

EXPLORATION DU VÉCU ET DES REPRÉSENTATIONS DES PATIENTS OBÈSES

*Réflexion basée sur une étude qualitative
menée auprès d'un échantillon
de la patientèle d'une maison médicale bruxelloise
dans une perspective d'approche communautaire de la santé*



TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES
DR OLIVIA CALLER I SALAS

Master de spécialisation en médecine générale
Année académique 2020-2021
Promoteur : Dr Julie Gosuin

 **UCLouvain**

« Les sociétés contemporaines créent des obèses mais elles ne les supportent pas. »

Jean Trémolières, considéré comme l'un des pères de la nutrition moderne française.

REMERCIEMENTS

Merci...

À Lucía, ma sœur, pour son soutien infaillible, son sourire et la fierté qu'elle m'inspire ;

À Pablo et Sergio, mes grands frères, pour notre complicité croissante et les modèles qu'ils sont pour moi ;

À Vladimir, mon père, qui m'a transmis sa passion pour la politique et la défense des oubliés ;

À ceux qui ne sont plus là et qui m'ont transmis leur amour des gens simples ;

À mes mamans de substitution et coaches de vie, Anaïs, Astrid, Barbara, Charline, Daphné, Dina, Katrin, Laura, mes deux Noémie, pour l'amour et la sécurité qu'elles m'apportent ;

À ma nouvelle famille du Clos pour leur accueil ;

À mes brillants amis Aydine, Célestin, Jean-Baptiste, Oussama, Mamoun, Nicolas, Ysé qui m'inspirent quotidiennement et me donnent l'envie de me surpasser ;

À ma maître de stage, Audrey Huysman, pour son soutien et son amitié ;

À mes collègues de la Maison Médicale Cassiopée ;

Au Dr Julie Gosuin, ma promotrice et au Dr Ségolène de Rouffignac pour leurs conseils précieux ;

Aux patients que j'ai interrogés dans ce travail, pour leur temps, leur infinie confiance et leurs passionnants éclairages ;

Aux patients que j'ai croisés sur ma route, depuis mes premiers stages à cette dernière année d'assistanat, pour avoir confirmé mon choix d'exercer ce merveilleux métier.

RESUME

Introduction : L'obésité est un problème de santé qualifié d'épidémie mondiale par l'OMS, responsable d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité. C'est par ailleurs une maladie socialement déterminée sur-représentée dans les couches sociales les plus basses. Face aux déterminants environnementaux de l'obésité, quel peut être l'impact du médecin généraliste ? Dans le cadre d'une approche communautaire de la santé, nous voulons déterminer les besoins et représentations de notre patientèle obèse.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative à partir de six entretiens semi-dirigés menés auprès d'un échantillon de patients obèses de notre maison médicale. L'entretien a d'abord exploré leurs représentations de la santé et du surpoids. Ensuite, il a questionné les préoccupations, les besoins et les ressources de ces patients. Les données récoltées ont été analysées par la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats : Les patients s'estiment en mauvaise santé mais ne perçoivent pas l'obésité comme une maladie. De l'analyse de leurs représentations et de leur vécu, nous observons un cercle vicieux de l'obésité, alimenté par la stigmatisation des patients obèses.

Conclusion : L'approche communautaire en santé est une alternative valable à l'approche individuelle de la prise en charge de l'obésité. De nombreuses pistes de résolution peuvent être dégagées à partir de notre étude.

Mots-clés : obésité, évaluation des besoins, médecine générale, recherche qualitative.

LISTE DES ABREVIATIONS

Abréviations françaises :

CBIP	Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique
IMC	Indice de Masse Corporelle
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MG	Médecin Généraliste
MM	Maison Médicale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RBP	Recommandations de Bonne Pratique
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
TFE	Travail de Fin d'Études

Abréviations anglaises :

BMI	Body Mass Index
MeSH	Medical Subject Headings

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations	v
Table des matières	vi
1. Introduction	1
2. Cadre Théorique	3
2.1. Définition	3
2.2. Épidémiologie de l'obésité	3
2.3. Déterminants de l'obésité.....	4
2.4. Prise en charge de l'obésité en médecine générale.....	6
2.5. L'approche communautaire	8
3. Méthodologie	10
3.1. Recherche bibliographique	10
3.2. Élaboration de la question de recherche.....	11
3.3. Méthode d'investigation.....	12
3.3.1. Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés à l'aide de l'outil Babelboost.....	12
3.3.2. Échantillonnage.....	12
3.3.3. Déroulement des entretiens	13
3.3.4. Analyse des résultats.....	14
4. Résultats	15
4.1. Description de l'échantillon.....	15
4.2. Analyse des données qualitatives	16
4.2.1. De la prise de poids... ..	16
4.2.2. Vers une prise de conscience ?	20
4.2.3. Que font-ils pour améliorer leur santé ?	23
4.2.4. Des difficultés à faire marche arrière	25

4.2.5. Besoins et perspectives.....	28
5. Discussion.....	32
5.1. Sur la méthodologie	32
5.2. Sur les résultats	33
5.2.1. Rappel des résultats.....	33
5.2.2. Confrontation à la littérature	35
5.2.3. Perspectives : comment sortir du cercle vicieux ?	37
6. Conclusion	39
Bibliographie.....	I
Annexe 1 : aperçu des cartes babbelboost.....	IV
Annexe 2 : Fiche distribuée aux patients et consentement	V
Annexe 3 : Guide d’entretien de l’étude qualitative	VI
Annexe 4 : Transcription de l’entretien avec le patient 3	VIII

1. INTRODUCTION

Qualifiée d'épidémie mondiale par l'OMS lors de sa consultation sur le sujet en 1997, l'obésité représente un problème de santé publique dont l'ampleur grandit de décennie en décennie en même temps que les plans de lutte contre ce fléau se révèlent chacun à leur tour, incapables d'y répondre.

Cette maladie non transmissible, née dans les pays les plus développés, intéresse maintenant la quasi-totalité du globe et côtoie même la malnutrition dans les pays en voie de développement. L'obésité peut être vue comme une maladie en tant que telle mais aussi comme un facteur de risque de la plupart des autres grandes maladies chroniques de notre siècle. Elle peut également être vue comme le symptôme d'une mauvaise hygiène de vie car classiquement liée à la sédentarité et à une alimentation inappropriée. Quel que soit l'angle d'approche de cette pathologie, force est de constater que malgré toutes les mesures et plans mis en place depuis le siècle dernier, celle-ci ne fait que se répandre.

