèmes nutritionnels tels que l'obésité, le diabète, les troubles alimentaires et les maladies cardiovasculaires. En outre, elle travaille en étroite collaboration avec des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, de psychologues et d'éducateurs physiques, favorisant ainsi une approche holistique de la santé.
- 4) Les psychologues de santé jouent un rôle crucial dans l'identification et la gestion des facteurs psychologiques et comportementaux qui ont un impact sur la santé, notamment les comportements alimentaires et l'estime de soi. Leur spécialisation dans ce domaine leur permet d'apporter des éclaircissements précieux sur les aspects psychosociaux de l'obésité. En effet, ils sont en mesure de comprendre les motivations sous-jacentes et les obstacles qui entravent le changement de comportement lié à la gestion du poids. De plus, les psychologues de santé peuvent proposer des interventions psychologiques efficaces pour soutenir les individus dans leur parcours de gestion du poids, offrant ainsi des perspectives essentielles pour une approche holistique de la santé publique. Avec 8 ans d'expérience dans le domaine, le psychologue interviewé exerce à la fois au sein d'un hôpital et en pratique privée dans un cabinet. Cette dualité lui permet d'avoir une

perspective variée sur les problèmes de santé mentale et de bien-être, car il est exposé à une diversité de cas et de contextes cliniques. Travailler dans un hôpital lui offre l'occasion de collaborer étroitement avec d'autres professionnels de la santé et d'intervenir dans des situations médicales complexes, tandis que ses consultations en cabinet lui permettent d'établir des relations thérapeutiques approfondies avec ses patients et de se concentrer sur des approches plus personnalisées.

- 5) Les médecins spécialisés dans l'obésité incarnent des piliers essentiels dans le diagnostic, la prise en charge et le traitement de cette condition médicale complexe. Leur expertise approfondie leur confère une compréhension pointue des enjeux entourant l'obésité. En partageant leurs observations sur les tendances cliniques chez les personnes atteintes d'obésité, ils peuvent éclairer sur les diverses comorbidités associées à cette condition. De plus, ces professionnels de la santé sont confrontés aux défis uniques rencontrés dans la prise en charge de l'obésité, et ils sont en mesure de mettre en avant les meilleures pratiques cliniques pour la gestion du poids, offrant ainsi des perspectives cruciales pour l'amélioration des soins et des résultats de santé chez les personnes concernées. Avec une expérience de 15 ans en tant que praticienne dans le domaine de l'endocrinologie et de la gestion du poids, la docteure travaille dans un hôpital universitaire. Elle a développé un leadership affirmé dans des programmes multidisciplinaires de gestion de l'obésité. Elle collabore étroitement avec des diététiciens, des psychologues et des chirurgiens bariatriques pour offrir des soins intégrés et holistiques, mettant ainsi en avant une approche complète dans la prise en charge des patients obèses.
- 6) Les chercheurs en nutrition en santé publique sont des experts dédiés à l'exploration des déterminants nutritionnels de la santé, ainsi qu'à l'évaluation de l'efficacité des interventions en matière de nutrition pour prévenir les maladies chroniques, dont l'obésité. Avec une expérience de 10 ans dans le domaine de la recherche en nutrition et santé publique, le témoin travaille au sein de l'Institut Scientifique de Santé Publique (Sciensano) en Belgique. Elle a activement contribué à des projets de recherche nationaux visant à évaluer les environnements alimentaires de la population belge, et elle a régulièrement publié des articles scientifiques dans des revues spécialisées. Son

rôle chez Sciensano lui offre une opportunité unique de mener des études d'envergure et d'influencer les décisions de santé publique, ce qui contribue à créer un cadre favorable à des choix alimentaires sains et à l'amélioration de la santé pour tous.

Ces experts de la santé offrent une approche holistique et multidisciplinaire de notre question de recherche, couvrant un large éventail d'aspects de l'obésité. Leurs connaissances et leurs perspectives complémentaires permettent d'approfondir notre compréhension de ce problème de santé publique en Belgique. En collaborant ensemble, ils fournissent des informations précieuses et des recommandations éclairées pour mieux comprendre et traiter l'obésité, offrant ainsi des pistes prometteuses pour des stratégies de santé publique efficaces et adaptées aux besoins de la population.

b. ÉCHANTILLON EMPIRIQUE

Dans le tableau ci-dessous, nous présenterons l'âge, le genre, la profession et le niveau d'instruction des neuf témoins qui remplissent les critères préétablis pour leur participation à notre étude. Ces items ont été choisis afin de vérifier s'il existe, comme le suggère la littérature scientifique, une corrélation entre l'âge et l'obésité, le niveau d'éducation et l'obésité, ainsi que le genre et la prévalence de l'obésité. Le type d'échantillon est également sélectif. Sauf pour les deux personnes recrutées grâce au « snowball procedure » qui représentent un échantillon de convenance.

	Genre	Age	Profession	Éducation
TÉMOIN 1	F	44	Employée	Supérieur type court
TÉMOIN 2	F	22	Étudiante	Supérieur type court
TÉMOIN 3	F	56	Sans emploi	Primaire
TÉMOIN 4	F	30	Congé maternité	Secondaire
TÉMOIN 5	M	26	Employé	Supérieur type court
TÉMOIN 6	F	27	Étudiante	Supérieur type long
TÉMOIN 7	F	19	Étudiante	Secondaire
TÉMOIN 8	M	27	Employé	Secondaire
TÉMOIN 9	F	42	Sans emploi	Primaire

5) ENTRETIENS

La méthode principale de collecte des données utilisée dans cette étude est l'entretien semi-dirigé. Cette approche a été privilégiée en raison de sa capacité à favoriser une interaction directe avec les participants, leur offrant ainsi l'opportunité d'exprimer librement leurs opinions, leurs expériences et leurs points de vue sur la question de recherche. Les entretiens seront menés de manière flexible, dans le but de créer un espace ouvert où les participants peuvent partager leurs récits et leurs perspectives de manière authentique. Tout en fournissant un cadre structuré, les entretiens seront conçus pour permettre une discussion fluide, laissant place aux récits des participants tout en guidant la conversation vers les thèmes pertinents identifiés dans le cadre conceptuel de l'étude. Cette approche permettra ainsi d'explorer en profondeur les expériences et les perceptions des participants, tout en capturant la richesse et la complexité de leurs vécus.

Pour mener à bien une étude qualitative, il est impératif d'adopter une approche méthodique et inclusive qui assure la qualité et la profondeur des données recueillies. Dans ce contexte, les rencontres avec les personnes témoins doivent être soigneusement planifiées de manière flexible, sans contrainte de durée. Cette flexibilité permet non seulement d'instaurer un climat de confiance propice à des échanges ouverts, mais également de permettre aux participants de s'exprimer pleinement sur leurs expériences et leurs perceptions. L'écoute attentive joue un rôle fondamental dans ce processus. En accordant une attention particulière aux témoignages des participants, nous pouvons non seulement comprendre leurs expériences de manière approfondie, mais aussi identifier les nuances et les subtilités qui émergent lors des discussions. Pour ce faire, l'utilisation de questions de relance est essentielle. Ces questions visent à approfondir les sujets abordés et à obtenir des éclaircissements supplémentaires, ce qui permet d'enrichir considérablement la qualité des données recueillies. En combinant une approche flexible avec une écoute attentive et l'utilisation judicieuse de questions de relance, nous pouvons garantir une collecte de données riche en perspectives, contribuant ainsi à une analyse approfondie et nuancée.

Avant de procéder aux entretiens, nous avons entrepris une étape consistant à explorer la littérature existante pour identifier les thèmes pertinents susceptibles d'être abordés dans le cadre de notre étude. Ces thèmes ont été sélectionnés pour guider nos discussions et assurer une couverture des aspects essentiels de la thématique. Cependant, notre démarche ne se limite pas

à ces thèmes préétablis. Ainsi, si un témoin aborde un aspect qui n'a pas été anticipé dans nos thèmes initiaux, nous considérons cela comme une opportunité d'exploration supplémentaire et nous sommes prêts à approfondir cette nouvelle dimension dans les entretiens suivants. C'est une approche intermédiaire de codification thématique qui se situe entre le codage conceptualisé et le codage inductif. Elle utilise une liste de thèmes préétablis, mais ceux-ci sont suffisamment généraux pour permettre la découverte de thèmes imprévus. Cette approche nous permet d'être flexibles et réactifs aux besoins et aux expériences uniques des participants, tout en garantissant une collecte de données riche et diversifiée.

Pour faciliter cette démarche, nous avons élaboré une grille d'entretien qui nous a servi de guide tout en permettant une certaine souplesse dans les discussions (cf. annexe 4 & 5). Cette grille nous aide à structurer nos entretiens en nous assurant de couvrir les thèmes identifiés dans la littérature tout en restant ouverts aux nouvelles idées et aux sujets émergents. Ainsi, elle nous permet de concilier rigueur méthodologique et ouverture à la diversité des expériences et des perspectives des participants, contribuant ainsi à la richesse et à la profondeur de nos données qualitatives.

Les entretiens ont été menés de manière individuelle dans un cadre confidentiel, selon leurs disponibilités. Avec le consentement préalable des participants, les entretiens ont été enregistrés, à l'aide d'un smartphone. Cette démarche nous a ensuite permis de réécouter et de transcrire les échanges afin de les analyser en détail par la suite (cf. annexe 6 & 7).

Nous avons commencé par nous présenter et par réexpliquer l'objet et le contexte de notre recherche. L'entretien s'est déroulé en suivant le guide d'entretien composé de questions ouvertes. Pour garantir la compréhension et la qualité des données collectées, nous avons appliqué la méthode de reformulation et nous avons fait un feedback à la fin de chaque entretien.

À la fin des entretiens, nous avons fourni nos coordonnées aux participants pour faciliter le recrutement d'autres personnes par à l'effet de "boule de neige".

Les entretiens semi-directifs ont été guidés par ses principaux sujets :

- Premier échantillon
 - Expérience professionnelle avec des patients atteints d'obésité : défis cliniques et thérapeutiques rencontrés dans la gestion de l'obésité

- Tendances de l'obésité parmi les patients au fil du temps : observations sur les variations de la prévalence de l'obésité.
 - Évaluation des politiques de santé publique en matière de prévention et de gestion de l'obésité : analyse de l'efficacité des politiques de prévention dans la lutte contre l'obésité.
 - Facteurs contribuant à l'augmentation de l'obésité chez les adultes belges : identification des principaux éléments influençant la persistance de l'obésité et des lacunes dans les politiques existantes observées dans la pratique médicale.
- Second échantillon
- Vécu personnel avec l'obésité : impact personnel de l'obésité, durée de l'affection et difficultés quotidiennes liées au poids.
 - Évolution des politiques de santé publique en matière d'obésité : analyse des changements observés dans les initiatives gouvernementales belges visant la prévention et la gestion de l'obésité au fil du temps.
 - Impact des politiques sur les individus affectés : évaluation de l'impact des politiques de santé publique sur l'expérience personnelle des individus obèses et sur celle de leur entourage.
 - Accessibilité et efficacité des programmes de prévention de l'obésité : perception de l'accessibilité et de l'efficacité des programmes de prévention de l'obésité offerts par les autorités de santé publique en Belgique.
 - Recommandations pour l'amélioration des politiques de santé publique : suggestions des personnes atteintes d'obésité pour améliorer les politiques de santé publique en matière de prévention et de gestion de l'obésité, ainsi que des idées sur les initiatives potentiellement plus efficaces.

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

1) ANALYSE DE RÉSULTATS

Nous avons mené un total de 15 entretiens. Comme énoncé plus haut, ces entretiens se sont déroulés en deux phases distinctes : six avec des professionnels et neuf avec des personnes atteintes d'obésité.

Le site otranscribe.com a été d'une grande aide pour la retranscription des entretiens et nous a permis de les lire. Nous avons pu faire une analyse de contenu thématique, une approche analytique inductive qui implique d'identifier des thèmes généraux récurrents au sein d'expressions verbales ou textuelles, qui sont ensuite examinés à travers divers contenus plus spécifiques. En termes simples, l'analyse thématique consiste à repérer, regrouper et examiner systématiquement les thèmes abordés dans un ensemble de données (Paillé, P. & Mucchielli, 2008). Cela nous a permis d'identifier cinq catégories principales : facteurs favorisants, facteurs protecteurs, perception et efficacité des politiques de santé publique, responsabilité individuelle et pistes d'améliorations. Chacune de ces catégories a révélé des sous-catégories pertinentes en fournissant ainsi des éléments pouvant répondre à notre question de recherche tout en donnant une vue d'ensemble détaillée des thèmes clés abordés dans les entretiens. Cette démarche analytique approfondie nous a permis de saisir la richesse et la complexité des perspectives partagées par nos participants, ainsi que les nuances de leurs expériences et de leurs opinions concernant l'obésité et les politiques de santé publique associées.

2) ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Nous avons fait appel à l'analyse thématique pour interpréter les données recueillies lors des entretiens. Ci-dessous, le tableau présente les catégories et sous-catégories qui ont émergé au cours des entretiens exploratoires :

Catégories	Sous-catégories
Facteurs favorisants	▪ Précarité ▪ Accès à l'alimentation ▪ Publicité ▪ Cultures et habitudes alimentaires ▪ Facteurs génétiques ▪ Stigmatisation ▪ Covid-19 ▪ Traitement
Facteurs protecteurs	▪ Accès aux soins de santé ▪ Éducation

Perception et efficacité des politiques de santé publique	▪ Règlementation des publicités alimentaires ▪ Programme de sensibilisation ▪ Intégration de l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires ▪ Formation des professionnels de santé ▪ Évaluation des politiques et des programmes
Responsabilité individuelle	▪ Sédentarité ▪ Mode de vie de sain ▪ Conscience des risques
Éléments à améliorer	▪ Coordination et collaboration ▪ Renforcement de l'éducation et de la sensibilisation ▪ Promotion de politique alimentaire ▪ Formation des professionnels de santé ▪ Mode de déplacement

➤ Facteurs favorisants

Un facteur favorisant est défini selon le dictionnaire Le Robert (2022) comme étant un élément qui contribue à l'apparition, au développement d'un phénomène ou d'un processus. Cela signifie qu'il ne s'agit pas nécessairement d'un élément directement responsable du phénomène en question, mais plutôt d'un élément qui le rend plus probable ou qui le soutient. Les facteurs favorisants sont des éléments qui agissent comme des catalyseurs ou des facilitateurs pour un phénomène ou un processus donné, plutôt que d'être les causes directes de ce dernier. Huit sous-catégories ont émergé de nos entretiens : précarité, l'accès à l'alimentation, la publicité, la culture, les facteurs génétiques, la stigmatisation, le Covid19 et les traitements médicamenteux.

- Précarité

Lors des entretiens, nous avons pu relever que la précarité a été citée chez plusieurs professionnels. Ils ont mis en évidence que celle-ci joue un rôle significatif dans la lutte contre l'obésité et dans la gestion du poids. La situation de précarité crée un contexte où maintenir un poids sain et adopter des habitudes de vie saines devient un défi de taille pour de

nombreuses personnes. Les contraintes financières peuvent restreindre les choix alimentaires, privilégiant souvent des aliments peu coûteux mais moins nutritifs.

« J'ai souvent remarqué que pour beaucoup de personnes qui ont du mal à joindre les deux bouts, elles doivent choisir tel aliment ou tel aliment en fonction de leur budget. Ça peut être dur de manger équilibré dans ces conditions. »

« C'est important de reconnaître que pour de nombreuses personnes qui ont des soucis d'argent, l'accès à des aliments nutritifs est un défi quotidien. Nous devons être sensibles à cette réalité tout en leur fournissant un soutien diététique efficace. (...) Il faut avouer que trouver des repas sains est un vrai casse-tête au quotidien, généralement on se dirige vers la solution la moins chère et la plus efficace en termes de temps. »

« J'encourage les futurs professionnels de la santé à considérer l'obésité comme une condition multifactorielle, et prendre compte des déterminants sociaux comme que la précarité. »

L'un des intervenants a également souligné que l'accès à des activités physiques peut être limité en raison de contraintes financières, réduisant ainsi les opportunités pour les individus de mener une vie active.

« J'ai eu une discussion avec une patiente qui m'a exprimé sa frustration, elle était frustrée de l'augmentation des tarifs des abonnements pour les salles de sport et s'est trouvée obligé de résilier le sien. »

▪ L'accès à l'alimentation

La sous-catégorie « accès à l'alimentation » met en lumière les défis rencontrés par certaines populations pour accéder à une alimentation saine et nutritive. Deux participants ont évoqué les obstacles et l'accessibilité à l'alimentation.

« Il est essentiel d'adopter une approche holistique dans le traitement de l'obésité, en tenant compte non seulement des habitudes alimentaires individuelles, mais aussi des obstacles structurels à un accès équitable à une alimentation saine. Dans certains milieux, on retrouve majoritairement des fast-foods ou des chaînes de distribution rapide. »

« Lorsque vous vous rendez au supermarché pour faire vos courses, vous avez probablement remarqué l'agencement stratégique des rayons. (...) Les rayons sont organisés de manière à placer en évidence les aliments les plus attrayants, tels que les biscuits et les boissons, qui, malheureusement, souvent, ne sont pas les plus nutritifs. (...) en manquant ainsi l'occasion de choisir des aliments plus sains et nutritifs. »

▪ Publicité

Trois intervenants ont mis en lumière le rôle significatif de la publicité en tant que facteur de risque dans le développement de l'obésité. Leur analyse met en évidence la puissance de persuasion de la publicité dans la formation des habitudes alimentaires et des choix de consommation. Ils soulignent ainsi l'importance de prendre en compte cette influence dans les stratégies de prévention et de promotion de la santé publique.

« Les tactiques de marketing ciblées, telles que les publicités pour les aliments transformés et les boissons sucrées influencent forcément les comportements alimentaires et contribuent ainsi à l'augmentation des taux d'obésité »

« Dans nos sociétés démocratiques, les gouvernements ont du mal à contrer l'influence des groupes d'intérêt de l'industrie alimentaire, (...) qui disposent souvent de budgets plus importants que certains États. Comme cela a été le cas avec l'industrie du tabac pendant de nombreuses années, l'industrie agroalimentaire s'oppose aux mesures de santé publique. Leur stratégie repose notamment sur la publicité, qui contribue à modifier les habitudes alimentaires dans une direction préjudiciable pour la santé. »

« Les publicités qui associent des aliments riches en calories à des émotions positives et à un mode de vie désirable contribuent à renforcer les préférences alimentaires malsaines et à perpétuer l'obésité dans de nombreuses communautés. »

▪ Cultures et habitudes alimentaires

La plupart des professionnels soulignent que la culture a une influence profonde sur les habitudes alimentaires, la définissant non seulement par ce que nous consommons, mais également par la manière, le moment et le contexte dans lesquels nous le faisons. Les traditions culinaires, transmises de génération en génération, sont solidement enracinées dans nos sociétés et peuvent varier considérablement selon les régions, les pays voire les

familles.

« Les normes de beauté dans certaines cultures sont différentes (...) la corpulence peut être un signe de richesse ou de statut social élevé, et cela va inévitablement influencer les comportements de gestion du poids. Par exemple, dans certaines sociétés africaines, les femmes sont encouragées à être rondes comme symbole de santé et de fertilité. »

« (...) il est essentiel de reconnaître l'influence profonde de la culture et des habitudes alimentaires. En effet, la façon dont nous mangeons est souvent profondément enracinée dans nos traditions, nos croyances et nos valeurs culturelles. »

▪ Facteurs génétiques

Deux intervenants ont souligné que l'obésité a souvent des tendances familiales. Les gènes peuvent jouer un rôle dans la vitesse à laquelle notre corps brûle les calories, que ce soit au repos ou pendant l'exercice, ainsi que dans la régulation de notre appétit, ce qui peut influencer la quantité de nourriture que nous consommons. L'un d'eux a ajouté qu'« *étant donné que les familles partagent à la fois des gènes et un environnement commun, il est difficile de faire la distinction entre ces deux influences* ».

▪ Stigmatisation

La stigmatisation liée au poids est un problème répandu et souvent sous-estimé qui peut entraîner des conséquences profondes sur la santé et le bien-être des individus. Deux intervenants ont mis en évidence cette discrimination en expliquant qu'elle peut non seulement affecter l'estime de soi, mais aussi influencer les comportements alimentaires et l'engagement dans des activités physiques, créant ainsi un cercle vicieux qui contribue à l'obésité.

« La stigmatisation peut entraîner un évitement des soins de santé, car les individus peuvent craindre d'être jugés par les professionnels de santé. Cela peut retarder le diagnostic et le traitement des problèmes de santé liés à l'obésité, augmentant les risques pour la santé »

« Cette discrimination peut avoir un impact sur les interactions sociales de ces personnes, les poussant parfois à éviter activités sportives de peur d'être ridiculisées, ce qui limite leurs opportunités de participation à des activités physiques bénéfiques pour la santé. Et hop, c'est un cercle vicieux »

- Covid-19

Également connu sous le nom de coronavirus, le Covid-19 est une maladie infectieuse causée par le virus SARS-CoV-2. Ce virus a été identifié pour la première fois en décembre 2019, et s'est rapidement propagé à travers le monde, entraînant une pandémie déclarée par l'OMS en mars 2020. Certains intervenants ont mentionné que le virus a été un facteur contribuant à l'augmentation de l'obésité.

« Les restrictions liées à la pandémie, telles que les confinements, les limitations des déplacements, ont engendré un impact considérable dans les changements de modes de vie que ce soit au niveau des habitudes alimentaires ou dans la pratique d'activité physique. (...) La fermeture des installations sportives et la limitation des activités de plein air ont réduit les opportunités d'exercice physique pour de nombreuses personnes, ce qui a favorisé la sédentarité et la prise de poids. »

« Le stress et l'anxiété liés à la pandémie ont conduit à une augmentation de la consommation alimentaire émotionnelle chez certaines personnes, ce qui a contribué à une prise de poids et à une augmentation du taux d'obésité. »

- Traitement

Lors des entretiens, l'un des professionnels interviewés a mentionné que certains médicaments pouvaient être un facteur favorisant l'obésité.

« Plusieurs facteurs peuvent causer l'obésité (...), je sais qu'il y a certains traitements qui ont un réel impact sur la prise ou la perte de poids. (...) Il est donc essentiel de prendre en compte ces facteurs lors de l'évaluation et du traitement des patients souffrant d'obésité, afin d'adapter les interventions de manière appropriée et d'optimiser les résultats de santé. »

- Facteurs protecteurs

Les facteurs protecteurs sont des éléments qui agissent positivement sur le bien-être et la santé d'un individu, ainsi que sur son environnement social et la société dans laquelle il évolue. Ces facteurs peuvent aider à promouvoir la santé et à prévenir les problèmes de santé en atténuant les effets néfastes des facteurs de risque. Pendant les entretiens, deux facteurs de protection ont été cités : l'accès aux soins de santé et l'éducation.

- Accès aux soins de santé

Durant les entretiens, il a été observé que l'obésité et l'accès aux soins de santé représentent des défis importants dans de nombreux contextes sociétaux actuels. Alors que certaines populations sont confrontées à des barrières socio-économiques à l'accès aux soins, d'autres bénéficient d'un système de santé plus universel.

« Les individus ayant un accès limité aux soins de santé ont tendance à avoir un risque plus élevé d'obésité. Par exemple, aux États-Unis, où l'accès aux soins de santé est conditionné par des facteurs socio-économiques, les populations à faible revenu sont plus susceptibles d'être obèses que les autres. (...) Ici, en Belgique, on a la chance d'avoir un système de santé plus universel, grâce à un système de sécurité sociale. La Belgique offre un accès plus équitable aux services de santé et cela permet de faire un dépistage précoce, d'avoir une prise en charge adaptée et un suivi régulier »

« (...) les personnes peuvent facilement consulter leur médecin généraliste ou d'autres professionnels de santé pour recevoir des conseils concernant la nutrition, l'activité physique et la gestion du poids. D'après ce que je sais, les services de diététique et de nutrition sont disponibles dans les centres de santé et les hôpitaux. »

- Éducation

Les professionnels interviewés sont d'avis de dire qu'en reconnaissant le rôle de l'éducation dans la promotion de modes de vie sains, il est possible de mettre en place des programmes d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique dès le plus jeune âge. Cela permettrait d'inculquer des habitudes saines qui peuvent durer toute une vie.

« L'éducation joue un rôle essentiel dans la prévention de l'obésité. Au plus le niveau d'éducation est élevé au mieux ils comprennent les bases de la nutrition et l'importance d'un mode de vie sain. En plus, cela permet d'être plus conscient de l'importance de l'activité physique pour maintenir un poids santé (...) tout en les encourageant à adopter un mode de vie plus actif »

- Perceptions et efficacité des politiques de santé publique

La perception et l'efficacité des politiques de santé publique se réfère à la manière dont les professionnels rencontrés perçoivent les politiques gouvernementales mises en place pour

prévenir et gérer l'obésité, ainsi qu'à leur évaluation de l'efficacité de ces politiques. Ce sujet a été exploré dans le but d'évaluer le niveau de connaissance des participants à l'égard des mesures mises en œuvre par les politiques de santé, ainsi que leur perception de l'efficacité de ces politiques. L'objectif était d'analyser la conscience collective concernant les initiatives gouvernementales en matière de santé et de recueillir des perspectives sur leur impact perçu dans la lutte contre l'obésité.

Cinq sous-catégories ont émergé des entretiens : l'existence de réglementation sur les publicités alimentaires, de programmes de sensibilisation, l'intégration de l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires, la formation des professionnels de santé et l'évaluation des politiques.

- **Réglementation des publicités alimentaires**

En Belgique, la réglementation des publicités alimentaires est gérée par plusieurs organes gouvernementaux. Un des intervenants a cité ce point de manière positive en décrivant ce thème comme un facteur protecteur.

« (...) Il existe une réglementation concernant l'étiquetage des aliments : les publicités alimentaires doivent respecter certaines règles, et cela assure une clarté et une transparence des informations nutritionnelles. Cette démarche permet aux consommateurs d'avoir connaissances du taux de glucides, sucres ajoutés, etc. »

En revanche, un autre a exprimé le besoin de réglementations plus strictes concernant les publicités alimentaires, soulignant leur potentiel à induire des comportements alimentaires malsains et représentant ainsi un danger significatif.

« (...) son manque d'adaptation et de fermeté, permet encore trop de flexibilité pour la promotion d'aliments peu nutritifs et riches en calories. Les jeunes se trouvent alors exposés sans cesse à des messages incitant à la consommation de produits malsains. »

- **Programme de sensibilisation**

Les programmes de sensibilisation liés à l'obésité sont conçus pour éduquer le public sur les risques associés à cette condition et pour encourager l'adoption de modes de vie sains. Certains participants ont évoqué quelques programmes de sensibilisation mis en place en Belgique.

« Et d'ailleurs, à l'occasion de la Journée mondiale de l'obésité, l'ULB a organisé une série

d'activités qui visent à sensibiliser le public aux défis de l'obésité et aussi à promouvoir des modes de vie plus sains. J'ai pu m'y rendre et pendant cette journée j'ai eu l'occasion de participer aux différentes activités. »

« Je pense que vous en avez déjà entendu parler, le programme "Manger Bouger" (...), c'est important de promouvoir ce genre d'initiative, pas seulement pour les obèses mais pour toute le monde ! »

- **Intégration de l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires**

Bien que notre étude se concentre sur les adultes atteints d'obésité, deux témoins ont mentionnés à quelques reprises l'impact de la maladie sur les enfants. Ils ont fait référence à ce qui est déjà mis en place au sein des institutions scolaire.

« Vous savez, il y a ce programme européen appelé le Programme Lait, Fruits et Légumes à l'école. C'est une initiative intéressante qui vise à encourager les jeunes à adopter de meilleures habitudes alimentaires en leur fournissant des options saines à l'école. »

« En intégrant l'éducation nutritionnelle dans les programmes scolaires, nous pouvons aider les enfants à développer des habitudes alimentaires saines dès leur plus jeune âge. Cela peut avoir un impact positif sur leur santé à long terme en réduisant le risque de développer des maladies chroniques telles que l'obésité. »

« L'autre jour en allant chercher ma fille à l'école, son institutrice m'a remis une affiche présentant une initiative menée par l'école. Ce qu'on pouvait y voir c'était des images avec les collations acceptées et en face les collations à bannir. »

- **Formation des professionnels de santé**

Les discussions avec les experts ont mis en évidence l'importance cruciale de disposer de professionnels de santé formés et compétents pour mieux comprendre et traiter efficacement l'obésité. Tous les participants ont souligné que la formation actuelle dans le domaine de la santé peut parfois manquer de contenu spécifique sur la prise en charge de l'obésité, ce qui peut entraîner des lacunes dans les connaissances et les compétences nécessaires pour traiter efficacement cette maladie complexe.

« Il y a du bon comme du moins bon concernant la prise en charge de l'obésité mais je pense que la formation des professionnels de santé doit être revue. On sent qu'il y a un manque de connaissances sur la maladie surtout sur les

causes, du coup quand on va prendre en charge un patient obèses, on va se limiter à ce qu'on connaît et parfois même à ce qu'on voit. »

« (...) les défis auxquels sont confrontés les patients obèses dans la gestion de leur poids sont réels et trop souvent sous-estimés par les professionnels et je pense que c'est par manque de connaissances lié à la maladie. »

Cependant, un des intervenant a exprimé qu'il existe des formations continues afin de rester à jour avec les dernières recherches, recommandations et meilleures pratiques en matière de prise en charge de l'obésité. *« Il n'y a pas si longtemps que cela, le 20 janvier, si ma mémoire est bonne, j'ai pu assister au deuxième symposium de RESUMES (...) et le sujet était : l'obésité concerne la pratique de tous les soignants. Il y avait une quinzaine d'intervenants venus décrire ce que l'obésité représente dans leur discipline respective et comment ils l'abordent. »*

- Évaluation des politiques et des programmes

Seule une participante a évoqué l'évaluation des politiques et des programmes de santé. Cette sous-catégorie met en lumière la préoccupation concernant l'efficacité des interventions mise en place en matière d'obésité. Elle a souligné la nécessité d'une approche basée sur des preuves pour éclairer les décisions politiques, guider la mise en œuvre de programmes de santé publique et de soins cliniques efficaces, mais surtout adaptés aux besoins des patients atteints d'obésités. *« Les données issues de l'évaluation des politiques et des programmes nous aident à identifier ce qui fonctionne bien et ce qui peut être amélioré dans la gestion de l'obésité, ce qui est crucial pour orienter nos actions futures et garantir des résultats positifs pour les personnes obèses. »*

- Responsabilité individuelle

Lors des entretiens menés avec les professionnels, la catégorie "responsabilité individuelle" est apparue comme un thème essentiel. Cette notion met en avant le concept selon lequel les individus affectés par l'obésité ont une part de responsabilité dans la prévention et la gestion de leur poids. Nous avons pu subdiviser cette notion en trois sous-catégories distinctes, à savoir, le mode de vie sain, la sédentarité et la conscience des risques.

- Mode de vie de sain

Tous les participants ont souligné le pouvoir individuel sur le corps et le poids, mettant en lumière l'importance de la responsabilité personnelle dans la prévention de l'obésité. *« Il est essentiel que les individus prennent conscience de l'impact direct de leurs choix de vie sur leur santé. En ayant des habitudes saines, une alimentation équilibrée et en restant actifs, ils peuvent réduire considérablement leur risque d'obésité. »*

« Bien sûr, il y a des prédispositions génétiques et des influences environnementales à prendre en compte (...) mais la qualité du sommeil, la sédentarité, les choix alimentaires, etc. sont des facteurs clés dans l'apparition de l'obésité. Il est temps que nous soyons francs sur ce point et que nous ne sous-estimons pas l'impact de nos propres choix sur notre poids. »

Lors de notre échange, un professionnel a souligné l'impact majeur des choix de transport sur la santé. Il a mis en lumière le lien étroit entre la dépendance à la voiture, l'accessibilité aux transports en commun et l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans. *« (...) ils contribuent à un mode de vie sédentaire. La majorité des déplacements se font en voiture donc on diminue les opportunités d'activité physique. »*

▪ Sédentarité

Bien que la sédentarité soit un aspect du mode de vie, ce terme a été tellement mentionné à plusieurs reprises par tous les participants de manière distincte, que nous avons jugé pertinent de le considérer comme une sous-catégorie à part entière. La sédentarité, ou le comportement sédentaire, peut être définie comme le fait de mener un style de vie caractérisé par une faible activité physique et une immobilité prolongée. Elle est décrite, par la Haute Autorité Santé (HAS), comme un déterminant majeur de l'état de santé agissant sur le statut pondéral.

« Avec la montée en puissance des technologies et des services de livraison à domicile, les gens sont de plus en plus enclins à rester sédentaires. Pourquoi se lever alors qu'on peut recevoir nos repas et nos courses à nos portes ? »

« On est dans une ère où les personnes passent des heures devant leurs écrans en grignotant des aliments peu nutritifs et surtout riches en calories et en sucres ajoutés (...). Le fait d'être

sédentaire pendant si longtemps affecte négativement le métabolisme, cela peut entraîner une augmentation de la graisse abdominale et un risque de développer un excès de poids. »

« (...) de plus, la sédentarité peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale. Et cela peut, à son tour, influencer les comportements alimentaires. Je m'explique, les personnes qui mènent une vie sédentaire ont souvent un niveau plus élevé de stress et de dépression, ce qui peut les amener à recourir à la nourriture comme mécanisme d'adaptation, en choisissant des aliments réconfortants, qui sont souvent riches en calories et en sucres. »

▪ Conscience des risques

Cette sous-catégorie englobe la conscience des risques. Cela fait référence à la compréhension et la reconnaissance des dangers potentiels associés à une condition ou à un comportement spécifique. Cela implique d'être informé des risques pour la santé qui peuvent découler d'un certain état de santé ou d'un mode de vie, ainsi que des conséquences négatives possibles.

« Lorsque nos patients prennent conscience que leur poids peut impacter leur santé cardiaque ou qu'ils pourraient développer un diabète, cela agit comme un électrochoc pour eux. Ils commencent alors à réaliser l'importance de modifier leurs habitudes. Ils se montrent plus ouverts à adopter un meilleur mode de vie. »

« (...) ça a été comme un déclic pour elle. Elle s'est montrée motivée à changer ces habitudes, car elle venait de réaliser que cela pouvait avoir un impact significatif sur sa santé à long terme. Et c'est sûr qu'avec trois enfants en bas âge, elle voulait mettre toutes les chances de son côté pour pouvoir être présente. »

« La prise de conscience des risques donne à nos patients un sentiment de responsabilité envers leur propre santé. En comprenant mieux les implications, ils sont plus motivés à agir de manière proactive pour prévenir et gérer leur poids de façon efficace. »

➤ Éléments à améliorer

Dans cette catégorie, nous avons rassemblé cinq dimensions identifiées par les professionnels lors des entretiens comme nécessitant des améliorations. Ces dimensions représentent essentiellement les perspectives potentielles envisagées par ces professionnels pour améliorer la gestion de l'obésité.

- Coordination et collaboration

L'un des intervenants a souligné le fait que « la coordination et la collaboration des soins de santé en Belgique en ce qui concerne l'obésité devraient bénéficier d'améliorations. Actuellement, je trouve qu'il existe un manque de coordination entre les différents acteurs de la santé. Cette fragmentation des services entraîne des lacunes dans la prise en charge de personnes obèses. (...) il serait nécessaire de mettre en place des systèmes de coordination et de collaboration plus efficaces, de favoriser la communication entre les différents prestataires. (...) Il faut qu'on arrive à avoir l'approche la plus intégrée et personnalisée possible pour chaque patient obèse. »

- Renforcement de l'éducation et de la sensibilisation

Les professionnels rencontrés ont souligné la nécessité d'un renforcement de l'éducation et de la sensibilisation autour de l'obésité. Ils ont mis en avant le fait qu'une meilleure compréhension de cette maladie pourrait contribuer à réduire les stigmatisations et les préjugés à son égard, favorisant ainsi un environnement plus inclusif et bienveillant pour les personnes touchées. De plus, ils ont insisté sur l'importance d'augmenter les interventions dans les milieux scolaires afin de fournir aux élèves les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé. Toutefois, ils ont également souligné que cette sensibilisation ne devrait pas se limiter à la simple transmission d'informations sur les risques liés à l'obésité, mais devrait également inclure une rééducation de la population sur la nature complexe de cette condition et sur l'importance d'une approche holistique pour sa prévention et sa gestion.

« Il faudrait que le grand public ait une meilleure compréhension de cette maladie. Ça pourrait contribuer à réduire les stigmatisations et les préjugés sur les obésités et donc favoriser un environnement plus inclusif et bienveillant pour les personnes touchées. »

« Il est essentiel d'augmenter les interventions dans les milieux scolaires afin de sensibiliser et d'éduquer efficacement sur l'obésité. Cela fournirait aux élèves les connaissances pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé (...), il est tout aussi important d'incorporer des discussions sur l'estime de soi. »

« (...) il faut aller au-delà de la simple diffusion d'informations sur les risques liés à l'obésité, il faut rééduquer la population. Il faudrait que tous comprennent que l'obésité est

une condition multifactorielle qui nécessite une approche holistique pour sa prévention et sa gestion. Les causes de l'obésité sont complexes, ce n'est pas juste le résultat d'une simple suralimentation et d'un manque d'exercice. (...) Chaque patient est unique et apporte avec lui une diversité de défis, ce qui ajoute à la complexité de la situation. Certains peuvent souffrir de harcèlement, d'autres de dépression, tandis que d'autres encore peuvent être confrontés à des traumatismes familiaux non résolus. »

De plus, lors des entretiens, une intervenante a vivement souligné l'importance d'éduquer non seulement la population, mais aussi les professionnels de santé, les décideurs politiques et d'autres parties prenantes, sur la nature sociale de l'obésité. Elle a mis en avant le fait que l'obésité n'est pas simplement un problème individuel, mais un problème de santé publique qui est profondément enraciné dans les structures sociales

« Il faut que tous comprennent qu'il faut arrêter de mettre la responsabilité sur les consommateurs. Il s'agit, ici, d'une responsabilité commune, un enjeu de santé publique complexe. (...) Il est impératif de sensibiliser et d'éduquer l'ensemble de la population sur cette réalité afin de mieux comprendre les nombreux facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui contribuent à son développement et à sa prévalence croissante. Cette prise de conscience permettrait de mettre en place des politiques et des initiatives qui favorisent des environnements favorables à des choix de vie sains »

- Promotion de politique alimentaire

Un des intervenants a mis en évidence qu'il était crucial d'améliorer la promotion des politiques alimentaires afin de mieux comprendre et répondre aux besoins de santé de la population. *« La santé ne se réduit pas simplement à une question de régime alimentaire, mais englobe un bien-être physique, mental et social. Les conseils nutritionnels dispensés par les autorités publiques ont tendance à mettre exclusivement l'accent sur les choix individuels en matière d'alimentation, sans mentionner les réalités matérielles et sociales qui influent sur ces choix. Il est nécessaire d'adopter une approche plus holistique, prenant en considération les déterminants sociaux de la santé (...) Il faut encourager des politiques alimentaires plus inclusives et équitables. »*

- Formation des professionnels de santé

Des témoins de santé ont souligné l'importance d'une approche interdisciplinaire dans la prise en charge de l'obésité, impliquant des équipes multidisciplinaires. Ils ont souligné que la formation devrait mettre l'accent sur la collaboration et la communication interprofessionnelles pour assurer une prise en charge holistique et personnalisée des patients atteints d'obésité.

« (...) la collaboration interdisciplinaire permettrait une gestion plus efficace et personnalisée de la maladie »

« La formation des professionnels de santé est la clé pour améliorer la qualité des soins et réduire les disparités en matière de santé liées à l'obésité. En tant que psychologue spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire, je plaide en faveur d'une formation plus approfondie sur la psychologie de l'obésité, y compris les aspects liés à l'image corporelle, l'estime de soi et les troubles alimentaires concomitants. Ça permettra aux cliniciens de mieux comprendre les motivations et les défis des patients obèses, et de fournir un soutien plus efficace et bienveillant. »

« Certains professionnels de la santé qui ne comprennent pas la complexité de cette maladie, préfèrent penser que c'est une responsabilité individuelle. Et c'est comme ça qu'on entend ce discours de « vous avez pris du poids tout seul, maintenant c'est à vous de trouver le moyen d'en perdre ». Il est urgent que tous les professionnels intègrent la complexité de l'obésité. Cela implique de reconnaître que l'obésité est bien plus qu'une simple question de surpoids, mais plutôt une condition multifactorielle influencée par une combinaison complexe de facteurs. »

▪ Mode de déplacement

Un intervenant a souligné la nécessité de *« (...) il faut repenser nos infrastructures urbaines pour encourager des modes de déplacement plus actifs, tels que la marche et le vélo, afin de lutter efficacement contre l'obésité et de promouvoir la santé de nos communautés. »*

3) ANALYSE DES ENTRETIENS EMPIRIQUES

Après avoir examiné les entretiens exploratoires, nous nous concentrons maintenant sur les entretiens avec les témoins ayant répondu favorablement à notre étude. Nous abordons l'analyse thématique des entretiens empiriques. Pour ce faire, nous avons choisi d'adopter la même

méthode d'analyse utilisée précédemment, afin de garantir une cohérence dans notre approche et une comparabilité des résultats. Ainsi, les mêmes catégories thématiques identifiées lors des entretiens exploratoires seront reprises et explorées plus en profondeur dans cette phase de notre recherche. Cette démarche nous permettra de mieux comprendre les perceptions, les expériences et les points de vue des participants concernant le sujet de notre étude.

Catégories	Sous-catégories
Facteurs favorisants	▪ Précarité ▪ Culture et habitudes alimentaires ▪ Publicité ▪ Stigmatisation ▪ Harcèlement ▪ Covid-19 ▪ Stress et émotions ▪ Éducation ▪ Traitement ▪ Mode de vie
Facteurs protecteurs	▪ Aucun facteur
Perception et efficacité des politiques de santé publique	▪ Sensation d'ignorance ▪ Besoin de mesures plus ciblées
Responsabilité individuelle	▪ Sentiment de culpabilité
Éléments à améliorer	▪ Éducation ▪ Prise en charge ▪ Soutien et accompagnement ▪ Revoir les normes

➤ Facteurs favorisants

▪ Précarité

Plusieurs témoins ont souligné que le manque d'argent et les difficultés financières étaient des facteurs contribuant à la prise de poids.