De façon toutefois différenciée selon les pays intéressés, il est désormais admis que l'obésité est une maladie socialement déterminée. Chez nous, elle est sur-représentée dans les classes sociales populaires, particulièrement en milieu urbain. Se pose alors la question de notre rôle en tant que médecin face à une pathologie qui semble si ancrée dans notre société et dont les causes semblent hors de portée de notre prise en charge. Ce paradoxe nous est également apparu lors de la révision des différentes recommandations concernant la prise en charge de l'obésité qui placent toutes le patient comme unique responsable de sa pathologie et donc comme seul acteur potentiel de changement.

En parallèle de notre intérêt pour l'obésité en tant que maladie individuelle et sociétale, nous nous sommes penchés sur l'intérêt des actions communautaires en santé. Celles-ci nous ont paru comme un beau lever d'action pour agir face à un problème de santé publique aussi largement répandu. En voulant développer une nouvelle action en santé communautaire à destination de la patientèle obèse de notre maison médicale, s'est posée la question de l'évaluation des besoins de cette patientèle. L'obésité étant multifactorielle, il était difficile de sélectionner une seule façon d'agir sur ce problème. C'est alors que nous est venue l'idée, simple et pourtant crucialement nécessaire à l'élaboration d'une action en santé communautaire, d'évaluer les besoins au sens large de la patientèle obèse de notre maison médicale.

Après une revue des notions théoriques de l'obésité, de sa définition à sa prise en charge, nous exposerons le raisonnement qui nous a conduit à notre question de recherche et la méthodologie choisie pour y répondre.

Nous exposerons ensuite les résultats de notre étude. Au vu de ceux-ci, la méthodologie sera discutée et les résultats confrontés à la littérature afin d'en dégager des perspectives de résolution.

2. CADRE THEORIQUE

2.1. Définition

L'obésité et le surpoids, tels que définis par l'OMS, désignent une accumulation anormale ou excessive de graisse qui représente un risque pour la santé (2). L'indicateur classiquement utilisé pour l'estimer est l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI en anglais) bien qu'il reste un indicateur indirect pour évaluer l'adiposité du sujet et manque de sensibilité (3). Toujours selon l'OMS, le surpoids est défini par un IMC supérieur à 25 tandis que l'obésité est définie par un IMC supérieur à 30.

L'obésité représente un facteur de risque important pour de nombreuses maladies chroniques (diabète de type 2, syndrome métabolique, pathologies cardio-vasculaires, pathologies musculosquelettiques, cancers) et augmente, par ce biais et *per se*, la mortalité cardio-vasculaire (4) ainsi que la mortalité toutes causes confondues (5). Même en l'absence de comorbidités, elle engendre une diminution de l'espérance de vie dans certaines catégories de la population (6).

2.2. Épidémiologie de l'obésité

L'obésité a pris au fil du vingtième siècle des proportions épidémiques : au niveau mondial, le nombre de personnes obèses a quasiment triplé depuis 1975. Le surpoids concerne actuellement plus d'un tiers de la population mondiale (2). Dans la majorité des pays du globe, le surpoids tue davantage que la malnutrition. Si, initialement, il affectait principalement les pays les plus riches, le surpoids prospère à présent dans les pays en voie de développement. (7)

En Belgique, les données épidémiologiques les plus récentes (Sciensano, 2018) sont alarmantes : un peu moins de la moitié de la population adulte belge est en surpoids (49,3%) et 15,9% est obèse. L'IMC moyen belge est de 25,5. (8) Bruxelles ne fait pas exception à ce constat et voit également sa proportion de sujets en surpoids augmenter.

	1997	2001	2004	2008	2013	2018
Population de 18 ans et plus ...						
Indice de masse corporelle (IMC) moyen	24,2	24,5	24,5	24,6	24,9	25,2
% en surpoids (BMI ≥ 25,0)	35,3	40,6	39,1	39,8	43,9	46,5
% en obésité (BMI ≥ 30,0)	9,2	11,8	11,4	11,9	12,9	13,9
% en carence pondérale (BMI < 18,5)	4,6	3,5	5,0	4,1	4,1	3,4

Figure 1 : Évolution de l'état nutritionnel en Région bruxelloise 1997-2018 (8)

2.3. Déterminants de l'obésité

Les facteurs de risque de l'obésité peuvent être répartis en plusieurs niveaux s'inspirant du diagramme de Whitehead et Dahlgren décrivant les déterminants de santé (9).

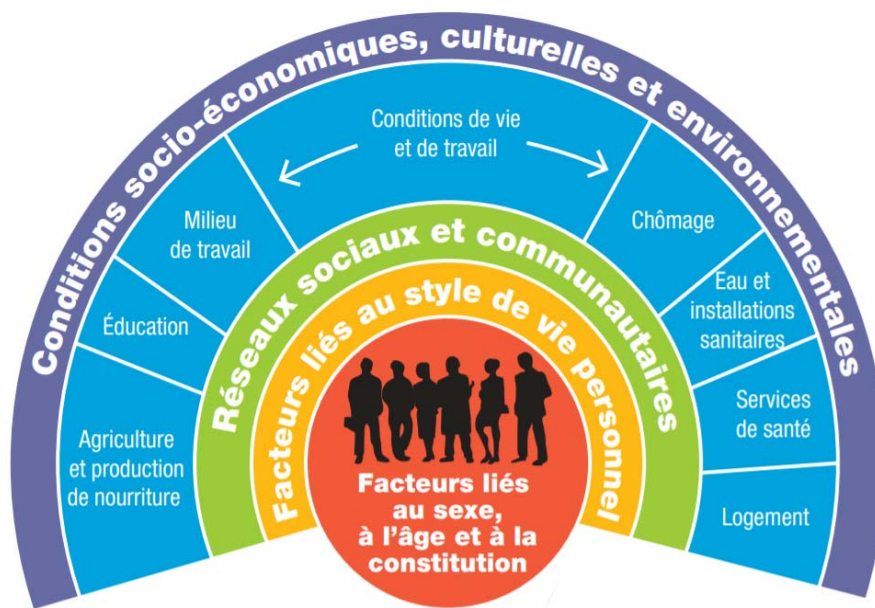


Figure 2 : Les déterminants de santé. Selon Whitehead et Dahlgren, 1991

Au plus proche du patient, nous retrouvons les facteurs de risque « intrinsèques » de l'obésité, ceux qui sont liés à l'individu. L'âge, par exemple, est positivement corrélé au risque d'obésité : en Belgique, la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente avec l'âge jusqu'à 74 ans (8). Par ailleurs, différents gènes ont été identifiés comme prédisposants à l'obésité (10). Globalement, le sexe féminin est associé à un plus grand risque d'obésité (2) mais au niveau européen, ce risque est partagé équitablement entre les deux sexes, bien que la proportion d'adultes en surpoids soit plus importante chez les hommes (11). En Belgique, pourtant, c'est le sexe masculin qui est associé au plus haut risque d'obésité. Nous observons donc que même lorsqu'il s'agit du niveau individuel, les prédispositions liées à l'environnement sont prépondérantes.

Les facteurs liés au style de vie sont probablement les causes les mieux identifiées de surpoids. Ils sont surtout liés au comportement alimentaire et à l'activité physique. D'autres comportements ont également été qualifiés d'obésogènes comme le manque de sommeil (12) et le temps d'exposition aux écrans (13).

Enfin, le statut socio-économique, l'environnement physique et culturel ainsi que la société dans laquelle il évolue ont un poids certain dans la prédisposition d'un individu à l'obésité. Ainsi, dans les pays développés, la prévalence de l'obésité est la plus importante dans les couches socio-économiques les plus défavorisées. Cet état de fait se confirme notamment en Belgique où nous observons une corrélation négative entre surpoids et revenu mais également entre surpoids et niveau d'éducation. (14)

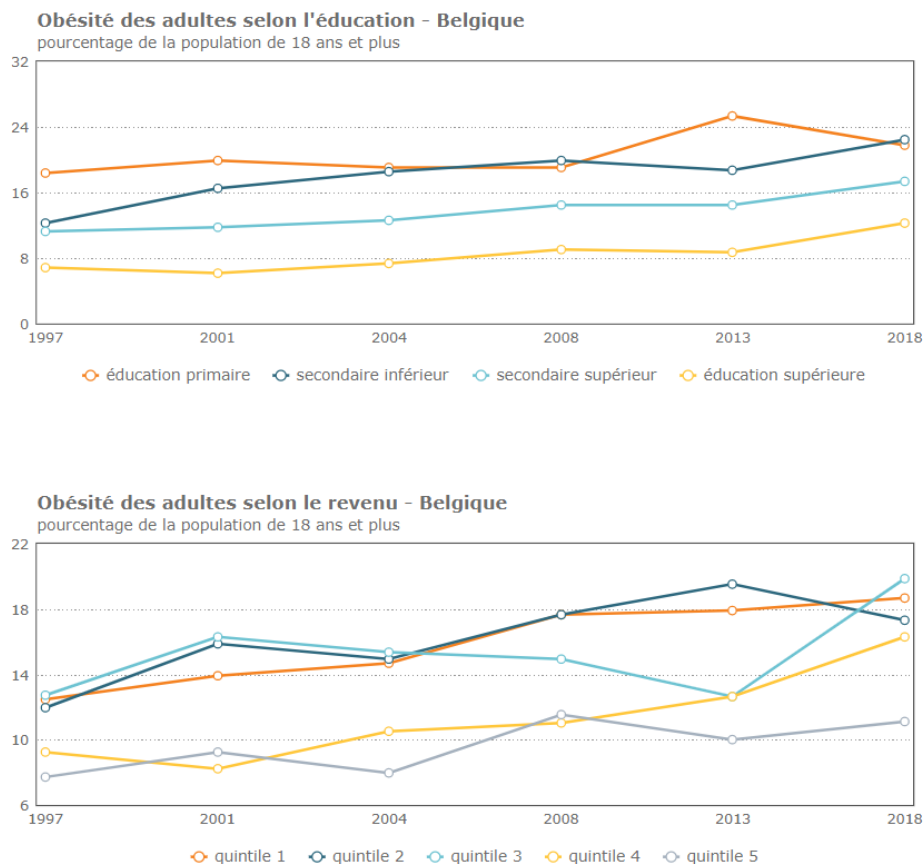


Figure 3 : Évolution de la prévalence de l'obésité dans la population belge, par quintile selon les revenus et selon l'éducation, de 1997 à 2013. Statistiques fédérales belges, *indicators.be* (2016)(14)

En réalité, l'impact de la position sociale sur la prédisposition à l'obésité opère principalement via le mode de vie car il a été prouvé que le comportement alimentaire et le niveau d'activité physique varient en fonction de la position sociale (15). D'autres facteurs peuvent expliquer de façon plus ou moins directe cette corrélation : une « sensibilité cognitive » et une littératie en santé moindres, une adhérence plus faible aux messages de santé publique, le stress, l'exclusion sociale ou encore un manque de soutien social (16).

2.4. Prise en charge de l'obésité en médecine générale

2.4.1. Dépistage

Le dépistage de l'obésité n'est pas exploré par les recommandations de bonne pratique (RBP) belges. Il est en revanche mentionné par les RBP françaises qui préconisent une mesure de l'IMC lors de toute première entrevue, quel que soit le motif de consultation, et une mesure régulière du poids, idéalement lors de chaque consultation, afin de pouvoir conserver et surveiller l'évolution de l'IMC dans le dossier du patient. En outre, elles recommandent une attention particulière aux jeunes adultes (tranche d'âge 25-34 ans), et aux personnes issues de milieux défavorisés (surtout pour les femmes). (17)

2.4.2. Mise au point et évaluation du risque

Dès le diagnostic de surpoids ou d'obésité établi, la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) recommande la tenue d'une anamnèse approfondie, notamment dans le but d'exclure un trouble du comportement alimentaire, un examen clinique classique et, uniquement en cas d'obésité, une analyse sanguine. L'INAMI¹ recommande l'utilisation de l'Edmonton Obesity Stageing System (EOSS) permettant de stadifier le surpoids et qui prédirait mieux la morbidité et la mortalité que l'IMC seul.

2.4.3. Prise en charge non-médicamenteuse

¹ Par le biais de son module d'apprentissage en ligne, conçu par l'asbl 'VZW Eetexpert.be' sur base du scénario développé récemment pour les médecins-généralistes (2013), à propos de la reconnaissance et de la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adulte.

Les dernières RBP de la SSMG préconisent une prise en charge « par étapes » reposant sur les trois piliers que sont la diète, l'activité physique et la thérapie comportementale.

Le régime alimentaire préconisé par la SSMG est un régime hypocalorique qui se base sur le schéma alimentaire du patient et dans lequel on introduit des modifications telles que le rythme des repas (3x/jour), la diminution des grignotages, une modification de certains aliments. La SSMG conseille de référer le patient vers un diététicien pour organiser ce suivi avec un objectif de perte de poids chiffré, déterminé en concertation avec le patient.