« Les aliments pas chers et transformés sont souvent les seuls que je peux me permettre d'acheter. C'est difficile de maintenir un régime équilibré dans ces circonstances. (...) Le

manque d'argent influence non seulement ce que je mange, mais aussi comment je le fais. Les repas rapides et peu coûteux sont souvent la seule option lorsque je suis pressée. »

« Malgré la hausse des prix des produits industriels, il reste moins cher et plus facile de mal manger que de bien manger en Belgique. »

- Culture et habitudes alimentaires

La sous-catégorie "culture et habitudes alimentaires" se réfère à l'influence des pratiques alimentaires enracinées dans la culture et les traditions d'une personne sur son poids et son état de santé. Après avoir mené des entretiens auprès des témoins, certains ont mis en évidence que dans leurs cultures, les repas traditionnels peuvent être riches en calories et en graisses, ce qui peut contribuer à une alimentation déséquilibrée et à un gain de poids excessif. De plus, les normes sociales entourant la nourriture dans une culture donnée, telles que les grandes portions ou les repas festifs fréquents, peuvent également jouer un rôle dans le développement de l'obésité. Les habitudes alimentaires transmises de génération en génération peuvent être difficiles à changer, même lorsque les personnes réalisent les implications négatives pour leur santé. Cela peut entraîner une résistance au changement et rendre difficile l'adoption de modes de vie plus sains.

« (...) à la maison, la nourriture est au cœur de tous nos repas de famille. Chaque repas est une célébration, et ça n'aide pas pour la perte de poids. »

« Depuis mon enfance, la nourriture a toujours été associée à des récompenses ou à des punitions. Si je ne finissais pas mon assiette, pas de dessert. Si je faisais quelque chose de bien, j'avais droit à des bonbons en récompense. C'était comme si la nourriture était utilisée comme moyen de pression ou de motivation. Ça a eu un impact profond sur ma relation avec la nourriture. »

« Pendant ma grossesse, j'ai pris du poids parce que mes proches me disaient que je devais manger pour deux. Je me suis confortée dans cette idée, mais au fond de moi, je savais que prendre 20 kilos n'était pas normal. »

- Publicité

Cette sous-catégorie met en lumière le rôle significatif que la publicité peut jouer dans la promotion de produits alimentaires souvent riches en calories, en sucres ajoutés, en gras saturés ou en sel, ce qui contribue à la prise de poids.

« Vous savez, ces publicités pour les fast-foods sont partout. Chaque fois que je regarde la télé ou que je me connecte en ligne, je suis bombardée par des images de hamburgers et de frites. C'est difficile de ne pas céder à la tentation, même si je sais que ça ne m'aide pas. »

« Vous ne pouvez aller nulle part sans voir une affiche pour un nouveau sandwich ou une pizza géante. Les publicités pour la malbouffe sont partout, et ça rend difficile de faire des choix sains quand elles sont constamment sous vos yeux. »

▪ Stigmatisation

Cette sous-catégorie se réfère à la discrimination, à la marginalisation et aux préjugés auxquels sont confrontées les personnes atteintes d'obésité dans différents aspects de leur vie en raison de leur poids. Après avoir mené des entretiens auprès de témoins, tous ont mis en évidence que la stigmatisation peut aggraver les problèmes liés à l'obésité et favoriser un environnement peu propice à la gestion du poids et à la santé globale.

« J'ai souvent l'impression d'être jugée lorsque je fais mes courses au supermarché. Les gens scrutent mon panier comme s'ils avaient le droit de commenter ce que je mange. »

« Les réseaux sociaux perpétuent constamment des stéréotypes négatifs sur les personnes obèses, ce qui renforce la discrimination. On dirait qu'ils oublient qu'il y a des personnes derrière les chiffres. »

« Même au sein de ma propre famille, je ressens parfois le poids de leur regard juges. Les remarques sur mon poids viennent souvent de ceux que j'aime, ce qui rend la situation encore plus douloureuse. »

« Les gens me disent souvent que si je veux perdre du poids, il me suffit de faire du sport et de manger mieux. Comme si c'était aussi simple que ça »

« Ça me donne parfois l'impression que les gens pensent que je suis paresseux ou que je ne fais pas assez d'efforts pour prendre soin de moi. Mais ce n'est pas aussi simple que ça. »

« Je me souviens clairement de cette journée à l'hôpital. Quand l'infirmière est arrivée avec mon plateau-repas, j'ai hésité, car je n'étais pas très fan de ce qui était dessus. Alors, j'ai timidement demandé s'il y avait d'autres options. Sa réponse a été un coup dur : 'Ça ne peut pas faire de mal de sauter un repas'. C'était comme si elle ne comprenait pas que manger était important pour moi comme pour n'importe qui d'autres. Cette simple réponse m'a fait me sentir insignifiant, comme si mes besoins n'étaient pas pris en compte. »

- **Harcèlement**

L'une des intervenantes a expliqué « ça a commencé quand j'étais à la petite école mais c'était moins flagrant que quand j'étais adolescente (...) on m'a appelé la grosse moche, c'était très compliqué. Le pire dans tout ça c'est que je croyais qu'ils avaient raison, quand on me crachait dessus, quand on m'insultait, bah je pensais que je méritais ça. j'ai mis du temps à admettre aux autres, à mes parents et surtout à moi-même que j'étais victime d'harcèlement (...) je pense que le fond du problème c'est comment on se sent à l'intérieur, et vu que je n'ai pas encore réussi à guérir ce trauma en moi, je reste bloquée. »

- **Covid 19**

Cette sous-catégorie met en évidence comment la pandémie de COVID-19 a exacerbé les facteurs qui favorisent l'obésité et a posé des défis supplémentaires pour les personnes concernées. *« (...) Pendant le covid, les confinements ont également eu un impact sur mes habitudes alimentaires. Le stress et l'ennui ont souvent conduit à des grignotages, ce qui a rendu difficile de maintenir un régime alimentaire équilibré. »*

- **Stress et émotions**

Elle se réfère à l'impact du stress chronique et des émotions sur la prise de poids et la gestion de l'obésité chez les individus. Après avoir mené les entretiens, tous les participants ont mis en évidence que le stress et les émotions peuvent jouer un rôle significatif dans les habitudes alimentaires.

« Parfois, je me sens tellement submergée par mes émotions que j'ai du mal à me contrôler. C'est comme si la nourriture était ma seule échappatoire. »

« La peur de l'échec et l'anxiété liée à mon poids sont lourdes. Cela crée un cercle vicieux où je me sens mal dans ma peau, ce qui me pousse à manger davantage pour soulager mes émotions négatives. »

« Les émotions fortes ont un impact énorme sur mon poids. Quand je suis triste, anxieuse ou en colère, je trouve souvent du réconfort dans la nourriture, et je mange, je mange, encore et encore jusqu'au dégoût. »

« Les études sont une période de ma vie extrêmement stressante. (...) je me retrouve à grignoter de façon compulsive pour soulager l'anxiété liée aux études. La nourriture est devenue une sorte de bouclier émotionnel, un moyen de fuir les pressions des études. ça a créé un cercle vicieux où le stress des études alimente ma prise de poids, et mon poids alimente mon stress quotidien. »

▪ Éducation

Un participant a souligné l'importance de l'éducation dans la promotion de choix alimentaires sains et dans la prévention des habitudes alimentaires malsaines. En effet, le manque d'éducation sur la nutrition et la santé peut contribuer à la prise de poids et au développement de l'obésité.

« (...) personne ne m'a jamais vraiment appris l'importance d'une alimentation équilibrée. C'est seulement plus tard, en apprenant par moi-même, que j'ai compris à quel point mes choix alimentaires pouvaient affecter ma santé. Si j'avais eu une meilleure éducation sur la nutrition plus jeune, je pense que cela aurait pu prévenir certaines de mes mauvaises habitudes alimentaires.»

▪ Traitement

Lors de nos entretiens, deux participantes ont souligné l'impact des traitements médicaux sur leur prise de poids. Pour la première, les anxiolytiques prescrits pour faire face au stress et à l'anxiété ont entraîné une prise de poids involontaire. Pour la seconde, la pilule contraceptive, initialement prescrite pour traiter l'acné, a eu des conséquences inattendues sur son poids.

« Depuis que mon mari m'a quitté, je passe une période de grande angoisse et de stress. Mon médecin m'a prescrit des anxiolytiques (...) mais je suis sûre que ce médoc a aussi joué un rôle dans ma prise de poids »

« Quand j'ai commencé à prendre la pilule pour traiter mon acné, personne ne m'a averti des possibles conséquences sur mon poids. Au début, je n'ai pas fait le lien, mais au fil du temps, j'ai commencé à remarquer que je prenais du poids. C'était fou de réaliser que quelque chose que je prenais pour traiter un problème de peau m'en a créé un autre. »

- Mode de vie

Trois participantes ont souligné l'impact significatif de leur mode de vie sur leur santé et leur poids. Pour l'une d'entre elles, travailler de nuit a entraîné des habitudes alimentaires peu saines, tandis qu'un autre a attribué sa prise de poids à la transition vers la vie urbaine après son mariage. Enfin, une participante a mentionné le passage d'un mode de vie initial mignon et attentionné à un schéma alimentaire excessif et peu sain après son mariage.

« Au début, je pensais que travailler de nuit ne serait pas un gros problème, mais avec le temps, j'ai réalisé à quel point cela avait affecté ma santé. Je me suis retrouvée à boire beaucoup Redbull pour rester éveillée, e à grignoter toute la nuit. »

« Je me suis mariée et j'ai déménagé en ville, et tout a changé. La vie à la campagne était différente, avec moins de tentations alimentaires. (...) Je me suis retrouvée entourée de fast-foods à chaque coin de rue (...) Je me suis laissée tentée, je me disais à chaque fois que c'était juste une fois mais ça a fini par devenir une habitude. »

« Au début du mariage, c'était mignon, on commandait souvent UberEats, on mangeait beaucoup dehors. Et quand je cuisinais, c'était souvent des bons repas et beaucoup desserts pour faire plaisir à mon mari. Mais au fil du temps, je voyais que ce mode de vie pas healthy nous faisait grossir. »

- Facteurs protecteurs

- Aucun facteur

Cette sous-catégorie pourrait être définie par l'absence de ressources, de soutien et de choix alimentaires sains dans l'environnement quotidien de la personne. Un des participants a mis en évidence le sentiment d'être constamment confronté à des obstacles dans la lutte contre

l'obésité, sans disposer des ressources ou du soutien nécessaires pour les surmonter. L'absence de soutien social, de conseils professionnels ou d'accès à des services de santé peut constituer un facteur de vulnérabilité, car cela rend plus difficile la prise en charge de l'obésité et la promotion de modes de vie sains. Un deuxième témoin a souligné la prévalence des tentations de malbouffe dans l'environnement quotidien de la personne, ce qui crée un sentiment d'impuissance face à la lutte contre les habitudes alimentaires malsaines. L'absence de choix alimentaires sains accessibles ou abordables dans l'environnement de vie peut rendre difficile la prise de décisions alimentaires saines et la résistance aux tentations.

« C'est comme si j'étais constamment confronté à des obstacles sans avoir de soutien pour m'aider à les surmonter. (...) Mon entourage joue un rôle important dans mes choix alimentaires, même s'ils ne le réalisent peut-être pas. Je suis quelqu'un d'influenable et quand mes amis ou ma famille commandent ou vont dans des fast-foods, j'ai tendance à suivre le mouvement. Le problème, c'est que la plupart d'entre eux sont plutôt fit, ou ont un métabolisme plus rapide que le mien, ils peuvent donc se permettre ces excès. Alors que pour moi, chaque repas non planifié peut avoir un impact significatif sur ma santé et mon poids. »

« La malbouffe est partout, c'est comme si l'environnement dans lequel je vis faisait pour je mange plus. (...) Je pense que beaucoup de gens sous-estiment à quel point l'obésité peut toucher n'importe qui. »

Une autre participante a souligné que son mari ne la soutenait pas dans ses efforts de perte de poids, car pour lui, la graisse était synonyme d'abondance et être en chair était équivalent à être en bonne santé. Cette situation a eu un impact sur sa motivation et sa capacité à persévérer dans ses tentatives de perte de poids. *« Mon mari ne comprend pas que je veuille perdre du poids. Pour lui, être en chair est synonyme de féminité, alors dès que j'essaie de suivre un régime, il se fout de moi. (...) Je me sens seule dans cette démarche »*

➤ Perception et efficacité des politiques de santé publique

▪ Sensation d'ignorance

La sous-catégorie "sensation d'ignorance" met en lumière le manque de compréhension, de soutien et de prise en compte des besoins individuels dans les politiques de santé publique

liées à l'obésité. Ce manque de clarté et de soutien contribue à un sentiment d'ignorance, de frustration et d'isolement chez les personnes concernées. Un témoin a remis en question l'efficacité des campagnes nutritionnelles classiques, qui se concentrent uniquement sur la modification des habitudes alimentaires et transmettent souvent un message culpabilisant. Un autre participant a mis en évidence le fait que les politiques de santé publique semblent souvent se concentrer sur la prévention de l'obésité, plutôt que sur le soutien et la prise en charge des personnes déjà confrontées à ce problème.

« Je ne suis pas sûre de comprendre comment les politiques de santé publique sont censées nous soutenir dans notre lutte contre l'obésité. Je ne vois pas vraiment de résultats dans ma vie quotidienne. »

« Ah bon ? (...) j'ai jamais entendu parler des politiques de santé publique. »

« Les politiques de santé publique semblent souvent axées sur la prévention plutôt que sur le soutien et la prise en charge des personnes déjà confrontées à l'obésité. On se sent exclue et oubliée. Il est temps de revoir les campagnes nutritionnelles classiques qui se concentrent uniquement sur le "comment changer les habitudes alimentaires" et transmettent souvent un message culpabilisant du type "vous avez de mauvaises habitudes, changez-les". Ces approches risquent d'échouer car elles reposent sur des présupposés non vérifiés : que les individus sont stables dans leurs habitudes alimentaires, que l'environnement social est stable, et que les connaissances nutritionnelles sont définitives. »

- Besoin de mesures plus ciblées

Un participant a mis en avant son souhait d'avoir des politiques de santé publique plus ciblées qui répondent spécifiquement à leurs besoins et défis uniques. Il a souligné que des approches plus individualisées et adaptées à leur réalité pourraient être plus efficaces pour promouvoir des comportements de santé positifs et prévenir l'obésité.

« Personnellement, je n'ai pas l'impression que politiques actuelles prennent en compte nos difficultés, surtout ceux liés à notre mode de vie, à notre environnement. Des mesures plus ciblées pourraient mieux répondre à nos besoins. »

- Responsabilité individuelle
 - Sentiment de culpabilité

Cette sous-catégorie fait référence aux émotions négatives ressenties par les personnes atteintes d'obésité en raison de leur poids et de leurs habitudes de vie, ainsi qu'à la tendance à s'attribuer la responsabilité personnelle de leur condition. Après avoir mené des entretiens auprès de témoins atteints d'obésité, tous ont témoigné de ce sentiment. *« Il y a ce poids de culpabilité constant qui m'accompagne. Parfois, je me demande si j'aurais pu faire plus pour éviter de devenir obèse, si j'avais pris de meilleures décisions dans le passé. »*

« Je me sens coupable vis-à-vis de ma famille et de mes amis, comme si mon poids était une source de honte ou de déception pour eux. Cela amplifie encore plus le sentiment de culpabilité que je ressens à l'égard de mon propre corps. »

« Même lorsque je prends des résolutions pour améliorer ma santé, il y a toujours ce sentiment de culpabilité qui persiste. Comme si je n'en faisais jamais assez pour mériter un corps sain. »

« Tu sais, c'est tellement difficile pour moi. Chaque soir, après avoir mangé trop, je me fais cette promesse à moi-même que demain sera différent. Que je vais enfin mettre fin à ces mauvaises habitudes et prendre les choses en main. Mais le lendemain arrive et je retombe toujours dans les mêmes travers. C'est comme si je manquais de volonté, comme si je n'étais pas capable de changer. Et chaque fois que je me retrouve dans cette situation, je me sens tellement mal. Comme si je ne valais rien. Et je finis par me dire que c'est de ma faute. »

➤ Éléments à améliorer

▪ Éducation

Les témoignages ont mis en évidence l'importance de l'éducation dans la prévention et la gestion de l'obésité, ainsi que la nécessité d'une approche holistique qui aborde les aspects physiques, psychologiques et comportementaux de cette condition. *« Je pense qu'il est essentiel d'améliorer l'éducation sur la nutrition dès le plus jeune âge. Si j'avais eu accès à une meilleure éducation sur les choix alimentaires et les risques liés à l'obésité plus tôt dans ma vie, j'aurais peut-être pu éviter certains des pièges. »*

« J'aimerais voir plus d'efforts pour sensibiliser (...) il est temps que l'éducation sur la santé devienne une priorité nationale. »

« L'éducation sur la santé ne devrait pas se limiter aux informations de base. Il est important d'aborder également les aspects psychologiques et comportementaux de l'obésité. »

- **Prise en charge**

La sous-catégorie "prise en charge" se réfère à la nécessité d'améliorer les services et les ressources disponibles pour aider les personnes atteintes d'obésité à prendre en charge leur condition de manière efficace et durable.

« Je pense que c'est important que les professionnels de santé adoptent une attitude plus empathique et moins jugeante pour aider les personnes obèses à trouver des solutions adaptées à leurs besoins. »

« En tant que personne obèse, je me sens souvent mise de côté par le système de santé. Il faut que les services de santé soient plus accessibles, et qu'ils puissent offrir des options de traitement qui respectent la dignité des personnes. (...) Ça a été une expérience humiliante à l'hôpital. Quand ils sont venus pour prendre ma tension, le brassard a simplement explosé autour de mon bras, comme si même l'équipement médical n'était pas fait pour moi. Et puis, quand je me suis assise, la chaise s'est cassée comme si j'étais trop lourde pour elle. (...) Mais le pire, c'était les repas. Ils étaient tellement insuffisants, comme s'ils ignoraient mes besoins nutritionnels. C'était comme une double peine, me sentir déjà mal avec mon poids et ensuite être confrontée à ces situations qui ne faisaient que renforcer ce mal-être »

- **Soutien et accompagnement**

Un des témoins a exprimé le besoin d'obtenir un soutien adéquat de la part des professionnels de santé, ce qui implique une approche personnalisée et holistique de la prise en charge de l'obésité. Cela peut inclure des conseils nutritionnels, un suivi médical régulier, un soutien psychologique et émotionnel, ainsi que des ressources pour aider à surmonter les obstacles rencontrés. Elle a également partagé le sentiment d'être livrée à elle-même dans sa lutte contre l'obésité, ce qui souligne un manque de soutien professionnel adapté à ses besoins. Elle a mentionné qu'il est difficile de trouver des professionnels de santé qui

comprennent réellement ses défis spécifiques liés à l'obésité. *« Je me sens souvent seule. (...) C'est difficile de trouver des professionnels de santé qui comprennent vraiment les défis liés à l'obésité et qui peuvent me soutenir. (...) Je me sens souvent délaissée et isolée. C'est comme s'il y avait un manque de soutien et ressources vers lesquels je pourrais me tourner. »*

- Revoir les normes

Une des intervenantes a partagé son expérience en tant que personne ayant un IMC de 32, ce qui est catégorisé comme obésité selon les normes médicales. Cependant, malgré son statut d'obèse sur papier, elle a exprimé ne pas se percevoir comme telle. Elle a remis en question l'utilité et la validité de l'IMC en tant qu'indicateur de l'obésité, soulignant les limitations de cette mesure. Pour elle, *«il est important de revoir les règles établies et de repenser la manière dont nous mesurons le poids. On devrait plutôt adopter une approche qui tienne compte des différentes caractéristiques biologiques, génétiques, sociales, culturelles et psychologiques des individus »*. Selon elle, l'obsession autour de l'IMC et la stigmatisation associée contribuent à une perception négative de soi chez les personnes en surpoids ou obèses. *« Faudrait que le diagnostic d'obésité ne soit pas basé uniquement sur le calcul de ce foutu IMC (...) il faut des approches qui ne se concentrent pas uniquement sur les chiffres d'une échelle. »*

CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS

Dans ce chapitre de discussion, nous aborderons d'abord les potentiels biais et limites de l'étude afin de contextualiser nos résultats. Ensuite, nous interpréterons les résultats obtenus dans le but de répondre à la question de recherche : **« Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ? »**

1) LIMITES ET BIAIS

Tout d'abord, étant donné la nature qualitative de cette étude, notre objectif n'était pas de produire des résultats généralisables, mais plutôt de capturer une diversité d'expériences vécues. Nous estimons avoir partiellement atteint cet objectif, compte tenu de la variété des thèmes qui ont émergé au cours des entretiens. Cependant, il est important de noter que sur les 9

participants, 7 étaient des femmes (soit 77,77%), les hommes étant en minorité. Cette répartition des genres pourrait avoir une influence sur les résultats.