L'activité physique est recommandée comme stratégie de maintien de la perte pondérale. Elle consiste en des activités d'une trentaine de minutes d'intensité et de fréquence progressives, la limitation des activités sédentaires ainsi que l'instauration d'activité physique dans les activités de la vie quotidienne du patient. L'objectif à long terme est l'exécution d'un effort modéré de 30 minutes quotidiennement. Cet objectif rejoint les recommandations de l'OMS pour l'activité physique des 18-65 ans qui préconisent l'exécution de 150 minutes d'effort modéré par semaine (18).

Selon une revue systématique de la revue Preventive Medicine, les interventions comportementales ont un impact modéré sur la perte de poids. Les interventions les plus efficaces étaient celles qui combinaient plusieurs stratégies (alimentation, activité physique, stratégie comportementale), étaient plus longues ou dont le suivi était plus intensif (19).

La thérapie comportementale consiste en une batterie de conseils tactiques visant à diminuer les stimuli alimentaires dans l'environnement du patient. Les études ont tendance à objectiver une meilleure adhérence aux modifications du comportement grâce à ces différentes stratégies (20).

2.4.4. Prise en charge médicamenteuse

Le traitement médicamenteux par orlistat ou sibutramine, entretemps supprimée du marché (21), est envisagé dans les RBP de la SSMG chez des patients obèses mais seulement en tant que traitement adjuvant et dans le cadre d'une approche multidisciplinaire de l'obésité. Les traitements médicamenteux actuellement sur le marché, l'orlistat et le liraglutide, un analogue du GLP-1, ne sont recommandés ni par le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) ni par la revue Prescrire car leur efficacité sur les complications du surpoids n'a pas été démontrée, la perte de poids

n'est pas maintenue au-delà de 3 mois après l'arrêt du traitement et leurs effets indésirables leur confèrent une balance bénéfices-risques globalement défavorable (22,23).

2.4.5. Prise en charge chirurgicale

La chirurgie bariatrique est recommandée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) « en cas d'obésité morbide ($BMI \geq 40$) ou d'obésité grave ($BMI \geq 35-40$) avec comorbidités, si des adaptations préalables du style de vie (alimentation équilibrée, activité physique) n'ont pas permis d'obtenir une perte de poids suffisante ». (24)

D'après le dernier rapport du KCE sur l'efficacité de la chirurgie bariatrique, celle-ci permet d'obtenir une perte de poids bien plus importante que l'approche classique reposant sur l'adaptation du mode de vie. « La perte de poids la plus spectaculaire est observée au cours des deux premières années qui suivent l'opération, avec en moyenne des pertes de près de 18 kg (après un an) et 28 kg (après deux ans) de plus qu'après le traitement traditionnel. La perte de poids dépend du poids avant l'intervention : environ 15 kg pour les personnes ayant un BMI compris entre 30 et < 35 et environ 26 kg pour celles dont le BMI est ≥ 30 . À en croire les études observationnelles, la perte pondérale est généralement durable en dépit d'un léger rebond après 2 ans. Après 10 ans ou plus, il semble que la perte de poids se maintient souvent en grande partie. (25). »

2.5. L'approche communautaire

Au-delà de l'approche strictement individuelle promue par les recommandations cliniques et en réponse aux constats formulés plus haut à propos des déterminants de l'obésité, une certaine approche de la santé nous permet d'aborder autrement la question de l'obésité dans le cadre de la première ligne de soins.

En effet, l'approche qui consiste à rendre l'individu entièrement responsable de son obésité, exploitée de façon équivalente par les médecins et par les campagnes publiques de prévention, semble avoir largement démontré son inefficacité, au vu de la progression constante des chiffres de l'obésité et du surpoids. L'inefficacité apparente de l'approche comportementale est expliquée par l'ASBL Cultures et Santé par « sa décontextualisation, son inadaptation au niveau de compréhension des personnes, son action sur-responsabilisante, stigmatisante et prescriptive ». (26). Ces critiques sont

appuyées par les sociologues de la santé qui reconnaissent à la stigmatisation de l'obésité un effet pervers de renforcement des comportements obésogènes (15,27).

La démarche communautaire est une stratégie de promotion de la santé visant à apporter une solution collective à un problème de santé ; ce faisant, elle autonomise les patients, les rend acteurs de leur santé et renforce le lien social au sein de la communauté concernée.

3. METHODOLOGIE

3.1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée de décembre 2019 à juin 2021 et s'est déroulée en trois temps. Elle s'est d'abord intéressée à la **prise en charge de l'obésité** en médecine générale ainsi qu'aux **déterminants sociaux** de l'obésité et de l'alimentation. Les ressources utilisées ont été principalement le guide de pratique clinique de la Société Scientifique de Médecine Générale, les recommandations du Centre d'Expertise Fédérale et de l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que la base de données PubMed pour le volet clinique. Concernant les déterminants sociaux de l'obésité, nous avons principalement parcouru le portail pour les publications de sciences humaines et sociales du Cairn.info ainsi qu'une grande partie des bibliographies des ouvrages de Jean-Pierre Poulain, expert en sociologie de l'alimentation.

Par la suite, notre recherche s'est intéressée à la **pratique de la santé communautaire** en général et autour des questions de l'alimentation en particulier. Pour cette littérature plus spécifique, nous avons consulté le service de documentation de l'ASBL Cultures et Santé ainsi que leur base de données en ligne.

Enfin, après avoir précisé la question de recherche du présent travail, nous avons centré notre recherche systématique sur les **représentations et les besoins exprimés des patients obèses**. Nous avons alors utilisé à nouveau les bases de données PubMed et Cairn.info.

La recherche bibliographique systématique s'est limitée à la littérature anglophone et francophone des trente dernières années. Les articles les plus pertinents ont dans un premier temps été sélectionnés sur base de leurs titre et abstract. Les articles, abondants, concernant les enfants et la chirurgie bariatrique ont été exclus car trop spécifiques et hors-sujet. Les principaux descripteurs utilisés pour notre recherche de littérature sont repris dans le tableau 1.

Tableau 1 : Descripteurs et leurs *Medical Subject Headings* (MeSH)

Descripteurs	Termes français	Termes anglais
Obésité / Obesity		

Prise en charge de l'obésité / Obesity Management	Gestion de l'obésité	Management, Obesity
Évaluation des besoins / Needs Assessment	Détermination des besoins en santé / Évaluation des besoins en santé	Determination of Health Care Needs / Assessment of Healthcare Needs / Needs Assessment, Healthcare /
Perceptions / Perceptions		
Perception du poids / Weight Perception		Perception, Weight / Perceptions, Weight / Weight Perceptions /

Les MeSH ont été élaborés via la recherche de descripteurs sur le site <http://mesh.inserm.fr> (28).

3.2. Élaboration de la question de recherche

Après avoir exploré en parallèle la littérature concernant la prise en charge de l'obésité et celle concernant les déterminants de l'obésité, nous nous sommes rapidement confrontés à l'opposition apparente entre les postulats qui sous-tendaient l'approche de la première thématique et ceux qui concluaient la seconde. En nous renseignant plus avant sur la démarche communautaire en santé, celle-ci nous a semblé être une bonne alternative de prise en charge permettant d'intégrer les enjeux que soulevaient les déterminants sociaux de l'obésité.

La première étape de toute démarche communautaire en santé qui se veut un tant soit peu pertinente étant une évaluation correcte des besoins de la communauté, nous avons estimé que sonder les besoins de notre patientèle obèse en explorant également leurs représentations de la santé et de l'obésité, leurs préoccupations et leurs ressources nous permettrait d'avoir une belle vue d'ensemble avant d'impulser une démarche au sein de la maison médicale. En outre, il nous a semblé qu'une exploration assez large des représentations et du vécu de nos patients permettrait également de faire le point sur la prise en charge individuelle des patients et d'observer si les critiques émises dans notre cadre théorique se retrouvent vérifiées au sein de notre échantillon.

3.3. Méthode d'investigation

3.3.1. Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés à l'aide de l'outil

Babbelboost

Afin d'explorer le vécu des patients obèses et leurs besoins, une approche qualitative à l'aide **d'entretiens semi-directifs** nous a semblé la méthode d'investigation la plus pertinente. Notre volonté étant d'avoir un aperçu de notre patientèle le plus exhaustif possible, en limitant notamment l'impact d'une potentielle barrière linguistique, nous nous sommes tournés vers la **technique du photolangage** pour réaliser nos entretiens. La technique du photolangage consiste en un ensemble d'images (photographies ou dessins) proposé à un individu ou groupe d'individus afin de faciliter sa prise de parole et l'exploration de différents thèmes ou émotions. Outre la supposée plus grande facilité d'utilisation pour nos patients moins à l'aise en langue française, elle permet d'explorer des thèmes auxquels la personne interrogée n'aurait peut-être pas pensé d'emblée. La plupart des outils de ce type sont développés ou proposés par l'ASBL Cultures et Santé dont le catalogue a été parcouru. Nous avons toutefois opté pour l'outil Babbelboost, développé par BruSano² dans le cadre de son projet BOOST qui soutient la première ligne dans l'accompagnement des malades chroniques. Cet outil invitait selon nous à l'exploration d'une plus grande variété de thèmes (alimentation, activité physique mais aussi santé mentale, mobilité, argent, etc.) et le graphisme épuré et simple nous paraissait plus accessible que celui d'autres outils. L'ensemble des dessins proposés par le Babbelboost est proposé en annexe 1.

3.3.2. Échantillonnage

L'échantillon a été constitué par nos soins en sélectionnant des patients de notre maison médicale répondant aux deux seuls critères d'inclusion qu'étaient l'indice de masse corporel supérieur à 30 et un âge supérieur à 18 ans. Il n'y avait donc aucun critère -d'inclusion ou d'exclusion- intéressant le statut socio-économique de nos patients. Cette première sélection a été réalisée via notre logiciel médical en générant la liste de patients pour lesquels le diagnostic « obésité » était encodé et dont l'âge était supérieur à 18 ans. Cette liste comprenait 172 patients sur un total de 1871 patients en ordre

² « BRUSANO est un service pluraliste et bicommunautaire de coordination et d'appui aux professionnels de la première ligne » à Bruxelles. <https://brusano.brussels/a-propos/>

d'inscription à la maison médicale. Il a ensuite été proposé, par téléphone ou lors d'une consultation de routine, à dix patients de participer à notre étude. Ces patients ont été sélectionnés selon leur âge, leur genre et leurs origines, en visant une diversité maximale sur ces trois plans. Les caractéristiques relevées pour chaque patient à la suite de cette sélection sont l'âge, le genre, la nationalité, le pays d'origine, la situation familiale, la situation professionnelle et le BMI.

3.3.3. Déroulement des entretiens

Après le premier contact, en consultation ou par téléphone, un entretien a été programmé avec chacun des patients au sein de la maison médicale lorsque celle-ci était fermée. Chaque entretien a débuté par une description de notre recherche et une explication de l'outil Babelboost. Un formulaire de consentement éclairé (en annexe 2), conforme aux recommandations du comité d'éthique hospitalo-universitaire de Saint-Luc, a été signé par tous les patients. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et des notes manuscrites sur l'attitude non-verbale des patients et sur les choix des cartes ont été prises en parallèle. Un guide d'entretien a permis de maintenir un fil rouge commun aux différentes rencontres (annexe 3).

Le guide d'entretien s'est voulu volontairement succinct. L'objectif étant de laisser un maximum de liberté aux participants de notre étude dans le choix des sujets abordés. Il a été construit en trois parties. Le participant était d'abord invité à choisir une carte de son choix qui faisait écho à sa situation actuelle sans davantage de précisions. Ensuite, il lui était demandé de choisir des cartes qu'il associait à la santé puis à son surpoids, que ça soit positivement ou négativement. Enfin, il lui était demandé de sélectionner des cartes représentant ses préoccupations, besoins et ressources. La structure générale du guide n'a pas évolué au cours des entretiens mais les questions de relance ont toutes été différentes selon les réponses initiales des participants. Certaines questions de relance ont été inspirées par les réponses aux entretiens précédents.

Après chaque rencontre, nous avons retranscrit intégralement chaque enregistrement à l'aide du logiciel HappyScribe. Chaque retranscription a été retravaillée manuellement et une retranscription a été traduite de l'espagnol vers le français par nos soins. Les retranscriptions ont alors été anonymisées, chaque patient a été codé par un chiffre et les enregistrements ont ensuite été supprimés.