De plus, un biais potentiel qui peut également se manifester est la tendance des individus à fournir des réponses socialement acceptables, connue sous le nom de biais de désirabilité sociale. Il est possible que ce biais ait influencé les réponses obtenues. Étant donné la sensibilité de la problématique abordée, il est envisageable que les personnes interrogées aient ressenti de la honte, de la culpabilité, ou d'autres émotions qui pourraient avoir affecté leur honnêteté dans leurs réponses. Cependant, compte tenu des informations recueillies lors des entretiens, nous supposons que les réponses fournies reflètent la réalité telle que perçue par les participants.

Il est important de reconnaître la possibilité de biais méthodologiques, car nous avons interprété les résultats nous-mêmes, ce qui introduit une certaine subjectivité. Cependant, dans le cadre de ce travail qualitatif, nous nous sommes efforcés d'atteindre un haut niveau d'objectivité. À cet effet, lors de chaque entretien, nous avons reformulé les propos des participants, leur permettant ainsi de valider et de développer les points que nous cherchions à mettre en lumière lors de l'entretien.

Le biais de sélection est présent dans notre choix des professionnels rencontrés, car nous avons délibérément opté pour ceux qui ont déjà eu une expérience de prise en charge des personnes atteintes d'obésité, les considérant comme plus sensibilisés à la problématique. De plus, nous avons limité notre sélection aux professionnels de santé de la région de Bruxelles, ce qui pourrait ne pas être représentatif de l'ensemble des professionnels de santé en Belgique. Malgré cela, nous avons veillé à diversifier les profils des personnes interrogées afin de recueillir un maximum d'informations et de perspectives sur le sujet.

En ce qui concerne la qualité des résultats, il convient de noter que ce travail n'est pas exhaustif et que d'autres entretiens auraient pu enrichir notre travail. Cependant, le manque de volontaires et les contraintes tels que la limite de pages, la nature étendue du sujet et le nombre limité de témoins disponibles et le temps nous ont empêchées de le faire. Par conséquent, nous avons dû faire des choix dans la rédaction de certains points.

2) INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Avant de rentrer dans l'interprétation des résultats recueillis lors des entretiens, il est pertinent de noter que la littérature existante avait déjà mis en évidence que les personnes les moins

éduquées, c'est-à-dire celles ayant les diplômes les plus bas ou pas de diplôme, étaient les plus touchées par l'obésité. De plus, il a été rapporté que les hommes sont plus fréquemment affectés par cette condition, même si la différence n'est pas significative. Cependant, les participants que nous avons rencontrés et qui sont atteints d'obésité viennent réfuter cette tendance : en effet, notre échantillon comprend 2 hommes pour 7 femmes. Concernant le niveau d'éducation, 4 personnes avaient un diplôme d'enseignement supérieur et 5 avaient un diplôme secondaire ou primaire. Nous pouvons aussi relever que la littérature existante indique que l'IMC tend à augmenter avec l'âge jusqu'à environ 65 ans, ce qui a également été confirmé par le profil de nos participants. Cependant, il convient de noter que ces données doivent être interprétées avec prudence car notre échantillon est relativement petit, ce qui limite la pertinence et la significativité statistique de nos résultats. De plus, le mode de communication de notre étude s'est principalement appuyé sur les réseaux, ce qui signifie que certains profils pourraient ne pas avoir eu accès à l'information, introduisant ainsi un biais potentiel dans notre échantillon.

Pour interpréter les résultats, nous procéderons d'abord à une comparaison entre les témoignages des témoins privilégiés et ceux des personnes atteintes d'obésité, mettant en évidence les différences et les similitudes. Parallèlement, nous comparerons également les éléments théoriques aux témoignages recueillis. Enfin, nous discuterons et tenterons de mettre en lien avec notre problématique de départ.

a. Facteurs favorisant

Les données des entretiens exploratoires et des entretiens empiriques révèlent plusieurs similitudes dans les facteurs favorisant l'obésité identifiés. Les deux ensembles de données mettent en évidence la précarité financière comme un facteur clé, créant des défis pour maintenir un poids sain en raison de contraintes financières. De plus, l'accès limité à une alimentation saine en raison de la prédominance des fast-foods et l'influence de la publicité sur les habitudes alimentaires sont également des thèmes récurrents dans les deux ensembles de données. Les influences culturelles, la stigmatisation, les effets indésirables de certains médicaments et l'impact de la pandémie de Covid-19 sur les modes de vie sont également des facteurs mentionnés dans les deux ensembles de données. Cependant, les entretiens empiriques ont également mis en avant des facteurs supplémentaires tels que le stress et les émotions ainsi

que le manque d'éducation sur la nutrition. Ces résultats suggèrent une convergence dans la perception des facteurs contribuant à l'obésité, tout en soulignant des aspects spécifiques relevés par les personnes atteintes d'obésité dans les entretiens empiriques.

Les données issues des entretiens exploratoires et des entretiens empiriques mettent en lumière plusieurs similitudes avec les données de la littérature concernant les facteurs favorisant l'obésité. Effectivement, tant dans les entretiens que dans la littérature, l'influence de la précarité financière sur les choix alimentaires et les habitudes de vie est largement reconnue. Les participants aux entretiens ont fréquemment signalé les contraintes financières comme étant un obstacle significatif à l'adoption d'un mode de vie sain, mettant en évidence la relation étroite entre les ressources économiques et les comportements alimentaires. De manière similaire, la littérature souligne que le milieu socio-économique joue un rôle déterminant dans la prévalence de l'obésité, avec notamment des difficultés accrues d'accès à des aliments nutritifs de qualité pour les personnes économiquement défavorisées (de Saint Pol, T., 2013). De plus, la prédominance des fast-foods et l'influence de la publicité sur les choix alimentaires sont des thèmes récurrents à la fois dans les entretiens et dans la littérature, mettant en évidence l'impact des environnements alimentaires obésogènes sur les tendances à l'obésité. En effet, en 2013, la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles de l'OMS préconisait déjà de lutter contre cet environnement obésogène en favorisant les conditions où le choix sain devient naturellement le choix privilégié (OMS, 2023). Les populations les plus marginalisées et précarisées sont affectées de manière disproportionnée par la malnutrition sous toutes ses formes incluant tant la sous-alimentation que la « malbouffe » et l'obésité (Eggen, M. Vermeulen, M., et al, 2020). Il semble que malgré les efforts déployés par les politiques de santé publique, les inégalités socio-économiques persistent et continuent d'exacerber les taux d'obésité. Il serait nécessaire de prendre des mesures supplémentaires pour aborder les inégalités socio-économiques qui sous-tendent l'obésité.

L'insécurité financière n'en est pas la seule cause. En effet, les entretiens et la littérature identifient les facteurs culturels comme des déterminants importants des comportements alimentaires et de l'acceptabilité sociale des différentes morphologies corporelles. Les entretiens des participants ont mis en évidence l'impact significatif des normes culturelles et des attentes sociales sur la perception individuelle de l'image corporelle et les habitudes

alimentaires. Comme l'a mentionné Jean Pierre Poulain (2013), sociologue et anthropologue de l'alimentation, certaines cultures valorisent la corpulence, la considérant comme un signe de réussite sociale et de prospérité, tandis que d'autres la stigmatisent, l'associant souvent à la maladie ou à la pauvreté. Ainsi, un corps rond peut être perçu comme un symbole de distinction et de succès, tandis que la minceur est parfois connotée négativement. Ces variations dans la perception de la corpulence reflètent les diversités des normes socioculturelles à travers le monde. De plus, notons que les préférences gustatives sont le fruit d'une construction sociale, façonnées notamment par l'environnement familial, les identités individuelles et les interactions sociales (Biernaux, M., 2020). Nous pensons que l'analyse des facteurs culturels dans le contexte de l'obésité est indispensable pour une approche complète de la santé publique, soulignant l'importance de reconnaître et de respecter la diversité des normes sociales et des perceptions corporelles dans la conception des politiques de prévention et de gestion de l'obésité.

Au cours des entretiens exploratoires et empiriques, la notion d'éducation est souvent apparue comme un élément crucial. Il a été mentionné à plusieurs reprises par différents types de participants. Comme évoqué dans notre introduction, les données de l'enquête nationale de santé de 2018 menée par Sciensano indiquent que le niveau d'éducation est un facteur déterminant de l'obésité. Elle a mentionné une corrélation inverse entre le niveau d'éducation et l'obésité, suggérant ainsi une prévalence plus élevée de l'obésité chez les individus ayant un niveau d'instruction plus faible. Le niveau d'éducation peut influencer la santé à travers divers mécanismes, tels que le statut socio-économique (par exemple, le revenu et la profession), ainsi que la compréhension et les comportements liés à la santé. De plus, des études européennes ont souligné que le faible niveau d'éducation des parents constitue un facteur de risque pour l'obésité chez les enfants (HIS, 2018). On constate également que les sujets avec un niveau intellectuel bas sont loin de la définition médicale de l'obésité, ce qui nécessite un travail de sensibilisation avant de passer à la prise en charge (I. Nasri, 2020).

Un autre facteur qui a été retrouvé chez les deux types de participants est la stigmatisation de l'obésité, qui peut engendrer des comportements alimentaires néfastes, tels que des régimes restrictifs, susceptibles de déclencher le phénomène du yoyo et pouvant conduire à des troubles alimentaires. Cette observation est également étayée par la littérature, comme nous l'avons déjà

mentionné notre cadre théorique. Nos entretiens confirment donc que la stigmatisation est bien perçue comme un facteur favorisant de l'obésité. Nous pouvons faire le lien avec le harcèlement. Le harcèlement lié à l'obésité, comme le souligne l'affirmation de l'écrivaine Marx Daria, selon laquelle « plus il y a d'obésité chez les enfants, plus il y a aussi de harcèlement en milieu scolaire. » (L. Pola, 2020). Les statistiques de l'OMS mettent en lumière que 63 % des enfants en surpoids sont susceptibles d'être victimes de harcèlement (M. De Fournas, 2022). Alors que le harcèlement en milieu scolaire est un problème reconnu depuis plusieurs années et est pris au sérieux par le gouvernement, la grossophobie, quant à elle, peine encore à être officiellement reconnue et traitée. Le manque de reconnaissance de la grossophobie se reflète dans le fait que cette forme de discrimination n'est pas spécifiquement désignée dans la législation, ce qui se traduit par une absence de sensibilisation à ce sujet dans les programmes d'éducation civique et morale à l'école. Cette lacune peut entraîner un manque de soutien pour les enfants en surpoids qui sont confrontés à la grossophobie, les laissant vulnérables aux effets néfastes sur leur bien-être mental et émotionnel. Ce harcèlement peut renforcer la stigmatisation et avoir un impact néfaste sur la santé mentale et le bien-être des personnes concernées.

De plus, il a été relevé, dans le compte rendu de l'assemblée de la commission communautaire francophone 2020-2021, que la crise sanitaire liée au Covid-19 a mis en lumière le lien étroit entre cette maladie et l'obésité. Le député socialiste Ikazban J. a souligné que la pandémie a contribué à une prise de poids accrue, attribuée à la baisse de morale et au confinement. Dans un article publié par FIAN en 2022, il est indiqué que le Covid-19 accentue les risques associés à l'obésité et aux mauvais régimes alimentaires, cette dernière étant un facteur de comorbidité. Cette interaction crée un cercle vicieux qui rend les populations plus vulnérables face au virus et à d'autres maladies. Ces observations concordent avec les résultats des entretiens exploratoires et empiriques, mettant en évidence le Covid-19 comme un facteur favorisant l'obésité. Ces constatations suscitent des inquiétudes mais elles ne sont pas inattendues. La crise sanitaire a amplifié les disparités existantes en matière de santé. Cette situation met en évidence la nécessité pressante de repenser nos stratégies de santé publique.

Comme souligné par les témoins rencontrés, le marketing agressif de l'industrie alimentaire a un impact significatif sur les choix alimentaires et les habitudes de vie. Les propositions de l'association FIAN pour imposer des mesures plus strictes, tel que restreindre les publicités,

soulignent l'importance de ces pratiques dans la promotion de la consommation d'aliments malsains et leur corrélation avec l'obésité. Par conséquent, elles peuvent être considérées comme des facteurs de l'environnement générateur d'obésité. La publicité intensive pour des aliments peu sains contribue à normaliser des comportements alimentaires malsains et des modes de vie sédentaires, renforçant ainsi le lien entre la publicité, les habitudes alimentaires et l'obésité (De Rycker, J., 2009 ; Eggen, M. & Vermeulen, M., 2020). Il paraît dès lors évident que la publicité et la promotion alimentaire font partie intégrante de l'environnement dans lequel nous évoluons contribuant ainsi aux normes culturelles et aux comportements alimentaires.

Les personnes atteintes d'obésité ont mentionné le stress et les émotions comme des facteurs favorisant de l'obésité, et cette observation est également corroborée par le Dr Zoltan Pataky, professeur et médecin au sein des hôpitaux universitaires de Genève, dans un de ses documentaires. En effet, il explique que « certains aliments riches en sucres et en graisses ont un effet anxiolytique, ce qui peut conduire les individus à les consommer en période de stress pour soulager leurs émotions. D'où l'émergence du terme « comfort-food ». Cependant, les effets secondaires de cette pratique, notamment la prise de calories excessives, sont non négligeables et peuvent contribuer à la prise de poids ». Ces constats mettent en lumière l'importance cruciale de considérer les aspects psychologiques et émotionnels dans la gestion du poids et de l'obésité. Les comportements alimentaires ne sont pas seulement influencés par la faim physique, mais aussi par des facteurs émotionnels.

Au cours des entretiens empiriques et exploratoires, il a été remarqué l'impact des traitements médicamenteux sur la prise de poids. Cette constatation était nettement plus fréquente parmi les personnes atteintes d'obésité que parmi les témoins privilégiés, où ce sujet n'a été abordé qu'une seule fois. Au cours des entretiens, deux traitements ont été mentionnés comme jouant un rôle dans la prise de poids : la pilule contraceptive et les anxiolytiques. Cependant, il est important de noter que dans la littérature scientifique, un éventail beaucoup plus large de médicaments est associé à une prise de poids. Parmi les médicaments les plus couramment incriminés dans la pratique clinique, on trouve les corticoïdes, les neuroleptiques et les antidépresseurs, certains antidiabétiques oraux et l'insuline, ainsi que certains antihypertenseurs. Il est à souligner qu'ils peuvent agir comme des facteurs favorisant sur un

terrain prédisposé (Chabroux, S., 2010). La pilule contraceptive est souvent absente des discussions sur les traitements médicamenteux associés à une prise de poids dans la littérature scientifique. Cela s'explique en partie par les divergences de résultats, reflétant la complexité de cette question. Bien que certaines études, telle que la revue systématique de 2013 publiée dans « Gynécologie Obstétrique Pratique », n'aient pas trouvé de lien significatif entre la prise de la pilule et la prise de poids, d'autres recherches ont mis en évidence des associations entre la prise de contraceptifs hormonaux et des changements de poids, bien que ces changements soient généralement modestes (Camain, J.Y, von Elm, E., & Renteria, S.C., 2011). Il est donc important de reconnaître que les réponses individuelles à la pilule contraceptive peuvent varier en fonction de divers facteurs. Les expériences individuelles doivent être prises en considération tout en tenant compte des données plus larges de la recherche scientifique pour obtenir une image complète de l'effet de la pilule sur le poids.

Dans les entretiens empiriques, il a été souligné que le mode de vie a joué un rôle significatif dans l'apparition de l'obésité chez certains participants (travail de nuit, mariage, vie urbaine). Le travail de nuit peut effectivement entraîner des problèmes cliniques et avoir des répercussions significatives sur la santé du travailleur. Par exemple, le caractère irrégulier des horaires de travail de nuit implique de prendre les repas à des moments inhabituels qui pourrait être considéré comme un facteur de risque important dans le développement d'un excès de poids (Rohmer, O., Bonnefond, A., Muzet, A. & Tassi, P., 2004). Les entretiens empiriques ont mis en évidence des expériences individuelles liées au mode de vie alors que, lors des entretiens avec les témoins privilégiés, ces facteurs n'ont pas été mentionnés. Cette différence souligne l'importance de considérer les influences environnementales et sociales dans le développement de l'obésité. Comme le note l'OMS : « La responsabilité individuelle ne peut pleinement jouer son rôle que si on a accès à un mode de vie sain. » (Eggen, M., 2022), c'est pourquoi elle recommande vivement la promotion d'un mode de vie sain, car on sait que c'est un déterminant majeur de la santé globale.

Comme évoqué dans notre cadre théorique, il existe des formes d'obésité purement biologiques, généralement génétiques, et des formes purement comportementales. La génétique intervient comme facteur de susceptibilité. Certains gènes prédisposeraient certains individus à une meilleure efficacité métabolique, à une capacité de stockage particulière en cas d'excès d'apport,

ou encore, certains individus peuvent se voir être plus susceptibles aux effets de la sédentarité que d'autres (Basdevant, A., 2006). De plus, le facteur génétique, relevé uniquement lors des entretiens exploratoires, souligne la difficulté de distinguer l'impact des gènes de celui de l'environnement familial partagé. La discussion sur l'impact de la génétique et son interaction avec l'environnement familial partagé est particulièrement pertinente, car elle souligne l'importance de considérer à la fois les facteurs individuels et environnementaux dans la prévention et la gestion de l'obésité.

b. Facteurs protecteurs

Les données des entretiens exploratoires et des entretiens empiriques mettent en évidence des différences dans la perception des facteurs protecteurs de l'obésité. Les témoins privilégiés des entretiens exploratoires ont identifié deux facteurs protecteurs clés : l'accès aux soins de santé et l'éducation. Ces facteurs sont considérés comme essentiels pour promouvoir des choix de vie sains et prévenir les problèmes de santé liés à l'obésité. En Belgique, il existe un certain nombre de cliniques spécialisées dans la prise en charge de l'obésité, ainsi que des programmes de traitement personnalisé disponibles pour les enfants et les adolescents obèses. Ces programmes comprennent également des consultations diététiques, qui peuvent être partiellement ou totalement remboursées. Dans un communiqué de presse le ministre de la Santé publique, Frank Vandenbroucke (2023), met en avant la prévention et la détection précoce comme des priorités dans la lutte contre l'obésité. Il annonce également le renforcement du soutien aux soins de première ligne dans cette démarche, soulignant ainsi l'importance d'une approche globale et coordonnée pour promouvoir des choix de vie sains et réduire les risques liés à l'obésité.

En revanche, les personnes atteintes d'obésité lors des entretiens empiriques ont exprimé des témoignages soulignant le manque de ressources et de soutien, ainsi que les défis environnementaux rencontrés dans la lutte contre l'obésité. Ces résultats suggèrent une divergence dans la perception des facteurs protecteurs entre les deux groupes, mettant en lumière des besoins et des perspectives différents en matière de prévention et de gestion de l'obésité. Nous trouvons que cette divergence de perspectives souligne l'importance de prendre en compte la variabilité des expériences individuelles dans la conception et la mise en œuvre des interventions de prévention de l'obésité. Il est crucial de reconnaître les obstacles

spécifiques rencontrés par les personnes atteintes d'obésité et de s'efforcer de fournir un soutien adéquat pour surmonter ces défis.

c. Perceptions et efficacité des politiques de santé

Les deux ensembles de données mettent en lumière des perspectives divergentes sur les perceptions des politiques de santé publique et leur efficacité dans la prévention de l'obésité. Les témoins privilégiés des entretiens exploratoires ont souligné l'importance des politiques telles que la réglementation des publicités alimentaires, les programmes de sensibilisation et l'intégration de l'éducation nutritionnelle dans les écoles. Ils ont également mis en avant la nécessité de former les professionnels de santé et d'évaluer l'impact des politiques en place. En revanche, les personnes atteintes d'obésité dans les entretiens empiriques ont exprimé des préoccupations quant à l'inefficacité et à l'adaptabilité limitée des politiques de santé publique à leurs besoins individuels. Elles ont plaidé en faveur de mesures plus ciblées et d'une meilleure prise en compte des réalités des personnes obèses dans la formulation des politiques de santé publique. La dégradation continue de l'état nutritionnel de la population malgré plusieurs plans nutrition-santé mis en place pour tenter d'inverser la tendance, vient confirmer leur ressenti. Ces plans se sont avérés inefficaces pour endiguer le fléau de la malbouffe. Parmi les principales raisons de cet échec, il faut noter la difficulté de développer une approche globale et cohérente dans un terrain institutionnel belge fragmenté. Mais surtout le fait que ces politiques nutritionnelles restent essentiellement volontaires et non contraignantes pour l'industrie alimentaire. Il est urgent de développer des politiques ambitieuses, en complétant les mesures volontaires par des mesures contraignantes pour l'industrie agro-alimentaire (interdiction de la publicité, taxes sur la malbouffe, incitants fiscaux pour les produits sains, obligation d'une information nutritionnelle à travers la généralisation du nutri-score, etc.). Ces mesures sont recommandées par les institutions internationales mais ont, jusqu'à présent, été empêchées par le lobby de l'industrie alimentaire (Eggen, M., 2020). Ces résultats soulignent l'importance de prendre en considération les perspectives variées des différentes parties prenantes dans le développement et l'évaluation des politiques de santé publique visant à lutter contre l'obésité. Nous pouvons donc avancer qu'il existe un décalage entre les stratégies adoptées et les besoins réels de la population, les politiques actuelles pourraient ne pas être suffisamment efficaces pour inverser la tendance à l'obésité en Belgique.

d. Responsabilité individuelle

Les deux ensembles de données abordent la question de la responsabilité individuelle envers le poids et les habitudes de vie. Les témoins privilégiés soulignent l'importance de la responsabilité individuelle dans la promotion d'un mode de vie sain, en mettant l'accent sur la réduction de la sédentarité et la sensibilisation aux risques associés à l'obésité. En revanche, les personnes atteintes d'obésité expriment un fort sentiment de culpabilité envers leur poids et leurs habitudes de vie, se percevant comme responsables de leur condition. Ce sentiment de culpabilité est exacerbé par le jugement perçu de leur entourage et persiste même lorsqu'elles tentent d'améliorer leur santé. Ainsi, les deux ensembles de données soulignent l'importance de la responsabilité individuelle, bien que les personnes atteintes d'obésité ressentent une pression accrue et un sentiment de culpabilité plus intense.