3.3.4. Analyse des résultats

Afin d'analyser nos résultats, nous avons opté pour la méthode de théorisation ancrée développée par Pierre Paillé. Le caractère inductif de cette démarche analytique nous a permis de nous détacher des théories issues de notre revue de littérature systématique et de nous recentrer sur les spécificités de notre patientèle et des données empiriques issues de notre recherche afin de construire nos concepts propres. La théorisation est ici entendue, non pas « au sens de modèle de travail pour la compréhension, mais une théorisation, c'est-à dire d'arriver à une compréhension nouvelle des phénomènes » (2). Après relecture attentive de nos retranscriptions, nous avons d'abord codifié de façon descriptive les données issues de nos entretiens ; ensuite, nous les avons catégorisées en divers thèmes jusqu'à ce qu'émergent de nouvelles catégories interprétatives permettant finalement de conceptualiser nos données.

4. RESULTATS

4.1. Description de l'échantillon

Nous avons interrogé six patients durant le mois de juin 2021. Les entretiens ont duré 38 minutes en moyenne. L'entretien le plus court a duré 23 minutes tandis que les 3 entretiens les plus longs ont duré 45 minutes. Les caractéristiques recensées pour chaque patient interrogé ont été retranscrites dans le tableau 3.

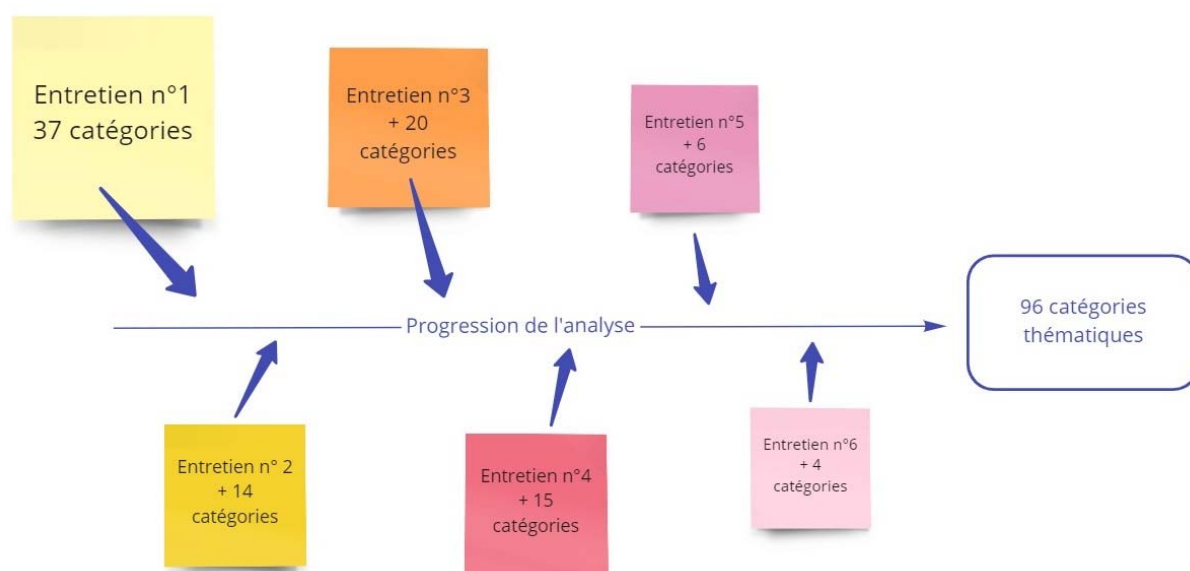
Tableau 2 : Profils des patients interrogés lors des entretiens semi-dirigés

	Genre	Âge	Situation familiale	Situation professionnelle	Origine / Pays de naissance	BMI
P1	F	21	Célibataire Chez ses parents	Sans emploi	Turques / Belgique	31
P2	F	50	En couple, 6 enfants	Ouvrière	Roumaines / Roumanie	31
P3	M	40	Célibataire Chez ses parents	En incapacité de travail temporaire	Marocaines / Belgique	37
P4	F	24	En couple, sans enfants	Employée	Roumaines / Roumanie	37
P5	F	66	En couple, un enfant	Pensionnée	Péruvienne / Pérou	38,5
P6	M	35	En couple, un enfant	Ouvrier ; horaire décalé	Belge / Belgique	48

4.2. Analyse des données qualitatives

Après retranscription des entretiens, les informations qu'ils contiennent ont été analysées par théorisation ancrée. Suite à plusieurs relectures de chaque entretien afin de se familiariser avec le discours des patients, ceux-ci ont été décortiqués en « étiquettes » ; chaque étiquette résumant une idée énoncée par un patient. Ces étiquettes ont ensuite été regroupées en catégories thématiques. Au total, 96 catégories, relativement précises et spécifiques, ont été définies au fil des 6 entretiens. Le nombre de catégories tendant à diminuer au fur et à mesure de nos entretiens, nous estimons que nous avons approché la saturation des données.

Figure 4 : Nombre de nouvelles catégories obtenues au cours des différents entretiens



Les catégories thématiques ont été regroupées en concepts plus larges et eux-mêmes répartis ensuite selon un axe chronologique représentant le cheminement du patient : de la prise de poids à sa prise de conscience, ses tentatives de résolution et les pistes qu'il entrevoit afin que celles-ci se révèlent fructueuses à terme. C'est cet axe qui guidera la présentation de nos résultats.

4.2.1. De la prise de poids...

Chaque patient interrogé possède une façon bien à lui de raconter sa - ou plus souvent ses successives - prise(s) de poids. Alors que certains attribuent leur prise de poids à un événement bien particulier, d'autres constatent une installation insidieuse de l'obésité, comportant une part de facteurs

qu'ils identifient et reconnaissent aisément associée à une grande part d'incompréhension et d'incertitudes.

4.2.1.a. Nostalgie

Plusieurs patients interrogés ont exprimé une certaine nostalgie quant à leur condition générale lorsqu'ils n'étaient pas en surpoids.

Pat 1 : *Avant, quand j'étais mince, j'étais dynamique, j'avais tout envie de faire, je sortais, je rentrais, j'étais trop rapide [...], je veux être comme avant en fait.*

Pat 2 : *Non, je n'ai pas pu [je ne peux pas] bouger très bien. Avant, moi j'étais comme vous, c'était... [plus facile]. Moi, quand je suis [étais] comme toi, avant, moi, mince comme ça. Ohhh, lalalala.*

Pat 3 : *Ce que j'aimerais bien, c'est arriver à retrouver les activités que je pouvais faire dans... il y a une année en arrière, donc c'est un peu de la nostalgie physiologique, je sais pas si on peut dire ça comme ça.*

4.2.1.b. Le jour où tout a basculé

Certains patients ont identifié un contexte bien spécifique à leur prise de poids soudaine.

Pat 6 : *J'ai toujours été fort, on va dire, à ma sortie des études, je faisais une... 100kg... Jusqu'à la naissance de ma fille, j'étais assez équilibré. [...] Après la naissance de ma fille, j'avais vraiment pris beaucoup de poids et quand j'ai commencé, trois ans plus tard, à travailler pour l'intérim, j'étais à 160 kilos à peu près.*

Pat 4 : *La première fois qu'une fille a des rapports sexuels, elle prend du poids à cause des hormones. Moi, j'avais pris 15 kilos en deux semaines.*

4.2.1.c. Une installation progressive

Pour d'autres patients, l'entrée dans l'obésité se fait petit à petit, de façon insidieuse.

Pat 3 : *Ce n'est pas évident parce que, c'est, pour ma part, c'est très silencieux, on s'en rend vraiment pas compte. Au début, on prend un peu quelques kilos, oh, c'est pas grave, c'est mignon, c'est agréable. Et puis après ça, ça devient quelque chose qui s'installe. Et puis, on se rend compte très vite qu'on a du mal à faire marche arrière. Parfois, cette entrée dans l'obésité ne se fait pas de façon linéaire mais accidentée, avec des pertes de poids qui sont suivies de prises encore plus importantes, jusqu'à arriver au stade de l'obésité clinique.*

Pat 4 : *Quand j'ai emménagé toute seule, je me suis fait plaisir. D'accord. Et donc, du coup, j'avais pris 15 kilos, c'est quelque chose qui m'avait choquée. Et donc, du coup, j'avais reperdu un peu. En fait, au début, j'avais 65 kilos. D'accord? Et puis j'étais arrivée à 80 et puis j'arrivais à perdre jusque 75-70. Là ça va. Mais après que j'ai eu ma fille, je suis arrivée à 90 et quelques, quand j'ai eu ma fille et j'ai eu un poids stable. J'ai mis un ballon gastrique. Je*

suis revenue à 75. Et puis, je suis partie en vacances. J'avais pris 12 kilos pendant les vacances. Je me suis dit euh... Fin en Roumanie, je mange beaucoup dehors parce que c'est pas cher et puis là, j'ai repris depuis là, j'ai repris jusqu'à maintenant, j'ai 95 normalement. Les vacances étaient en 2019. Et depuis, j'ai repris, j'ai repris jusqu'à maintenant et donc du coup, je sais pas, j'arrive plus à reperdre en fait.

4.2.1.d. Une part d'incompréhension

Bien qu'ils soient capables de mettre en lumière (cf. infra) des raisons qui, selon eux, les ont rendus obèses, plusieurs des patients interrogés expriment une part d'incompréhension face à leur condition.

Pat 5 : *Je ne, je ne mange plus beaucoup, mais je ne sais pas pourquoi j'ai augmenté autant.*

Pat 4 : *Donc du coup, je sais pas ce qui se passe. C'est pas normal de prendre autant. Je ne sais pas. [...] Moi, je vais au McDo, je vais manger un truc. J'ai pris 500gr. C'est sérieux, quoi! Je me pèse directement. Oui. Ça s'affiche plus sur la balance puisque je suis remplie, même si je me pèse dans 2 jours. Si je me pèse directement, ça va apparaître un kilo et demi ou deux en plus. Mais si je me repèse après quelques jours les 500 grammes de plus que j'ai mangés au McDo, ils vont rester quoi. Je ne sais pas. Ce n'est pas normal, quand même. Enfin, je sais pas.*

Pat 2 : *Oui, moi toujours, je fais attention pour perdre le poids. Je ne sais pas pourquoi. [...] [Pourquoi ça] ne marche pas. Moi, j'ai pas mangé trop. Moi je fais attention. [...] Je ne sais pas pourquoi j'ai pas pu perdre.*

Pat 4 : *Moi et le papa de ma fille, on mange les mêmes trucs au même moment. Lui, il n'a pas pris un gramme, moi j'ai pris 5 kilos. Donc je me suis dit, « waou, c'est quoi ça ? ». Parce qu'en fait, moi, genre un petit peu toute ma vie, j'ai fait attention ! [...] Et donc, du coup, j'avais pris 15 kilos, c'est quelque chose qui m'avait choquée.*

4.2.1.e. L'alimentation pour manger ses émotions

Certaines patientes identifient aisément un lien entre leurs émotions difficiles et leur comportement alimentaire.

Pat 4 : *Je sais pas, je grignote, je ne sais pas pourquoi. J'ai pas faim mais pourquoi je grignote. Je ne sais pas, c'est psychologique. Je ne sais pas. [...] Je pense, parce que si j'ai pas faim, c'est peut-être des émotions. C'est peut être au niveau des émotions. Je ne sais pas, peut-être, je m'exprime avec la nourriture par rapport à mes émotions.*

Pat 1 : *Mais parfois, je me fais plaisir, je mange du chocolat mais un petit peu parce que le chocolat ça me rend vraiment heureuse, quand je mange je suis vraiment positif.*

Une patiente estime même que toute personne en surpoids est forcément en souffrance psychologique puisque le surpoids est, selon elle, la conséquence d'une dépendance.

Pat 4 : *Bah, moi, je trouve que... Chaque personne est différente, mais je pense que les personnes doivent avoir quand même, quelque chose qui les a rendus dépendants de la bouffe. C'est soit les sentiments. Soit [...] quelqu'un qui se sent délaissé. Quelqu'un, enfin je veux dire, je pense que ça y a beaucoup de gens qui, c'est comme les alcooliques ou ceux qui se droguent, hein. C'est une drogue aussi, la bouffe, hein. Donc, euh, il y a des gens qui se réfugient, là-dedans à cause de ça. Ça peut être un impact dans la vie, enfin je sais pas, quelque chose, un traumatisme, quelque chose. Peut être, peut être on se rend pas compte mais peut-être c'est ça ou, fin je sais pas. Il doit y avoir quelque chose en fait, un point de départ pour... Il doit y avoir quelque chose.*

4.2.1.f. La sédentarité

Les patients interrogés se décrivent spontanément comme sédentaires et sont conscients que ce comportement a un impact sur leur poids.