D'une part, il est clair que chaque individu a un rôle à jouer à titre individuel. En effet, la réduction du risque de surpoids et d'obésité peut être réalisée en prenant des mesures préventives à chaque étape de la vie, allant de la période pré conceptionnelle aux premières années de l'enfance. De plus, il est important d'encourager de bons comportements alimentaires, d'activité physique, de sommeil et de limiter le temps d'écran. Une alimentation saine, la restriction de la consommation de boissons sucrées et d'aliments riches en calories, ainsi qu'une activité physique régulière, sont également recommandées pour réduire le risque de surpoids et d'obésité (OMS,2024). D'autre part, il nous a semblé pertinent de traiter du paradigme environnemental, traité dans un article publié par l'université de Genève. Apparue récemment, cette théorie est fondée sur le concept d'environnement « obésogène ». Elle considère que les causes du mal ne sont pas tant à rechercher chez l'individu que dans le fonctionnement de la société en général. Il existerait ainsi un faisceau de facteurs qui, à des degrés divers, convergeraient pour augmenter la probabilité de chacun de prendre du poids. Parmi ceux-ci, on peut notamment citer la désacralisation progressive du repas de famille traditionnel au profit d'une prise de nourriture toujours plus rapide et du grignotage. Mais aussi la profonde transformation de l'industrie alimentaire qui, grâce à de nouvelles techniques de préparation et de conditionnement, met sur le marché des produits de plus en plus riches sur le plan énergétique. En parallèle, toute une série d'évolutions, qui sont généralement considérées comme des progrès (amélioration du chauffage, développement des transports, urbanisation, mécanisation des tâches dans les secteurs primaires et secondaires, augmentation des emplois

de bureau) ont également contribué à la baisse de l'activité physique et à la sédentarisation des populations.

Il paraît évident que la logique de responsabilité individuelle conduit bien souvent à culpabiliser les personnes qui agissent de telle ou telle manière, à pénaliser les styles de vie qui caractérisent plus fréquemment les populations les plus vulnérables. Selon nous, la question de la responsabilité individuelle devrait être nuancée car elle est influencée par une multitude de facteurs interconnectés, tant individuels qu'environnementaux. « La santé est déterminée par les quartiers et les communautés où les gens vivent, s'aiment, travaillent, font leurs achats et laissent jouer leurs enfants. (...) » (Déclaration de Shanghai, 2016).

Certains participants des entretiens exploratoires ont également mis en avant l'importance de sensibiliser aux risques associés à l'obésité, soulignant ainsi le rôle crucial de l'éducation dans ce domaine. Comme évoqué précédemment, les résultats de l'enquête nationale de santé de 2018 réalisée par Sciensano révèlent que le niveau d'éducation joue un rôle significatif dans la prévalence de l'obésité. La sensibilisation aux risques et aux dangers d'une maladie est intrinsèquement liée à notre compréhension de celle-ci. Dans nos entretiens, nous avons rencontré des personnes souffrant d'obésité qui n'étaient pas conscientes de leur condition ou qui ne se considéraient pas comme « obèses ». Ces témoignages soulignent l'importance cruciale de la promotion de la santé afin de sensibiliser les individus aux implications de cette dernière et de favoriser une prise de conscience et des comportements de santé plus proactifs. Cette idée est également exprimée dans la Charte d'Ottawa de 1986, où l'OMS stipule que « la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. (...) »

e. Éléments à améliorer

Les témoins privilégiés soulignent l'importance de la coordination et de la collaboration entre les acteurs de la santé pour assurer une prise en charge intégrée des patients atteints d'obésité. En effet, la crise sanitaire liée au covid-19 a mis en lumière toute une série de problèmes, bien qu'ils existaient déjà et particulièrement dans l'organisation des systèmes de soins de santé. L'un des enjeux est donc de pouvoir amener les acteurs des soins de santé à mieux orienter

leurs actions face aux défis futurs que sont notamment l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques, dont l'obésité, l'augmentation du nombre de personnes âgées fragiles mais aussi, l'augmentation des inégalités en santé (J.Macq, 2023). Les participants insistent également sur la nécessité d'accroître la compréhension de cette affection à travers une éducation et une sensibilisation renforcée, ainsi que la promotion de politiques alimentaires plus inclusives et équitables. Il serait ainsi crucial d'œuvrer à l'amélioration de la santé individuelle en favorisant le développement social de la communauté, en mettant en avant l'autonomisation des individus et leur capacité à prendre des initiatives de manière autonome (empowerment) (Noordink T., 2023). De plus, les témoins privilégiés ont mis en avant le besoin d'une formation approfondie des professionnels de santé pour garantir une prise en charge efficace et bienveillante des patients obèses, et la nécessité de repenser les infrastructures urbaines pour encourager des modes de déplacement plus actifs. Cet aspect a également été souligné dans un article publié dans l'édition 2022 du YearBook Santé et Environnement. Il a été mis en évidence que les disparités territoriales et les variations dans l'accès à un environnement sain jouent un rôle significatif dans la stratification sociale de l'obésité et de ses effets sur la santé. Un cadre favorable peut encourager les déplacements actifs à vélo ou à pied (Simos, J. 2022). Changer notre mode de vie n'a pas seulement une influence positive sur notre poids corporel, mais aussi sur notre santé et sur le climat (Swinurn, B. A., 2019).

Quant aux témoignages des personnes atteintes d'obésité, ils soulignent les défis rencontrés au niveau de l'éducation, de la prise en charge, du soutien et de l'accompagnement, ainsi que de la perception des normes établies. Ils expriment le besoin d'une éducation plus complète dès le plus jeune âge, couvrant non seulement les aspects physiques de l'obésité, mais aussi les aspects psychologiques et comportementaux. Cela concerne la littératie en santé, qui englobe les connaissances, la motivation et les compétences nécessaires pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser les informations sur la santé. Son objectif est d'aider les individus à prendre des décisions éclairées dans leur vie quotidienne concernant les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, afin de maintenir ou d'améliorer leur qualité de vie tout au long de celle-ci. Une compréhension limitée de la santé est liée à un état de santé défavorable, à des comportements inappropriés en matière de santé, à une utilisation insuffisante des services de santé, à une adhésion insatisfaisante aux traitements et aux médicaments, ainsi qu'à une gestion inadéquate des soins personnels, entraînant des taux de mortalité plus élevés (Van den

Broucke, S., 2014). L'importance de la littératie en santé est cruciale pour promouvoir la santé et le bien-être des individus. En effet, les gouvernements et les organismes de santé pourraient ainsi contribuer à autonomiser les individus, à améliorer leurs résultats en matière de santé et à réduire les disparités de santé. Une population mieux informée est mieux équipée pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être, ce qui peut ultimement conduire à une société plus saine et plus résiliente.

De plus, les participants appellent également à une approche plus empathique et respectueuse de la part des professionnels de santé, ainsi qu'à un soutien adapté à leurs besoins spécifiques. Il est nécessaire de reconnaître la diversité des besoins, de prendre en compte les différentes perspectives, et de comprendre les défis vécus au quotidien par les individus, en se basant sur leur expérience personnelle et leur histoire.

En combinant ces deux perspectives, il apparaît clairement que la lutte contre l'obésité nécessite une approche multidimensionnelle, prenant en compte à la fois les aspects institutionnels et les besoins spécifiques des personnes concernées. La coordination entre les acteurs de la santé, une meilleure promotion de la santé et une prise en charge respectueuse sont des éléments essentiels pour relever ce défi de santé publique.

Enfin, ils remettent en question l'utilisation exclusive de l'IMC comme indicateur de l'obésité et appellent à une approche plus inclusive prenant en compte les diverses caractéristiques des individus. Nous avons déjà relevé que l'IMC comme seul indicateur comporte ses limites, bien qu'il donne une bonne indication de la corpulence, il ne donne absolument aucune information sur la répartition des graisses. Or, cette information est cruciale pour évaluer les risques pour la santé. Chez deux personnes avec le même IMC, le risque pour la santé peut différer de manière significative en fonction de la répartition des graisses (Demierbe, V., 2024). Dans un autre article traitant du paradoxe de l'obésité, l'auteur écrit « cependant et de façon particulièrement intéressante, il apparaîtrait que toutes les personnes obèses ne présenteraient pas nécessairement d'inflammation chronique et, inversement, être d'un poids normal ne serait pas forcément synonyme de bonne santé métabolique » (Lang, P.O., et al, 2013).

3) RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE

La question de recherche « ***Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ?*** »

soulève des préoccupations cruciales en matière de santé publique. Dans cette étude, nous avons entrepris une exploration approfondie de cette question en utilisant une approche qualitative basée sur des entretiens. En examinant les expériences et les perspectives des individus concernés par l'obésité, ainsi que celles des professionnels, nous avons cherché à mieux comprendre les facteurs sous-jacents contribuant à cette augmentation persistante de l'obésité en Belgique. Grâce à nos entretiens, nous avons recueilli des données riches et variées qui nous ont permis de mieux saisir les défis rencontrés par les adultes obèses en Belgique, ainsi que les lacunes potentielles dans les politiques de santé publique actuelles. En analysant ces résultats, nous espérons répondre à la question de recherche et tentons d'identifier des pistes de solution pour inverser cette tendance.

Il a déjà été mis en évidence que les inégalités socioéconomiques persistent en matière de santé, même lorsque des comportements sains sont promus. Cela indique que la santé est influencée non seulement par les choix individuels, mais aussi par les conditions sociales, économiques et environnementales dans lesquelles vivent les individus (Koninck, M., 2008). Malgré cela, nous constatons au terme de notre étude que les politiques de santé publique en Belgique présentent principalement une lacune dans leur approche culpabilisante et stigmatisante à l'égard des personnes atteintes d'obésité. Cette dernière peut non seulement nuire à l'estime de soi des personnes obèses, mais aussi entraver leur accès aux soins de santé et leur adoption de comportements sains. Au lieu de reconnaître les facteurs systémiques et environnementaux contribuant à l'obésité, ces politiques ont souvent tendance à rejeter la responsabilité sur les individus eux-mêmes.

De plus, nos résultats révèlent que ces politiques de santé sont souvent méconnues du grand public. Il est frappant de constater que ce sont principalement les témoins privilégiés qui étaient au courant de certains plans ou réglementations liés à la santé publique. Cette méconnaissance généralisée soulève des questions sur l'efficacité de ces politiques en matière de sensibilisation et d'éducation du public. Si les politiques de santé ne parviennent pas à atteindre leur public cible, il est peu probable qu'elles puissent influencer positivement les comportements et les choix de vie.

Cette augmentation persistante de l'obésité pourrait également être attribuée à une prise en charge inadéquate. En effet, au-delà de considérer l'obésité comme une maladie en soi, il est

essentiel de la percevoir comme le symptôme d'un mal-être profond nécessitant une approche individualisée et familiale. Malheureusement, selon les participants, la démarche thérapeutique actuelle manque souvent de pluralité disciplinaire et de personnalisation dans la conception des projets de soins.

Nous estimons qu'il existe des facteurs externes qui contribuent à l'augmentation de l'obésité et qui ne sont pas pris en compte par les politiques de santé publique. Par exemple, la disponibilité alimentaire joue un rôle crucial, avec l'accessibilité à des aliments riches en calories et pauvres en éléments nutritifs, ce qui favorise la surconsommation alimentaire. De plus, les pressions liées au travail, comme les horaires chargés ou les emplois sédentaires, peuvent restreindre le temps consacré à l'exercice physique. En outre, l'augmentation de la taille des portions dans les restaurants et les portions préemballées peut entraîner une surconsommation involontaire d'aliments. Ces facteurs externes contribuent à façonner les habitudes alimentaires et les niveaux d'activité physique de la population, mais ils sont souvent négligés dans les politiques de santé axées principalement sur les comportements individuels.

En conclusion, notre étude a permis d'identifier plusieurs facteurs sous-jacents à l'augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique en place. Nous allons maintenant proposer quelques pistes de recommandations, basées sur les entretiens que nous avons menés et les conclusions tirées de la littérature. Il est important de souligner que nous ne nous autoproclamons pas experts en la matière et que notre expertise est limitée. Nous nous efforçons simplement d'apporter des idées et des suggestions basées sur nos recherches et nos analyses.

4) RECOMMANDATIONS

Initialement, nous avons abordé la question en envisageant des politiques encourageant des choix alimentaires plus sains. Par exemple, des mesures telles que la taxation des aliments riches en énergie et des directives pour l'industrie alimentaire peuvent favoriser la production et la consommation d'aliments plus bénéfiques pour la santé. Cependant, au fil de nos réflexions, nous nous sommes interrogés sur les implications potentielles de telles mesures, notamment si l'augmentation des prix pourrait pousser les consommateurs à opter pour des produits moins chers ou à franchir la frontière pour éviter la taxe. De plus, nous doutons également que le gouvernement cible efficacement les groupes appropriés avec ce type de

mesure. Il n'a pas été prouvé qu'une taxe incite les individus à adopter des habitudes alimentaires plus équilibrées. En revanche, elle risquerait d'affecter de manière disproportionnée les personnes à revenu plus faible.

D'autre part, il nous semble essentiel de renforcer les soins de première ligne. Il est impératif d'offrir des programmes de formation continue aux médecins généralistes, infirmiers et autres professionnels de santé afin de les sensibiliser aux nouvelles approches de prévention et de traitement de l'obésité. Ces formations devraient inclure des modules sur l'éducation nutritionnelle, la gestion comportementale et l'activité physique. De plus, la coordination entre les acteurs de première ligne et les spécialistes doit être améliorée. La mise en place de systèmes de communication efficaces permettrait un échange fluide d'informations entre les professionnels de première ligne et les spécialistes, tels que les diététiciens, endocrinologues et psychologues. Cela pourrait inclure l'utilisation de dossiers médicaux électroniques partagés et de réunions interprofessionnelles régulières.

Le développement des réseaux de soins intégrés est un aspect qui nous paraît également crucial. La création de parcours de soins personnalisés pour les patients souffrant d'obésité permettrait d'élaborer des plans de soins individualisés incluant des consultations régulières avec divers professionnels de santé (médecins, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes). Ces parcours doivent être adaptés aux besoins individuels des patients, avec des objectifs spécifiques et des plans de suivi clairs. De plus, l'implémentation de protocoles de soins standardisés pour la gestion de l'obésité, basés sur les meilleures pratiques et les recommandations internationales, garantirait une approche cohérente dans tous les établissements de soins impliqués dans le réseau.

Il est primordial de reconnaître l'importance d'agir sur les déterminants de la santé et les facteurs qui exercent une influence significative sur le bien-être général. Selon les définitions de l'OMS (2021), les déterminants sociaux de la santé englobent « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ». Ainsi, la santé est profondément influencée par le contexte dans lequel nous évoluons et par les déterminants sociaux qui le façonnent. Ces déterminants jouent un rôle crucial en définissant les opportunités qu'un individu ou un groupe a d'être en bonne santé. Par conséquent, l'efficacité de la responsabilité individuelle dans la lutte contre

des problèmes de santé telle que l'obésité est étroitement liée à l'accès à un mode de vie sain. Selon un article du docteur Hoffman, A. (2006), l'augmentation de l'obésité serait liée aux segments les plus défavorisés de la société. Un autre article publié par Fournier C. (2023), journaliste spécialisé sur la transition écologique et sociale, met en avant que plus une personne est dans une situation économique et sociale difficile, plus elle a de risques de développer des problèmes de surpoids ou d'obésité. Ces groupes cumulent des difficultés sociales et économiques, ont un accès moindre à l'information, disposent de moins de pouvoir d'achat pour choisir leur alimentation ou pratiquer une activité physique, et sont les premières victimes des lacunes du système éducatif censé les habiliter à prendre en main leur vie et leurs décisions. Ainsi, toute mise en œuvre d'un plan doit prendre en considération ces aspects. Il est donc essentiel que la société crée un environnement propice qui facilite pour chaque individu l'adoption des pratiques recommandées pour maintenir une bonne santé. Malheureusement, nous pouvons souligner la préférence accordée aux actions responsabilisant individuellement les individus par le biais de programmes de promotion de la santé, en raison de leur relative facilité de mise en œuvre par rapport aux politiques et actions visant à traiter les causes profondes des problèmes de santé. Cependant, une révision de cette approche est nécessaire, car cela ne peut garantir un environnement optimal pour la santé, tant dans le présent que dans l'avenir. Promouvoir la santé nécessite une action coordonnée de la part de tous les acteurs concernés : gouvernements, professionnels de la santé, secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales, autorités locales, entreprises et médias. La prévention de l'obésité ne doit plus uniquement reposer sur des directives alimentaires médicales limitées. Elle doit être envisagée et mise en œuvre dans le cadre de politiques sociales, urbaines, professionnelles, résidentielles et éducatives. Plutôt que de désigner un ennemi, elle devrait se concentrer sur la question suivante : "Comment encourager le développement de comportements adaptés à des individus spécifiques dans une société donnée, à un moment précis ?"

Tout d'abord, les environnements alimentaires doivent être modifiés pour favoriser des choix sains. Cela implique d'agir sur la disponibilité des produits alimentaires, ainsi que sur la publicité et le marketing associés, afin que les options alimentaires les plus bénéfiques pour la santé deviennent l'option par défaut. Ensuite, investir dans la prévention présente des avantages économiques considérables ; chaque euro investi en prévention pourrait permettre d'économiser

un euro en coûts de traitement. Cependant, nous ne pouvons nier que la division des responsabilités en matière de prévention entre différentes entités politiques peut entraver la mise en œuvre d'initiatives nationales de prévention, telles que les campagnes nationales contre l'obésité. Nous pensons que certaines compétences, notamment celles liées à la santé publique et à la sécurité sociale, devraient être centralisées au niveau fédéral pour garantir une approche plus cohérente et efficace dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

D'après nos études et nos entretiens, nous suggérons d'adopter une approche axée sur l'empowerment des personnes atteintes d'obésité. Cela exige de les impliquer activement dans leur propre prise en charge en leur donnant les moyens de comprendre leur condition de participer aux décisions concernant leur santé et de s'engager dans des comportements favorables à leur bien-être. Pour ce faire, il serait bénéfique de mettre en place des programmes éducatifs et des initiatives de sensibilisation qui mettent l'accent sur l'autonomie et l'autodétermination des individus. Tout en agissant parallèlement sur les déterminants sociaux de la santé en favorisant le développement social de la communauté. Cela peut passer par la promotion de politiques inclusives et équitables, visant à réduire les inégalités sociales et économiques qui contribuent à l'obésité. Nous recommandons l'adoption d'une approche holistique et pluridisciplinaire dans la prise en charge de l'obésité. Cela signifie reconnaître que l'obésité est souvent le symptôme d'un mal-être profond nécessitant une lecture individuelle et familiale de la situation. Il est donc essentiel d'impliquer une diversité de professionnels de la santé dans la conception et la mise en œuvre des projets de soins personnalisés. Tout cela s'inscrit dans l'approche communautaire en santé, qui inclut des méthodes tel que le 'community organizing'. C'est une approche de mobilisation sociale qui met l'accent sur le renforcement du pouvoir des communautés pour créer des changements sociaux positifs et durables.

L'empowerment peut aussi être favorisé à travers l'éducation thérapeutique. Celle-ci place le patient au cœur de son propre parcours de santé, lui permettant ainsi de devenir un acteur actif dans sa gestion. En acquérant de nouvelles compétences, le patient est amené à trouver les solutions les mieux adaptées à sa situation. Selon l'OMS (2023), l'éducation thérapeutique vise à fournir au patient les connaissances et les compétences nécessaires pour mieux gérer sa vie avec une maladie chronique, tout en l'accompagnant dans la mise en œuvre des changements nécessaires. Ce processus, intégré dans les soins de santé et axé sur le patient, est continu et

évolutif. Un récent rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a mis en avant l'efficacité des conseils prodigués aux patients à risque pour modifier les comportements et réduire l'obésité. Cette efficacité est particulièrement notable lorsque ces conseils émanent à la fois de médecins et de praticiens non-médecins, tels que les diététiciens.

Ces recommandations rejoignent la vision préconisée par le Groupe d'étude pour une réforme de la médecine (GERM) en 1971, soulignant l'importance de libérer l'individu de toute servitude et de favoriser son autonomie dans la gestion de sa propre santé : « *« La promotion de la santé nécessite la participation effective de la communauté et des individus aux décisions à tous les échelons. (...) L'action sanitaire doit tendre vers la libération de l'individu de toute servitude plutôt que vers son maintien dans un état de dépendance à l'égard de l'organisation médico-sanitaire »*. La recherche du pouvoir populaire est centrale, lorsque les individus se sentent démunis, incapables de changer leur réalité, ils ont tendance à se désintéresser des problèmes, à se replier sur eux-mêmes et à céder au fatalisme. En revanche, lorsqu'ils perçoivent la possibilité d'influencer leurs conditions de vie, ils s'ouvrent aux changements envisageables et se projettent dans l'avenir (Citton, Y., 2018).

5) PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Cette étude fournit un petit aperçu des facteurs sous-jacents à l'augmentation de la prévalence de l'obésité en Belgique malgré les mesures politiques en place. Étant de nature qualitative et basée sur un échantillon limité, son impact est limité. Ainsi, une étude quantitative à plus grande échelle pourrait être envisagée pour déterminer la représentativité des résultats pour l'ensemble de la population belge. Une telle étude permettrait également d'évaluer la signification des facteurs étudiés et d'explorer les éventuelles corrélations entre eux.

De plus, en raison de contraintes de temps, nous n'avons pas eu l'occasion de réaliser de focus group dans le cadre de cette étude. Cependant, il serait pertinent d'en organiser un à l'avenir. Les focus groupes offrent un environnement propice à la discussion et à la confrontation d'idées entre les participants, ce qui permet de recueillir des perspectives variées sur un sujet donné.

CHAPITRE 5 : CONCLUSION

Notre travail s'est articulé autour de la question de recherche suivante : « ***Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ?*** ». Les objectifs du travail étaient de comprendre les facteurs contribuant à l'augmentation de l'obésité chez les adultes en Belgique, d'évaluer les défis des politiques de santé publique, et d'analyser l'efficacité des initiatives de prévention. Ils visaient également à proposer des recommandations pour améliorer les interventions en tenant compte des spécificités socio-culturelles et des besoins des populations concernées.

Pour ce faire, nous avons mené des recherches théoriques, des entretiens empiriques auprès des personnes atteintes d'obésité et des entretiens exploratoires avec des témoins privilégiés. Notre étude qualitative a révélé les défis auxquels font face les individus souffrant d'obésité, que ce soit en termes de santé ou dans la mise en œuvre des stratégies de gestion, parfois compliquée par un manque de connaissance des initiatives existantes. De plus, elle a éclairé les facteurs qui favorisent ou protègent contre l'obésité, les lacunes dans les politiques de santé, ainsi que l'importance de la responsabilité individuelle.

Nous avons procédé à une comparaison des résultats issus des entretiens exploratoires avec ceux obtenus lors des entretiens empiriques et avec la littérature existante. Cette analyse a mis en lumière des similitudes significatives, telles que l'influence prépondérante de la précarité, de la publicité et des milieux socio-culturels en tant que facteurs favorisant la prévalence de l'obésité. Toutefois, il est à noter que certains facteurs ont été mentionnés exclusivement par un des groupes spécifiques, probablement en raison de leurs connaissances ou de leurs expériences individuelles. Par exemple, dans le contexte des facteurs protecteurs, les individus atteints d'obésité ont mis en exergue le manque de ressources et de soutien, ainsi que les défis environnementaux, des aspects qui n'ont pas été évoqués par les témoins privilégiés. Cette observation souligne un écart potentiel entre la réalité vécue par les personnes atteintes d'obésité et la perception théorique des témoins, ce qui constitue un aspect crucial à prendre en considération dans notre étude.

Nous avons tenté de formuler des recommandations pertinentes en accord avec nos domaines d'étude. Une des approches à privilégier serait de renforcer les services de santé de première ligne, offrant ainsi une prise en charge plus inclusive et efficace pour les individus en situation

d'obésité. Parallèlement, promouvoir l'éducation thérapeutique pourrait être un levier pour autonomiser les personnes touchées par l'obésité. En effet, une meilleure compréhension de leur condition leur donne la capacité de prendre des décisions éclairées et de s'engager activement dans leur propre bien-être. En outre, il est essentiel d'agir dans le domaine de la promotion de la santé, exigeant une collaboration coordonnée de tous les acteurs impliqués pour des résultats efficaces.

Il est factuel que la mauvaise alimentation est une cause majeure de mortalité (Z. Shan et al., 2023). La problématique de la malnutrition alimentaire constitue une épidémie, actuellement abordée principalement à l'échelle individuelle, mais avec peu de succès. Alors qu'une approche sociétale s'avérerait plus pertinente. Malgré la reconnaissance du rôle déterminant de l'environnement social sur ce phénomène, il y a des lacunes en ce qui concerne les études sur les interventions politiques et de santé publique.

Nous achevons ce mémoire en mentionnant que notre étude se veut humble et non exhaustive, mais elle aspire à servir de ressource, de point de départ pour comprendre les raisons des échecs dans la mise en place de politiques de santé.

BIBLIOGRAPHIE

Absil, G., Vandoorne, C., et al. (2011). Evaluation du premier Plan National Nutrition Santé belge (CCNVGP 2010/01 du SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement). Université de Liège, Ecole de Santé Publique.

Amati, F., & Golay, A. (2005). Dieting or non-dieting? (Suivre ou ne pas suivre un régime ?). *Revue Médicale Suisse*, 1(12), 814–817. <https://doi.org/10.53738/revmed.2005.1.12.0814>

Aujoulat, I. (2023). Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique Belgique. Disponible à l'adresse : https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/565373/mod_resource/content/1/WFSP2106_Seance1-INTRO.pdf [consulté le 21 février 2024]

Basdevant, A. (2006). L'obésité : origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus Biologies*, 329(8), 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.crvi.2006.03.018>

Camain, J., Von Elm, E., & Renteria, S. (2011). Prise de poids et contraceptifs à progestatifs seuls : plus d'inquiétude que de preuves scientifiques. *Revue Médicale Suisse*, 7(314), 2090–2095. <https://doi.org/10.53738/revmed.2011.7.314.2090>

Carrard, I., Haenni, C., Reiner, M., & Golay, A. (2005). Obésité et troubles du comportement alimentaire : comment faire ? *Revue Médicale Suisse*, 1(12), 825–829. <https://doi.org/10.53738/revmed.2005.1.12.0825>

Caudeville, J., Cabanes, P., Lefranc, A., Marano, F., Nesslany, F., Salines, G., Simos, J., & Squinazi, F. (2022). Pathologies Contaminants Milieu de vie Fondements scientifiques. *YearBook Santé et Environnement*. Disponible à l'adresse : <https://www.yearbook-ers.jle.com/download/ers-5268-a.pdf> [consulté le 23 mars 2024]

Chabroux, S. (2010, avril). Médicaments et prise de poids : lesquels peuvent être réellement incriminés ? Réalités cardiologiques. Disponible à l'adresse : https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2011/01/medicamentsetprisedepoids_RND25.pdf [consulté le 23 mars 2024]

Citton, Y. (2018) Entretien avec Saul Alinsky. Organisation communautaire et radicalité. Edition du commun

Commission communautaire française. (2024, 16 mai). Plan bruxellois de promotion de la santé 2023. Bruxelles. Disponible à l'adresse : <https://ccf.brussels/download/plan-promotion-sante-2023/?wpdmdl=24189&masterkey=62d678682c83d> [consulté le 23 mars 2024]

De Becker, C. (2023, mars). Le Nutri-Score, un outil de santé publique. Éducation Santé. Disponible à l'adresse <https://educationsante.be/le-nutri-score-un-outil-de-sante-publique/> [consulté le 13 avril 2024]

De Fournas, M. (2022, 13 mai). Grossophobie : Comment aider son enfant victime de harcèlement en milieu scolaire. Disponible à l'adresse : <https://www.20minutes.fr/societe/3283071-20220505-grossophobie-comment-aider-enfant-victime-harcelement-milieu-scolaire> [consulté le 25 avril 2024]

De Pauw, R., Claessens, M., Gorasso, V., et al. (2022). Past, present, and future trends of overweight and obesity in Belgium using Bayesian age-period-cohort models. BMC Public Health, 22, 1309. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13685-w>

De Rycker, J., & Doughan, L. (2009). La publicité pour des produits alimentaires et des boissons non alcoolisées auprès des enfants. Éducation Santé. Disponible à l'adresse : <https://educationsante.be/la-publicite-pour-des-produits-alimentaires-et-des-boissons-non-alcoolisees-aupres-des-enfants/> [consulté le 13 avril 2024]

De Saint Pol, T. (2013). Obésité, normes et inégalités sociales. Le Journal des psychologues, 311, 19–22. <https://doi.org/10.3917/jdp.311.0019>

Demierbe, V. (2024, avril). Les limites de l'IMC comme indicateur de la santé. www.test-achats.be. Disponible à l'adresse : <https://www.test-achats.be/sante/alimentation-et-nutrition/perdre-du-poids/reponse-dexpert/limites-du-bmi> [consulté le 6 décembre 2023]

D'hoore, W. (2020). Problématique générale de la santé publique [Diapositives]. Disponible à l'adresse <https://moodle.uclouvain.be/?redirect=0> [consulté le 13 mars 2024]

EASO. (2023, 29 septembre). 2023-2025 Strategic Plan. Disponible à l'adresse : <https://cdn.easo.org/wp-content/uploads/2023/09/29145343/EASO-Strategic-Plan-2023-2025.pdf> [consulté le 15 mars 2024]

Eggen, M. (2022). Malbouffe : le plan fédéral nutrition-santé en rade !! FIAN. Disponible à l'adresse <https://www.fian.be/Malbouffe-le-plan-federal-nutrition-sante-en-rade?lang=en> [consulté le 23 mars 2024]

Eggen, M., Vermeylen, M., Clément, C., Vandervijvere, S., De Schutter, O., Biernaux, M., Leclercq, A., Donnet, L., Lewalle, L., Puech, J., Closson, C., Fidalgo, H. S., Romero Nino, I. P., Thys, J., Vispo, I. A., & Mammana, I. (2020). SYSTÈMES ALIMENTAIRES, NUTRITION ET SANTÉ : Reprendre en main notre alimentation ! FIAN. Disponible à l'adresse https://www.fian.be/IMG/pdf/bts_nutrition_fian_2020.pdf [consulté le 15 mars 2024]

El Khamlichi, C., & Teziti, H. La stigmatisation des patients atteint d'obésité par le personnel infirmier en milieu hospitalier [Travail de fin d'étude en bachelier infirmier responsable en soins généraux non publié]. Bruxelles : Haute École Galilée Soins infirmiers ; 2020.

Fevia (s. d.). Engagements santé industrie alimentaire. Disponible à l'adresse : <https://www.fevia.be/fr/domaines-dexpertise/alimentation-et-sante/plans-alimentation-et-recommandations/engagements-sante-industrie-alimentaire> [consulté le 23 mars 2024]

FIAN Belgium. (2023, octobre 20). Historique de FIAN – FIAN Belgium. Disponible à l'adresse : <https://www.fian.be/Historique-de-FIAN?lang=fr> [consulté le 23 mars 2024]

Fournier, C. (2023, 28 février). Obésité : le poids des inégalités sociales et économiques. Youmatter. Disponible à l'adresse <https://youmatter.world/fr/categorie-societe/obesite-inegalites-sociales-economiques-liens/#lobesite-et-surpoids-des-inegalites-marquees> [consulté le 23 mars 2024]

Gouvernement. (2020-2021). Rapport des commissions permanentes relatif à l'ajustement 2020 et à l'initial 2021 des budgets des recettes et des dépenses de la Commission communautaire française, Rapport de commission. Disponible à l'adresse : <https://www.parlementfrancophone.brussels/documents/rapport-des-commissions->

[permanentes-relatif-a-lajustement-2020-et-a-linitial-2021-des-budgets-des-recettes-et-des-depenses-de-la-commission-communautaire-francaise-1/document](#) [consulté le 21 avril 2024]

Hendrichs, D., & Roberfroid, A. (2022, 3 mai). L'obésité, ce fléau en Europe : 60 % de la population est concernée. RTBF. Disponible à l'adresse : <https://www.rtb.be/article/l-obesite-ce-fleau-en-europe-60-de-la-population-est-concernee-10985167> [consulté le 3 décembre 2023]

Hoffman, A. (2006, avril). Un plan national nutrition et santé pour la Belgique Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/un-plan-national-nutrition-et/> [consulté le 23 mars 2024]

JEP. (S.d.). Lancement de la procédure de plaintes du Belgian Pledge 3.0. JEP - Jury D'Ethique Publicitaire. Disponible à l'adresse : <https://www.jep.be/fr/lancement-de-la-procedure-de-plaintes-du-belgian-pledge-30/> [consulté le 27 mars 2024]

Klein, S., Wadden, T., & Sugerman, H. J. (2002). AGA technical review on obesity. American Gastroenterological Association, 123(3), 882–932. <https://doi.org/10.1053/gast.2002.35514>

Koninck, M. D. (2008). Un regard multidisciplinaire sur la construction des inégalités sociales de santé. In K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers, & P. Bernard (éds.), Les inégalités sociales de santé au Québec. Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.9994>

Lang, P. O. (2013). Le paradoxe de l'obésité : l'IMC est-il vraiment une mesure adéquate du risque métabolique ? NPG Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie, 13(76), 181–184. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2013.03.007>

Le Robert. (s.d.). Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert. Disponible à l'adresse : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/favorisant> [consulté le 22 avril 2024]

Lorant, V. (2023). Introduction au système de soins de santé en Belgique [Diapositives ; Cours]. Chapitre 1. La Gouvernance, Belgique.

Macq, J. (2023). Organisation de réseaux et de systèmes locaux de soins intégrés. Moodle. Disponible à l'adresse : <https://learning.edx.org/course/course-v1:LouvainX+Louv30x+3T2023/home> [consulté le 29 mars 2024]

Maitre, C. (2013, août). NON, LA PILULE NE FAIT PAS GROSSIR ! Gynécologie Obstétrique Pratique. Disponible à l'adresse : <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/008806-non-la-pilule-ne-fait-pas-grossir> [consulté le 25 mars 2024]

Martin Gomez Z., Saraiva P. (2023). Impact de la santé publique sur la stigmatisation des corps gros. Quels sont les effets d'un message de santé publique stigmatisant par rapport au poids sur la population générale ? Haute Ecole de Santé Genève, Genève, Suisse.

Mathieu-Bolh, N. (2024). I / Faits et tendances sur l'obésité. Dans : Nathalie Mathieu-Bolh éd., Économie de l'obésité (pp. 11-23). Paris : La Découverte.

Mathieu-Bolh, N. (2024). IV / Conséquences économiques de l'obésité. Dans : Nathalie Mathieu-Bolh éd., Économie de l'obésité (pp. 61-74). Paris : La Découverte.

Mou, J. (2018). Représentation du corps et obésité : apport de la psychomotricité (Master's thesis). Université de Bordeaux, Bordeaux, France.

Nasri, I., Berkane, L. D., & Moghraoui, L. (2020). L'obésité entre la définition socioculturelle et la réalité médicale dans une ville rurale. *Annales D'endocrinologie*, 81(4), 457. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2020.07.912>

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*, 390(10113), 2627–2642. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)

Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Mullany, E. C., Biryukov, S., Abbafati, C., Abera, S. F., Abraham, J. P., Abu-Rmeileh, N. M., Achoki, T., AlBuhairan, F. S., Alemu, Z. A., Alfonso, R., Ali, M. K., Ali, R., Guzman, N. A., Ammar, W., Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in

children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet, 384(9945), 766–781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)

Noordink, T., Verharen, L., Schalk, R., & Van Regenmortel, T. (2023). An innovative concept mapping of the empowerment construct in dialogue with older people. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3162821/v1>

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C. J., & Flegal, K. M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. JAMA, 295(13), 1549–1555. <https://doi.org/10.1001/jama.295.13.1549>

ONU, (2024, 1 mars). Au moins une personne sur huit est aujourd’hui obèse. Disponible à l’adresse :

<https://news.un.org/fr/story/2024/03/1143657#:~:text=Lors%20de%20l'Assembl%C3%A9e%20mondiale,des%20pays%20jusqu'en%202030>. [Consulté le 20 mars 2024]

Organisation Mondiale de la Santé.(2019). Plan d’action mondial de l’OMS pour promouvoir l’activité physique 2018-2030 [Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world] ISBN 978-92-4-251418-6

Organisation Mondiale de la Santé. (2020, 11 mars). Allocution liminaire du Directeur général de l’OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020. Disponible à l’adresse : <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [Consulté le 22 décembre 2023]

Organisation Mondiale de la Santé. (2021, janvier). Déterminants sociaux de la santé Rapport du Directeur général. Disponible à l’adresse : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-fr.pdf [Consulté le 20 avril 2024]

Organisation Mondiale de la Santé. (2023,septembre). Maladies non transmissibles. Disponible à l’adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Consulté le 28 avril 2024]

Organisation Mondiale de la Santé. (2023, novembre). Éducation thérapeutique du patient: guide introductif. Disponible à l’adresse : <https://www.who.int/europe/fr/publications/i/item/9789289060219> [Consulté le 20 mai 2024]

Organisation Mondiale de la Santé. (2024, 1 mars). Obésité et surpoids. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=Pour%20les%20adultes%2C%20l'OMS,%C3%A9gal%20ou%20sup%C3%A9rieur%20%C3%A0%2030>. [Consulté le 16 mai 2024]

Pataky, Z. (2020, 9 juin). Obésité en 2020 : Quoi de neuf ? Pr Z. Pataky [Vidéo]. YouTube. Disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=VlgMBrA30nk> [consulté le 6 avril 2024]

Pola, L. (2020, 25 novembre). Obésité infantile : stop à la grossophobie. Milk Magazine. Disponible à l'adresse : <https://www.milkmagazine.net/article/obesite-infantile-stop-a-la-grossophobie/#:~:text=%E2%80%9CLes%20enfants%20ayant%20%C3%A9t%C3%A9%20a,Marx%20et%20Eva%20Perez%2DBello>. [Consulté le 5 décembre 2023]

Puhl, R. (2009, mars). Stigmatisation de l'obésité : causes, effets et quelques solutions pratiques. DiabetesVoice, 54(1). Disponible à l'adresse : <https://eurobesitas.org/wp-content/uploads/2020/12/stigmatisation-de-llobesite-causes-effets-et-quelques-solutions-2.pdf> [consulté le 5 décembre 2023]

Raisiere, Y. (2022, avril). Malbouffe : le plan fédéral nutrition-santé en rade. Tchak. Disponible à l'adresse : <https://tchak.be/index.php/2022/04/06/plan-nutrition-sante-malbouffe-covid/> [consulté le 13 décembre 2023]

Rohmer, O., Bonnefond, A., Muzet, A., & Tassi, P. (2004). Étude du rythme veille/sommeil, de l'activité motrice générale et du comportement alimentaire de travailleurs postés obèses : l'exemple des infirmières. Le travail humain, 67, 359–376. <https://doi.org/10.3917/th.674.0359>

Rolland-Cachera, M. F., Cole, T. J., Sempé, M., Tichet, J., Rossignol, C., & Charraud, A. (1991). Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. European journal of clinical nutrition, 45(1), 13–21. [consulté le 19 avril 2024]

Shan, Z., Wang, F., Li, Y., Baden, M. Y., Bhupathiraju, S. N., Wang, D. D., Sun, Q., Rexrode, K. M., Rimm, E. B., Qi, L., Tabung, F. K., Giovannucci, E. L., Willett, W. C., Manson, J. E., Qi, Q., & Hu, F. B. (2023). Healthy Eating Patterns and Risk of Total and Cause-Specific

Mortality. JAMA Internal Medicine, 183(2), 142.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.6117>

Sciensano. (S.d.). Historique de Sciensano. Disponible à l'adresse : <https://www.sciensano.be/fr/a-propos-de-sciensano/historique-de-sciensano> [consulté le 23 mars 2024]

Sciensano. (2020). Déterminants de Santé : Statut pondéral, Health Status Report, 01 juillet 2020, Bruxelles, Belgique. Disponible à l'adresse : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/statut-ponderal> [consulté le 26 avril 2024]

Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P. S., Howden, M., ... Dietz, W. H. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. Lancet, 393(10173), 791–846. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32822-8)

Swedish Council on Health Technology Assessment. (2005). Interventions to Prevent Obesity: A Systematic Review [Internet]. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); SBU Assessment No. 173. PMID : 28876747.

Thibaut De Saint Pol. (2007). Comment mesurer la corpulence et le poids idéal ? hal-01066084.

The Belgian Association for the Study of Obesity. (2023, 9 mai). The Belgian Association for The Study of Obesity. Disponible à l'adresse : <https://belgium.easo.org/fr/about-baso/> [consulté le 6 février 2024]

Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: a critical concept for public health. Archives of Public Health, 72(10). <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10>

Vandenbroucke, F. (2023, septembre). De meilleurs soins pour les enfants et les adolescents en surpoids. Communiqué de presse. Disponible à l'adresse :

<https://vandenbroucke.belgium.be/fr/de-meilleurs-soins-pour-les-enfants-et-les-adolescents-en-surpoids> [consulté le 7 mai 2024]

VOX OBESITY la voix des personnes vivant avec l'obésité. (S.d.). Disponible à l'adresse : <https://voxobesity.be/association-patients-obesite-belgique/> [consulté le 3 décembre 2023]

Vos, A., & Monnet, V. (2007, octobre). L'obésité, un choix de société ? Campus.
https://www.unige.ch/campus/files/4014/7246/8226/campus87_dossier-3_dossier.pdf
[consulté le 23 avril 2024]

World Health Organization: WHO. (2020, 21 février). Obésité. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/fr/health-topics/obesity#tab=tab_3 [consulté le 4 mars 2024]

World Health Organization: WHO. (2023). WHO acceleration plan to stop obesity. ISBN : 978-92-4-007563-4

ANNEXES

Annexe 1. Compétences de santé à Bruxelles

Annexe 2. 5 axes stratégiques du PFNS

Annexe 3. Document remis à chacun des participants avec formulaire de consentement

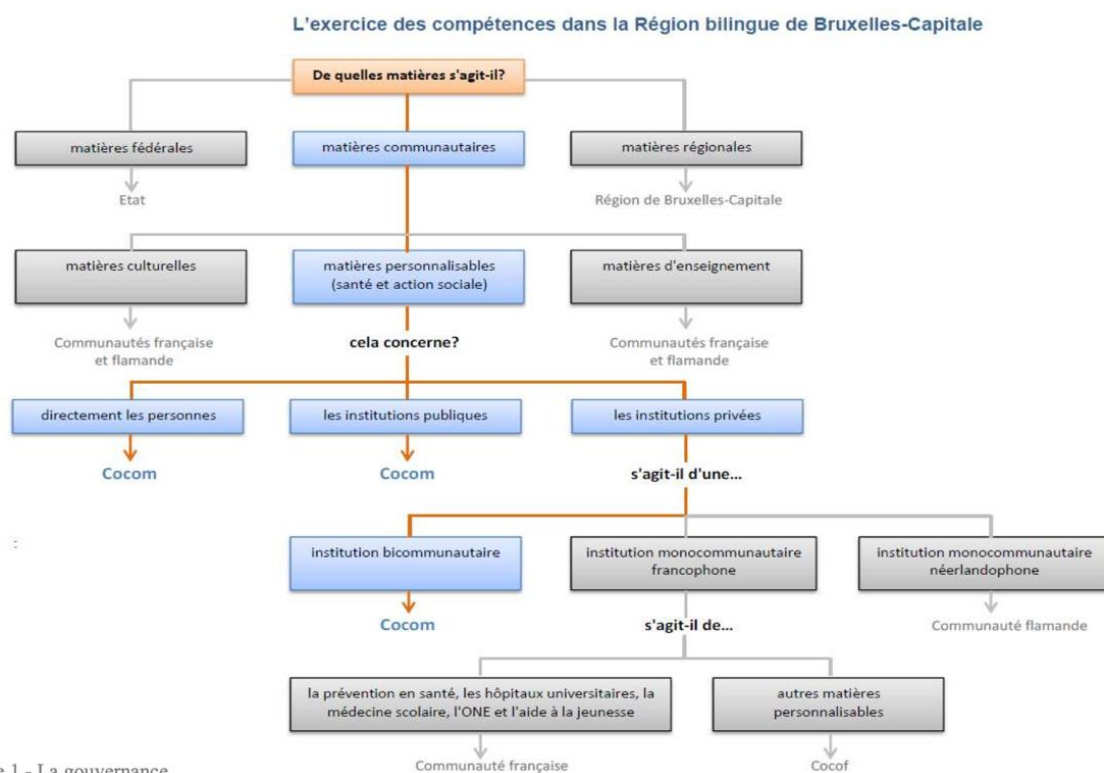
Annexe 4. Grille d'entretien pour l'entretien exploratoire

Annexe 5. Grille d'entretien pour l'entretien empirique

Annexe 6. Retranscription de l'entretien avec une personne atteinte d'obésité

Annexe 7. Retranscription de l'entretien avec un témoin privilégié

ANNEXE 1. COMPÉTENCES DE SANTÉ À BRUXELLES



Reproduit de Lorant V. (2023). Introduction au système de soins de santé en Belgique [Diapositives ; Cours]. Chapitre 1. La Gouvernance, Belgique.

ANNEXE 2. 5 AXES STRATÉGIQUES DU PFNS

- ▶ **Axe 1 : l'engagement du secteur privé.**
Cet engagement doit porter sur l'amélioration nutritionnelle des produits destinés aux enfants et la reformulation du marketing alimentaire destiné à ceux-ci.
 - ▶ [La Convention Sel](#)
 - ▶ [La Convention Alimentation équilibrée](#)
- ▶ **Axe 2 : l'allaitement maternel et la dénutrition.**
Le [Comité Fédéral de l'Allaitement maternel](#) (CFAM) renforce l'information et la formation à propos de l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants. La lutte contre la dénutrition est assurée par des outils adaptés aux hôpitaux, maisons de soins ou domiciles.
- ▶ **Axe 3 : les carences en micro-nutriments.**
Ces carences sont liées à la déficience iodée légère reste un problème d'actualité en Belgique.
- ▶ **Axe 4 : les monitoring et enquêtes alimentaires.**
Ces monitoring portent sur l'évaluation de la consommation alimentaire, les habitudes alimentaires et la qualité nutritionnelle de l'alimentation ainsi que sur l'évaluation des niveaux d'activités physiques, l'évaluation de l'adéquation des apports alimentaires et nutritionnels par rapport cette activité. Leurs sujets abordent également l'exposition des enfants et des adultes belges aux contaminants, additifs et autres produits chimiques dans les aliments et permettent, enfin, l'estimation de l'effet des politiques de nutrition.
- ▶ **Axe 5 : la recherche scientifique en nutrition .**
Les résultats de ces recherches doivent permettre d'orienter et renforcer les actions menées au niveau du PFNS et des politiques communautaires.

Health Belgium – Santé publique. (S.d)

ANNEXE 3. FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT REMIS AUX PARTICIPANTS

Titre du projet : « *Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ?* » - RECHERCHE QUALITATIVE

Introduction : Dans cette étude, nous adoptons une approche qualitative pour explorer les perceptions, les attitudes et les expériences des adultes belges concernant l'obésité et les politiques de santé publique associées.

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :

- *Identifier les facteurs socioculturels, économiques et environnementaux qui contribuent à l'augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique.*
- *Évaluer les lacunes et les défis rencontrés dans la mise en œuvre des politiques de santé publique visant à réduire la prévalence de l'obésité chez les adultes en Belgique.*
- *Analyser la pertinence et l'efficacité des initiatives de prévention de l'obésité mises en place par les autorités sanitaires belges, du point de vue des individus concernés.*
- *Proposer des recommandations pour améliorer l'efficacité des interventions de santé publique et des programmes de prévention de l'obésité, en tenant compte des spécificités socio-culturelles et des besoins des populations concernées en Belgique.*

Réalisation de l'entretien : Cet entretien sera réalisé par **EL KHAMLIHI Chaimae** et **HADDAD OURIGHLI Majda** suivant vos disponibilités, dans les locaux du Sciensano. Sans contrainte de temps et sera enregistré de façon anonyme.

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication. Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par **EL KHAMLIHI Chaimae** et **HADDAD OURIGHLI Majda**. Les résultats seront utilisés dans le cadre de notre travail de fin d'étude à l'Université Catholique de Louvain et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

☐

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

☐☐☐☐

Signature (participant) :

Signatures (investigateur)

Date

Date

Nom :

Noms :

ANNEXE 4. GUIDE D'ENTRETIEN POUR ENTRETIEN EXPLORATOIRE

NB : Les questions mis en *italique* sont les questions de relances qui ont été utilisées et ajoutées au fur et à mesure de nos entretiens.

Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ?

Date de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Nom de l'intervieweur :

Nom de l'interviewé :

Introduction et présentation

- Présentation de l'intervieweur et explication du but de l'entretien.
- Consentement de l'interviewé pour l'enregistrement de l'entretien, le cas échéant.

Questions sur l'obésité

1. Tendances de l'obésité : Remarquez-vous/ Observez-vous une tendance à la hausse des personnes atteintes d'obésité ? *Selon vous, quelles sont les principales raisons derrière l'augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique ? Quelle est l'influence des campagnes publicitaires et des stratégies de marketing alimentaire sur les comportements alimentaires et l'obésité ?*
2. Comment la structure familiale et les dynamiques familiales peuvent-elles favoriser le développement de l'obésité ? *En quoi les aspects culturels et les traditions alimentaires peuvent-ils contribuer à l'obésité ? Pouvez-vous donner des exemples spécifiques liés à différentes cultures ?*
3. Expérience professionnelle avec des patients atteints d'obésité : défis cliniques et thérapeutiques rencontrés dans la gestion de l'obésité : Quelles sont les barrières courantes que les patients rencontrent lorsqu'ils essaient de perdre du poids ou de maintenir un poids santé ? *Défis cliniques et thérapeutique rencontrés dans la gestion de l'obésité ?*
4. Quels facteurs socioculturels pourraient contribuer à l'augmentation de l'obésité chez les adultes en Belgique ? *Selon votre expérience, quel impact ont les facteurs socio-économiques sur la prévention de l'obésité ? Pouvez-vous donner des exemples de stratégies qui ont bien fonctionné dans des contextes socio-économiques variés ?*

Évaluation des politiques de santé publique en matière de prévention et de gestion de l'obésité : analyse de l'efficacité des politiques de prévention dans la lutte contre l'obésité.

6. Quels sont les principaux défis rencontrés lors de la mise en œuvre de ces politiques de santé publique ? *Comment peuvent-ils être surmontés ?*
7. Pouvez-vous nous donner un aperçu des politiques de santé publique mises en place en Belgique pour lutter contre l'obésité chez les adultes ?
8. Quel rôle jouent les politiques publiques et les interventions communautaires dans la prévention de l'obésité ? *Avez-vous des exemples de politiques ou de programmes qui ont bien fonctionné ?*
9. Y a-t-il des lacunes dans les politiques actuelles qui pourraient expliquer l'inefficacité dans la réduction de l'obésité chez les adultes ?
10. Comment évaluez-vous l'efficacité des interventions actuelles en matière de santé publique pour lutter contre l'obésité ?
11. Existe-t-il des exemples de bonnes pratiques, en Belgique ou à l'étranger, dans la lutte contre l'obésité qui pourraient être adaptés au contexte belge ?

Rôle des industries alimentaires et perspectives

9. Quel rôle les industries alimentaires et de boissons pourraient-elles jouer dans la promotion de comportements alimentaires sains ?
10. Comment envisagez-vous l'avenir des politiques de santé publique en Belgique pour faire face à l'obésité chez les adultes, et quelles sont les priorités à cet égard ?

Conclusion

- Résumé des points discutés au cours de l'entretien. Feedback.
- Remerciement à l'interviewé pour sa participation.

ANNEXE 5. GUIDE D'ENTRETIEN POUR ENTRETIEN EMPIRIQUE

NB : Les questions mis en *italique* sont les questions de relances qui ont été utilisées et ajoutées au fur et à mesure de nos entretiens.

Pourquoi observe-t-on une augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place ?

Date de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Nom de l'intervieweur :

Nom de l'interviewé :

Introduction et présentation

- Présentation de l'intervieweur et explication du but de l'entretien.
- Consentement de l'interviewé pour l'enregistrement de l'entretien, le cas échéant.

Questions sur l'obésité

1. Vécu personnel : Pouvez-vous me parler de votre vécu personnel avec l'obésité ? *Depuis quand en souffrez-vous ? Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez au quotidien en raison de votre poids ?*
2. Comment les normes sociales et culturelles autour de l'image corporelle et du poids ont-elles influencé votre propre perception de votre poids et votre expérience de l'obésité en Belgique ?
3. Quel rôle jouent, selon vous, les facteurs socio-économiques dans l'augmentation persistante de l'obésité en Belgique ? *Avez-vous observé des disparités dans l'accès aux ressources et aux services en fonction du statut socio-économique ?*

Questions sur les politiques de santé publique en matière d'obésité

4. Avez-vous remarqué des changements dans les politiques de santé publique au fil du temps en ce qui concerne la prévention et la gestion de l'obésité en Belgique ? *Si oui, comment ces politiques ont-elles influencé votre propre expérience et celle des autres personnes que vous connaissez ?*
5. Selon vous, quels sont les principaux obstacles ou défis auxquels les politiques de santé publique sont confrontées dans la lutte contre l'obésité en Belgique ? *Y a-t-il des aspects particuliers de ces politiques que vous estimez inefficaces ou inadéquats ?*

6. Comment percevez-vous l'accessibilité et l'efficacité des programmes de prévention de l'obésité proposés par les autorités de santé publique en Belgique ? *Ont-ils été bénéfiques pour vous ou pour d'autres personnes que vous connaissez ?*
7. Quel rôle jouent les environnements physiques, tels que les espaces publics, les transports en commun et les lieux de travail, dans la promotion de modes de vie sains et la prévention de l'obésité en Belgique ? *Avez-vous des suggestions pour rendre ces environnements plus favorables à la santé ?*
8. En tant que personne atteinte d'obésité, quelles suggestions ou recommandations avez-vous pour améliorer les politiques de santé publique visant à prévenir et à gérer l'obésité en Belgique ? *Y a-t-il des initiatives spécifiques que vous pensez être plus efficaces ?*
9. Avez-vous eu des expériences personnelles avec des programmes ou des initiatives de promotion de modes de vie sains dans votre communauté ou votre lieu de travail ? *Si oui, comment évaluez-vous leur efficacité et leur impact sur la prévention de l'obésité ?*
10. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager sur votre expérience avec l'obésité en Belgique ou sur les défis auxquels vous êtes confronté(e) au quotidien ?

Conclusion

- Résumé des points discutés au cours de l'entretien. Feedback.
- Remerciement à l'interviewé pour sa participation.

ANNEXE 6. RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE D'OBÉSITÉ

Entretien réalisé le 05.04.2024 à 15h00

E : « Bonjour, nous vous remercions beaucoup de participation à notre entretien. Comme vous avez pu le lire dans le document qu'on vous a remis, nous sommes étudiantes en sciences de la santé publique à l'université catholique de Louvain et nous menons une recherche sur l'obésité en Belgique. Notre objectif est de comprendre pourquoi l'obésité continue d'augmenter chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place. Votre expérience et vos perspectives sont cruciales pour mieux saisir les défis auxquels les personnes atteintes d'obésité sont confrontées et pour identifier les lacunes dans les politiques actuelles. **Est-ce que vous avez de quelconques questions avant de commencer ?** »

R : « Non, tout est clair. Vous pouvez continuer. »

E : « Top. Comme mentionné dans le document, nous aimerions enregistrer l'entretien. Tout ce que vous partagerez restera confidentiel. **Êtes-vous d'accord ?** »

R : « Oui. C'est parti »

E : « **Depuis quand êtes-vous atteinte d'obésité ?** »

R : « Depuis plus ou moins 4ans... »

E : « **Rencontrez-vous des difficultés au quotidien ?** »

R : « Ah oui ! Une des plus grosses difficultés c'est la fatigue hein. Je la ressens même quand je fais des actions « bêtes » comme m'habiller. Ah et en parlant de ça, essayez de trouver quelque chose adapté à ma corpulence et qui est joli à voir. C'est quasi-mission impossible. Dites-vous que parfois pour trouver quelque chose qui m'allait, je devais aller dans les rayons

de femmes enceintes. Ou encore dans des magasins style « Paprika » mais c'est un magasin pour les mamans, pour les vieilles personnes... et moi je suis encore jeune ahaha ... [rire gênée] »

(...)

E : « Pouvez-vous nous décrire vos habitudes alimentaires quotidiennes et quels sont les types d'aliments que vous consommez régulièrement ? »

R : « Le matin, normalement je ne prends pas de petit-déjeuner. Donc quand je vais en cours ou quand je vais travailler, j'y vais sans avoir mangé, ce qui fait que généralement vers 10h/11h j'ai une petite faim et je mange un petit truc, style une petite gaufre. Pour mon midi, vu que j'ai rarement le temps de préparer quelque chose à la maison, je me retrouve souvent à acheter un sandwich froid ou chaud, ça dépend. Ça m'arrive de prendre aussi quelques fruits, mais ça, généralement je préfère en manger le soir en soirée en famille. C'est notre petite habitude. On commence par les fruits puis vient le fameux thé accompagné de gâteaux, pâtisseries... »

E : « Aha oui je vois. Si j'ai bien compris, quand vous êtes en famille le soir, la table est bien garnie ? »

R : « Ah totalement [sourire]. A la maison, la nourriture est au cœur de tous nos repas de famille. Chaque repas est une célébration, et ça n'aide pas pour la perte de poids. En fait, dès qu'il y a un rassemblement familial, c'est toujours accompagné de nourriture et ce, peu importe le moment de la journée, que ce soit en matinée, en aprem ou en soirée, on se mettra tous autour d'un repas/d'un brunch. Ah et en plus, dans notre famille on est giga fan du pain. Quel que soit le type de plat qui sera déposé, il est toujours accompagné de pain. Sinon la table à l'air triste

et non convivial, je pense que c'est culturel aussi. Et dans un contexte comme celui-ci, c'est très compliqué de ne pas prendre du poids »

E : « [sourire] **Si j'entends bien, votre contexte familiale et culturelle a joué un rôle dans votre prise de poids ?** »

R : « Ah clairement. Pendant le covid, les confinements ont également eu un impact sur mes habitudes alimentaires. Le stress et l'ennui ont souvent conduit à des grignotages, ce qui a rendu difficile de maintenir un régime alimentaire équilibré. De base, j'ai toujours été un peu en surpoids, mais c'était pas de l'obésité. Et durant le confinement, j'ai pris énormément de kilos. Parce que déjà y avait le fait que je bougeais beaucoup moins. Et à côté ça, je passais plus de temps avec ma famille et comme je vous ai dit, dans ma famille, dès qu'on se rassemble c'est autour d'un festin. Donc vous imaginez bien, des repas bien copieux tous les soirs, un peu compliqué de ne pas prendre du poids ... [sourire gênée] »

E : « Ah oui j'imagine. **Et depuis, avez-vous déjà essayé de perdre du poids ?** »

R : « Les gens me disent souvent que si je veux perdre du poids, il me suffit de faire du sport et de manger mieux. Comme si c'était aussi simple que ça. Plusieurs fois j'ai essayé des régimes. Et là ça fait plus ou moins 6 mois que j'ai pris l'initiative d'aller voir un nutritionniste pour qu'il m'aide. Je n'y arrive pas seule donc j'ai été le voir. Il m'aide à manger plus sainement, à des heures fixes. Il me conseille aussi de dormir plus tôt pour éviter de grignoter . Là maintenant, je suis un régime spécifique, un régime où je mange du gras, mais du bon gras. Le régime keto, je sais pas si vous connaissez ? À côté de ça, il m'a conseillé de faire minimum 45min de sport par jour et de diminuer mon sucre. »

E : « **Quand vous dites que vous avez tenté de perdre du poids seule et que cela a été sans succès. Quels défis rencontriez-vous ?** »

R : « Oh il y a beaucoup de tentations chez moi, des biscuits parsemés par ci par là, des gâteaux dans le frigo... et c'est comme ça depuis que je suis petite. Et aussi, j'ai jamais trouvé le temps de faire du sport, mes journées sont chargées. Donc même le fait de cuisiner en avance, de choisir de bons aliments etc., ça m'est impossible. Et quand tu vas dans un supermarché pour te prendre un petit quelque chose c'est soit un truc sucré pas cher, soit un repas plus « sain » mais beaucoup plus cher... Et je vous avouerai que je peux pas me permettre de mettre autant d'argent pour ça. »

E : « Vous dites avoir consulté un nutritionniste. **Avez-vous rencontré d'autres professionnels de la santé et pourriez-vous nous parler de votre expérience ?** »

R : « Avant ça, j'avais été voir un médecin et il a été assez froid. Il me disait qu'il fallait que je perde du poids en faisant plus de sport. C'est ce qu'on me répète constamment, même quand j'étais juste en surpoids. C'est vraiment le « conseil » qui revient toujours : sport, sport, et sport. Mais moi perso, je trouve que le sport ce n'est pas suffisant en fait. À côté de ça, il y a la nourriture oui mais surtout il y a une discipline à avoir et même mentalement c'est hyper difficile. Et ça on n'en parle jamais... [regard fuyant & bégaiement voix]. Bref... et on aime bien me dire de réduire et de supprimer le sucre mais c'est dur. Je vois le sucre comme une drogue, donc je pense qu'on devrait traiter cette addiction au sucre comme on traite les autres addictions. C'est difficile. Ça ne se fait pas du jour au lendemain. Et quand j'ai été voir le nutritionniste, il a abordé la chose différemment. Il m'a fait une liste d'aliments à consommer, à éviter. Il m'a expliqué les fausses idées reçues. C'est une approche où je peux manger de tout. Et au fur à et mesure, les quantités seront diminuées et certains aliments remplacés. Et là le fait

de savoir que j'ai un suivi et un objectif ça me motive. Parce que je sais que dans 2 mois, je vais voir mon nutritionniste.

E : « Quelqu'un vous a envoyé vers le nutritionniste ou est-ce que c'était de votre propre initiative ? »

R : « C'est une amie à moi qui me l'a recommandé. Et perso je trouve que ça aurait du être le rôle de mon médecin »

E : « L'état a mis en place des politiques de santé publique, avez-vous déjà entendu parler de ces politiques mises en place, des plans que l'État a mis en place pour réduire l'obésité ? »

R : Ah bon ? Je connais juste les pubs qui passent et qui nous conseillent de manger 5 fruits et légumes par jour. J'ai jamais entendu parler des politiques de santé publique. Ah et y a le WeightWatcher aussi mais ça, ça a un coût, il faut savoir se le permettre. Et moi perso, je peux pas malheureusement. Et c'est pas normal ! Il faudrait vraiment que l'État facilite la consommation de nourriture saine. Parce qu'actuellement, c'est plus simple de se prendre un snack, un fastfood rapide et bon et que de se faire livrer un repas sain. »

E : « Vous trouvez qu'il y a un obstacle dans l'accès à l'alimentation saine ? »

R : « Oh que oui ! Déjà y a le souci de l'endroit, on peut pas trouver quelque chose de sain dans tous les supermarchés etc. Et y a aussi le problème d'accessibilité financière. Je l'ai déjà dit mais je trouve que manger sainement ça coute cher J'aimerais juste rajouter que les commandes UberEats, les livraisons à domicile jouent un rôle dans tout ça. Et même eux ils proposent pas forcément des trucs très healthy... »

E : « **Ok. Si je comprends bien vous trouvez que la société ne promouvoit pas un mode de vie de sain ?** »

R : « Mmh.. Je suis mitigée. Parce que parfois y a des impressions comme quoi la politique veut changer le mode de vie, pousser les gens à faire du vélo, à marcher plus et donc à moins utiliser les voitures. Mais après en dehors de ça, ils ont mis quand même plein de choses opposées comme les trottinettes, les vélos électriques. C'est contradictoire. »

E : « **Avez-vous déjà été victime d'une quelconque discrimination en raison de votre poids ?** »

R : « Bah oui, j'ai souvent l'impression d'être jugée lorsque je fais mes courses au supermarché. Les gens scrutent mon panier comme s'ils avaient le droit de commenter ce que je mange. Ou quand je suis au resto par exemple, où je vais être en train de manger, généralement les gens me regardent. Un peu l'air de se dire « Ah oui elle mange beaucoup, elle est assez grosse pourquoi elle mange encore ?! ». Alors que je suis humaine, ok certes en obésité mais je dois me nourrir. »

E : « **Quelles suggestions, recommandations avez-vous pour améliorer les politiques de santé publique à prévenir et à gérer l'obésité ? Est-ce qu'il y a des initiatives que vous pensez pouvoir être efficace ?** »

R : « Avoir plus de suivis. Et que les professionnels de santé soient plus à l'écoute et moins dans le jugement. Je pense que si déjà on change ça, ça serait un grand pas. Parce qu'une meilleure prise en charge va d'office aller de paire avec une meilleure évolution. »

E : « On arrive au bout de cet entretien, avant de clôturer, **est-ce qu'il y a des choses que vous aimerez partager sur l'expérience ou rajouter ?** »

R : « Oui, oui. Je trouve que les normes culturelles jouent aussi beaucoup sur l'image corporelle. Par exemple, la norme dans ma culture n'est pas la même que pour les femmes européennes. Chez nous, on est en « bonne forme » quand on est quasi en surpoids. Donc, on aura pas tendance à se trouver grosse ou à se considérer en surpoids. Ce qui fait que notre « normal » à nous est déjà limite. Et hop dès qu'on grossit, on passe vite au cap de l'obésité. On est toujours une phase au-dessus. Donc nous on est beaucoup plus proche de l'obésité. Mais chez nous, c'est plutôt un signe de beauté aussi hein le fait d'avoir des formes et tout. »

E : « Merci beaucoup pour le temps que vous avez consacré. On va transcrire ça afin de le mettre en lien avec notre étude. Merci infiniment madame. Et on vous laisse nos coordonnées si jamais vous connaissez quelqu'un qui réponds aux critères de notre étude et qui serait d'accord de suivre un entretien avec nous. »

ANNEXE 7. RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC LE TÉMOIN PRIVILÉGIÉ.

Entretien réalisé le 11.04.2024 à 10h

E : « Bonjour, nous vous remercions beaucoup de participation à notre entretien. Comme vous avez pu le lire dans le document qu'on vous a remis, nous sommes étudiantes en sciences de la santé publique à l'université catholique de Louvain et nous menons une recherche sur l'obésité en Belgique. Notre objectif est de comprendre pourquoi l'obésité continue d'augmenter chez les adultes en Belgique malgré les politiques de santé publique mises en place. Votre expérience et vos perspectives sont cruciales pour mieux saisir les défis auxquels les personnes atteintes d'obésité sont confrontées et pour identifier les lacunes dans les politiques actuelles. **Est-ce que vous avez de quelconques questions avant de commencer ?** »

R : « Non [hochement de tête] »

E : « Donc on aimerait avoir votre point de vue, votre expertise par rapport cette problématique. On a déjà réalisé des entretiens avec des personnes concernées par la problématique de l'obésité pour voir leur point de vue à eux, leurs défis, leurs lacunes et tout ça, et là on est en train de voir un peu les témoins privilégiés, tous les professionnels qui eux donc travaillent, donc qui ont plus d'informations pour voir un peu eux, comment est-ce qu'ils voient les choses. »

R : « D'accord je vois. [Acquiesce] »

E : « Comme mentionné dans le document, nous aimerions enregistrer l'entretien. Tout ce que vous partagerez restera confidentiel. **Êtes-vous d'accord ?** »

R : « Oui. »

E : « **Donc pouvez-vous vous présentez, ainsi que votre formation et votre parcours en quelques mots ?** »

R : « OK, bon donc moi je suis scientifique principalement, donc je travaille sur la nutrition santé, la santé publique ici à Sciensano et donc mon domaine principal en fait, c'est les environnements alimentaires. Donc par exemple comment les environnements alimentaires influencent ce qu'on mange. Donc il s'agit de disponibilité des aliments, le prix aussi, la publicité, donc en fait oui, tout ce qu'il y a dans euh dans l'environnement. Et voilà, on a fait quelques études, mais on a vu aussi que l'environnement alimentaire est devenu plus malsain en fait, depuis les, je sais pas, les vingt dernières années et donc c'est aussi un facteur qui joue un rôle dans l'obésité, donc c'est pas vraiment juste le style de vie des personnes. Parce que vous avez dit la politique de sortie publique mais en fait, pour le moment, il n'y a même pas un plan de nutrition santé en Belgique et donc il n'y a pas vraiment beaucoup d'action pour aider les gens à manger sain. On a la Nutri Score, OK, mais c'est, c'est aussi une mesure volontaire. Mais pour le reste, donc il y a toute la publicité, par exemple, il n'y a pas vraiment des standards pour la nutrition dans euh dans les écoles et tout ça. Et aussi le nombre de fast food autour des écoles, ça augmente aussi. Et donc oui, notre point de vue est que bon on doit avoir plus de politiques et de réglementations aussi pour améliorer les environnements alimentaires et pas juste mettre la responsabilité auprès des consommateurs. Donc en fait c'est vraiment une responsabilité commune et donc le gouvernement doit intervenir aussi, les politiques fiscales par exemple.

E : « Selon vous, quelles sont les principales raisons derrière l'augmentation persistante de l'obésité chez les adultes en Belgique malgré ces politiques ? »

R : « Il n'y a pas vraiment de politique sauf si on parle de la prévention je crois. Il n'y a pas vraiment des choses, oui il y a un peu le nutri-score, mais une mesure comme ça, ça ne va pas aider grand-chose, mais c'est important de l'avoir. Mais on a besoin de euh toute une stratégie

en fait, avec différentes actions et on n'a pas ça en Belgique. Normalement, l'obésité, ça fait partie du plan nutrition santé. Mais le plan est déjà bloqué depuis septembre 2022 je crois et maintenant, avant les élections, ça ne va plus arriver non plus, donc on doit attendre.

E : « Quels sont les principaux défis rencontrés lors de la mise en œuvre de ces politiques de santé publique ? »

R : « eh bon, c'est difficile à savoir pourquoi ? Le plan n'a pas été lancé, c'est aussi les. Comment ça se dit ? Oui, un peu la tension entre le niveau fédéral et le niveau fédéré, je crois un peu. Et aussi bien sur le lobby de l'industrie parce que pour l'industrie c'est mieux s'il n'y a pas de plan avec des yeux qui ont fait des choses comme ça, ça oui. Et donc il y a seulement, il y a un peu plus sur un plan pour arrêter de fumer qui a été plus strict et l'alcool, mais c'est aussi très très hum. [cherche ses mots] »

E : « Oui, comme pour le tabac, oui. C'est aussi parce qu'il y a aussi le secteur économique qui rentre en jeu, **vous ne pensez pas ?** »

R : « Oui, oui. Donc c'est ça il y a un plan pour l'alcool mais c'est très très faible pour la nutrition, maintenant, il n'y a rien en fait. »

E : « Selon vous, quels sont les groupes démographiques les plus touchés par l'obésité en Belgique ? Est-ce qu'il existe des disparités au niveau des personnes ? »

R : « Je ne sais pas tous les données par cœur, mais c'est vrai que c'est lié aux inégalités, donc les personnes avec un niveau d'éducation plus bas. Le taux de l'obésité plus que les autres aussi pour les enfants, on voit. C'est, bien sûr, les enfants, c'est le groupe le plus vulnérable. En fait, ils doivent être protégés contre. »

E : « Mais il faut éduquer les adultes pour qu'ils éduquent les enfants. **Vous ne pensez pas ?** »

R : « Non, je pense que si on peut améliorer les environnements alimentaires ça va être mieux pour les enfants aussi, ils ne sont pas exposés à tellement de de junkfood et tout ça. »

E : « **Quand vous dites améliorer les environnements alimentaires, vous voyez quoi ?** »

R : « Oui, par exemple aller restreindre la publicité pour les aliments malsains, hum avoir des mesures fiscales sur le sucre par exemple, mais aussi ,hum, la subvention, peut-être ? Des subventions pour les fruits et les légumes à avoir dans les écoles. Pour moi aussi, ce serait très bien, par exemple, si on fait les mesures fiscales, les revenus, on peut hum, par exemple garantir un repas saine pour tous les enfants chaque jour à l'école. Ça serait très bien. C'est vrai que maintenant pas tous les écoles ont l'infrastructure pour ça mais je pense que ça serait une chose à faire parce que certains enfants ne sont pas exposés à l'alimentation saine à la maison, ils devraient donc l'être ailleurs. Il y a certains types de d'aliments qui ne connaissent pas etc. Il y a aussi le problème des enfants qui vont avec un estomac vide à l'école, qui n'ont rien, même pas de junkfood pour prendre avec eux. donc ça, pour moi, ce serait la meilleure chose à faire que le gouvernement investit d'avoir un repas sain gratuit pour tous les enfants. »

E : « Pour vous, **comment on pourrait améliorée la coordination et la collaboration entre les différents acteurs ?** Donc vous dites qu'au niveau du fédéral, fédérés, etc il y a un petit souci, mais **comment on pourra améliorer justement cette collaboration pour mettre en place des politiques ?** [Rires gênés] »

R : « [sourire] Ça, c'est une question très difficile en fait, mais moi je pense que pour l'obésité euhm... Enfaite chaque entité a des responsabilités et donc pour moi ce serait bien si on peut faire un plan interfédéral, par exemple, on a les targets pour l'obésité qui sont vraiment au

niveau national, mais après chaque niveau de gouvernement, par exemple, le fédéral la Flandre, Wallonie, toutes les choses ils ont des actions spécifiques pour y contribuer parce que ça n'a pas beaucoup de sens à voir un plan pour chaque niveau. Et tout ça parce que certaines politiques sont la responsabilité, de, du fédéral, par exemple, le nutri score, mais aussi la mesure fiscale, ça, c'est au fédéral. Mais après le niveau régional, ils ont plus de responsabilités, par exemple, pour la nutrition dans les écoles, donc le fédéral ne peut pas vraiment intervenir là-bas et aussi si on veut faire réglementation sur les fast-foods, autour des écoles ou dans les espaces publics, ça c'est aussi plutôt une chose, une responsabilité régionale. Et donc chacun a différents domaines dans la politique pour y intervenir mais ce serait bien d'avoir les targets qui sont national, parce que oui, et après chaque niveau, mais comment y arriver ? Ça je sais pas. Parce que parfois, les dynamiques sont, c'est difficile et bon, tout est lié à la politique aussi mais ça, selon moi, ce serait le plus bien. »

E : « De mettre des objectifs et ensuite de mettre en place les mesures ? »

R : « Oui, les objectifs par exemple pour 2050 ont vu recueillir le taux de l'obésité avec je sais pas 20% par exemple et après chaque niveau peut hum peut mettre en place quelques actions pour y. C'est vrai, c'est aussi difficile, par exemple, ce serait bien de faire aussi un travail scientifique pour pouvoir modeler pour certaines politiques ou aussi la combinaison de politiques comme combien il faut vraiment réduire le taux de l'obésité, allez, ça, ça doit être réaliste aussi. S'ils vont dire on va réduire hum aller 50%, c'est pas réaliste aussi, donc ça doit être réaliste. Et voilà mais donc ça c'est tout un travail à faire, un peu de travail scientifique aussi pour informer quelles actions et comment ils peuvent réduire mais après c'est vraiment une chose politique de vraiment mettre les targets, maintenant, on n'a pas les targets. Même pour la nutrition non plus. C'est vrai, on a les recommandations nutritionnelles, mais ça, c'est

plutôt pour la population. Donc comme ça aussi un peu combien de sel et sucre, combien de fruits et légumes il faut euh consommer pour avoir une alimentation saine, mais il n'y a pas vraiment de TARGET non plus que le gouvernement dit OK, on s'engage pour vraiment essayer de par exemple la consommation de fruits et légumes ? Je dis quelque part 30%, par exemple, pour une seule ça serait aussi bien d'avoir les targets pour la nutrition et l'activité physique avec des actions concrètes. »

E : « Mais c'est ce qu'un témoin il nous disait, qu'il y avait beaucoup de choses qui étaient mises en place pour la prévention, mais pas mises en place réellement pour favoriser la bonne santé durablement. Donc on disait comme vous dites, il faut pas manger trop gras, trop sucré, trop salé. »

R : « Mais c'est ça mais, mais les actions sont toujours ciblées au consommateur, donc ça veut dire que le gouvernement pense que c'est la responsabilité de de l'individu. Mais dans un environnement comme ça, c'est beaucoup plus difficile d'avoir les habitudes saines et donc nous, on. En fait, c'est une responsabilité hum [cherche ses mots].»

E : « Collective ? [Sourire] »

R : « Collectif oui [sourire et acquiesce], on peut dire individuellement aussi, on ne dit pas qu'il n'y a pas du tout, mais maintenant c'est 100% individuelle mais ça doit changer. Donc c'est une responsabilité des gouvernements, de garantir un environnement sain et après si on a cet équilibre, bien sûr, il y a une responsabilité pour le consommateur aussi, mais tous les actions qui ont été pris maintenant. Dès que maintenant c'est toujours ciblé au consommateur, éducation et je ne dis pas que c'est pas important en fait, mais ça ne marche pas comme ça et hum. »

E : « **Et vous aurez justement un exemple d'un pays qui a instauré quelque chose dans son pays, qui a fonctionné ?** »

R : « Il y a certains pays qui ont vraiment des mesures fiscales qui fonctionnent pour sur, comme les mesures fiscales sur les boissons sucrées par exemple, que ça aide les gens à acheter moins. Donc s'il y a un taux ou une taxe sur le sucre, ça, ça encourage l'industrie aussi de réduire le sucre dans les boissons et ça après aussi un effet positif pour le consommateur. Donc en fait c'est le dur, mais bon. Là c'est important d'avoir au moins 20% de taxes, si ça fait moins, ça n'a pas beaucoup d'effet. Donc il y a ça dépend aussi de design de la mesure fiscale mais, mais ça fonctionne. Mais c'est aussi important, euh, de voir que voilà, normalement il faut toute une stratégie avec différentes actions si on veut vraiment réduire l'obésité significativement, même une mesure fiscale ça ne va pas résoudre l'épidémie de l'obésité, mais c'est une action importante pour intégrer. »

E : « Oui, parce que réduire, enfin agir sur les mesures fiscales c'est un point, mais vous avez aussi parlé des personnes qui vivent des inégalités sociales, des problèmes financiers un peu, donc **est-ce que ça favoriserait leur accessibilité à ces aliments ?** »

R : « Bah il y a 2 choses et donc c'est vrai que sur l'aspect, sur l'aspect de, allez, Income c'est vrai que oui, mais pour l'aspect santé, c'est aussi la groupe qui bénéficie plus d'une mesure comme ça, parce que c'est mieux pour leur santé, comparer et pour éviter les choses comme ça, comme j'avais dit au début aussi, on peut utiliser cet argent après pour aussi réduire le TVA sur, par exemple, les fruits et les légumes. »

E : « Oui, bien sûr. C'est plus accessible ! D'autres pistes d'amélioration que vous avez, que vous pouvez enfin qu'on peut envisager. Vous avez parlé des taxes. **Est-ce que vous voyez un truc par exemple par rapport à tout ce qui est accès ? Exemple aux activités sportives ? »**

R : « Non non. Bon, on travaille un peu sur l'activité physique aussi, mais moi je ne suis pas l'expert dans l'activité physique. Mais bien sûr en fait ce sont les mêmes choses et on peut aussi regarder, est ce que l'environnement stimule les gens d'être actif, pas seulement le sport, mais vraiment l'activité, vraiment. »

E : « Mais justement un de témoin avait dit ça, que maintenant dans une société, ben je peux commander tout ce que je veux sur Internet, j'ai pas à me déplacer déjà. »

R : « Oui, oui, donc comment on peut aussi changer l'environnement pour aller. Parce que si oui, il faut aussi démotiver l'utilisation des voitures et tout ça. Donc ça touche à beaucoup de domaines des politiques, le transport urbain, le design, hum, mais je pense que l'activité physique peut-être c'est un peu plus facile que la nutrition parce qu'il n'y a pas tellement d'influence de l'industrie, mais pour vraiment faire des bonnes choses, c'est aussi plutôt environnemental qu'il faut qu'il faut faire. Oui, peut-être on peut donner aussi, offert la sport gratuit pour les groupes. Allez, pour certains groupes mais je pense pas que ça c'est la solution seul, c'est aussi l'environnement, donc walkabilité, les espaces verts, et tout ça de vraiment faire ça d'une manière attractive, mais aussi de démotiver l'utilisation de voitures, mais je suis pas vraiment l'expert dans l'activité physique. Mais les 2 sont importants mais c'est vrai que pour l'obésité, la nutrition est plus importante je crois, oui, pour avancer. »

E : « Je voulais rebondir par rapport au Nutri-Score. Donc c'était une initiative de la santé publique d'instaurer ça, parce que ce que j'avais compris, c'était que, en France, ils avaient instauré ça et que la Belgique avait un peu repris justement ce modèle-là. »

R : « Mais maintenant il y a 7 pays ont eu reprise qui ont introduit les nutri score. Le problème c'est que et c'est vraiment oui, c'est adopté par le niveau fédéral, le problème c'est qu'ils peuvent seulement l'introduire d'une manière volontaire, parce que si on veut vraiment faire ça d'une manière obligatoire c'est le niveau européen qui doit faire ça et venir avec une proposition pour un système de labeling harmonisé pour toute l'Europe. Mais bon, l'idée c'était que ce serait le nutri-score et tout ça, il y a aussi un grand lobby de l'industrie contre ça, donc on n'a toujours pas, allez [cherche ses mots], conclu ce travail en Europe. »

E : « D'accord. En quoi l'éducation et la sensibilisation, donc du public, de la population belge, elle pourrait renforcer les efforts de prévention que l'État met en place. **Donc est-ce qu'éduquer et sensibiliser, sensibiliser pardon, ce serait suffisant pour prévenir l'obésité ?** »

R : « Parce qu'il faut interagir sur les environnements mais bon, les 2 peuvent être fait ensemble, ça peut avoir des effets synergiques. C'est toujours bien de faire aussi l'éducation, mais c'est pas assez parce qu'on a fait ça pour 30 années et ça n'est pas vraiment marché. »

E : « **Le dernier plan qui a été mis concrètement en place, vous sauriez nous dire lequel c'est ?** »

R : « Il y avait un plan national nutrition santé, mais c'était hum[réfléchit]. C'était jusqu'à 2015, je crois, et après plus rien. Plus rien. Et ce plan se focalise aussi plutôt sur les micronutriments, un peu sur la réduction de sel et tout ça, mais pas vraiment un focus grand sur l'obésité non plus. »

E : « C'est ce qui revenait sur base des témoins qu'on a eu. Il sentait qu'il n'y avait pas vraiment de réelles mesures qui a été pris en place. Il parlait même de sentiments d'abandon par l'État parce qu'il ne se sentait pas concerné par les politiques. Mais en fait c'est ce qui se passe concrètement, il n'y a pas vraiment de choses qui ont mis en place bon. »

R : « Oui ça rejoint ce que je dis, il n'y a pas de mesures spécifiques pour l'obèse. »

E : « Ben on arrive à la fin, **est-ce qu'il y a d'autres observations, expériences qui vous viennent que vous aimerez partager ?** »

R : « [rire] Pas vraiment non »

E : « Merci beaucoup pour le temps que vous avez consacré. C'est très gentil et ben on va mettre tout ça en par écrit. Merci infiniment madame. Très bonne journée. »