Pat 1 : *C'est ça qui m'a fait prendre du poids en fait, parce que depuis 2 ans je suis à la maison, depuis 2019-2020, je fais rien et c'est, j'ai remarqué que c'est depuis ça que j'ai pris 10-15kg en fait parce que rester à la maison sans rien faire, ça fait vraiment prendre du poids. Ça je n'y croyais pas mais maintenant quand je pense, avant quand j'étais à l'école, j'étais pas grosse en fait, même quand je mangeais, en fait je mangeais le soir à 1h du matin, je prenais pas du poids parce que le lendemain, on marchait, on montait les escaliers, on re-descendait etc. Ça faisait perdre du poids, en fait, tout ça mais là, je suis toujours restée à la maison, je mange, je fais rien, je mange, je fais rien, c'est tout ça qui m'a fait prendre du poids en fait, je marche pas, je dors tard, même se réveiller tard, dormir tard aussi, c'est tout ça en fait.*

Pat 6 : *[Lors de sa prise de poids], c'était parce que j'étais clairement plus souvent à la maison qu'autre chose. On ne sortait pas énormément. [...] Il y a de temps en temps des sorties mais c'est aussi limité. Ce n'est pas toute la journée, c'est aller chercher quelque chose, revenir sur le moment même dès qu'on a trouvé.*

Pat 5 : *Je me repose beaucoup, ce que je ne faisais pas avant, [quand elle travaillait]... [...] Par exemple, je ne dormais jamais l'après-midi ou après le déjeuner parce que je ne dors pas bien la nuit, donc je ne dormais jamais et j'étais toujours active et toujours en mouvement, mais maintenant je me repose et il me semble que c'est ce qui me fait grossir [...] parce que maintenant je n'ai rien à faire d'autre que broder et tricoter mais je suis assise, je ne suis pas en mouvement ou en train de bouger.*

La quarantaine imposée par le contexte sanitaire de la pandémie à COVID-19 a évidemment exacerbé ce comportement.

Pat 5 : *Je pense que c'est parce que je suis au repos. Peut-être, parce que depuis la pandémie, mon poids a beaucoup augmenté. J'ai pris du poids dès qu'ils ont imposé la quarantaine. C'était terrible, parce que, eh bien, nous mangions,*

nous nous asseyions devant la télévision et nos appartements, ils sont petits. Donc, vous n'avez nulle part où bouger beaucoup.

Le travail occupe une place importante dans la vie de nos patients, il est une problématique récurrente tout au long de notre étude. Le travail est identifié comme une véritable ressource et l'absence de travail, comme un facteur favorisant de sédentarité.

Pat 6 : *Et pour ce qui est de la question d'obésité, c'est par rapport à mon travail. [...] Après la naissance de ma fille, j'ai commencé à grimper, mais je ne travaillais pas donc je n'ai pas eu beaucoup d'activités. Je me suis beaucoup occupé de ma fille à la maison parce que madame était en formation. Et quand j'ai commencé en intérimaire à Bpost [...] J'ai perdu 40 kilos sur trois mois. Parce que le travail en production est assez dur au début.*

Pat 5 : *Je n'ai jamais fait de régime strict, jamais. Pas d'exercice, pas d'exercice physique, simplement, je travaillais beaucoup et, bon, avant je marchais beaucoup, j'adorais marcher.*

4.2.2. Vers une prise de conscience ?

Globalement, les patients interrogés estiment qu'ils ne sont pas en bonne santé. Les problèmes de santé les plus fréquemment cités ou que nous avons jugés les plus pertinents sont les douleurs, les difficultés à se déplacer ou à réaliser diverses activités, des difficultés psychologiques, des troubles du sommeil, des troubles cardio-vasculaires et une image négative d'eux-mêmes. L'obésité n'est jamais explicitement ni spontanément énoncée comme un problème de santé en soi. Nous verrons qu'elle est en outre rarement identifiée comme une cause de leurs plaintes.

4.2.2.a. Une santé globalement médiocre

Lorsque nous leur demandons de choisir une carte représentant pour eux la santé, plusieurs patients choisissent la représentation d'une personne inactive.

Pat 1 : *Parce que je suis souvent dans mon lit, en train de s'allonger, j'ai envie de dormir, je dors un peu très très très très tard et je me réveille très tard, euh, 14 de l'après-midi, je sors du lit à 15 heures. [...] ça me fait penser parce que, ça se voit qu'elle est fatiguée, elle dort et, euh, elle a une migraine on dirait et ça fait penser à moi parce que souvent j'ai envie de rien faire, j'ai envie de rester dans mon lit, j'ai envie d'être allongée, voilà.*

Pat 3 : *Cette image de la personne qui dort reflète un peu mon état de santé actuel.*

La plupart des patients interrogés ont une vision négative de leur santé, bien que leur situation ne soit pas perçue comme alarmante.

Pat 5 : *Ça a souligné que je ne suis pas en bonne santé, la douleur que j'ai... et je prends beaucoup de pilules et je n'aime pas ça non plus.*

Pat 4 : *La carte représente une personne qui n'est pas bien. Pas bien genre « c'est grave » mais genre des petits trucs. [...] Ce n'est pas que c'est grave. Genre là j'ai mal aux yeux, je ne sais pas. J'ai souvent des petits trucs comme ça.*

4.2.2.b. Douleurs et impotence fonctionnelle

La douleur est la principale plainte qui accompagne la notion de mauvaise santé dans le discours des patients interrogés. Elles est généralement de type musculo-squelettique ou articulaire.

Pat 2 : *Moi, toujours mal quelque chose. Je ne sais pas, c'est déjà de longtemps que j'ai mal tous les choses, en fait, c'est... avec le pied, avec le dos, avec la tension...*

Pat 3 : *J'ai des difficultés à me mouvoir. Dès que je marche de trop, j'ai des douleurs qui reviennent.*

Surtout auprès des patientes plus âgées, nous retrouvons une description de perte de mobilité qui impacte directement leur potentiel d'action et leur qualité de vie.

Pat 5 : *Oui, je voudrais en faire [davantage d'activités] mais en attendant, parce que je suis comme ça, parce que... ou [j'aimerais] continuer à travailler ! Mais le problème est que les genoux me font très mal, je souffre de douleurs aux genoux et aux pieds, et je ne peux donc pas me déplacer comme je le voudrais.*

Plusieurs patients relient cette perte de mobilité à leur surpoids.

Pat 5 : *Autre problème : je suis en surpoids. Parce que je ne peux pas faire beaucoup d'activités, parce que j'ai un surpoids d'au moins 30 kilos. [...] Bien sûr, j'ai moins d'activités. Je ne peux pas me plier. Non, ce n'est pas la même chose. Je ne peux pas me pencher ou nettoyer les parties inférieures des objets. Un, parce que je ne peux pas m'agenouiller, parce que mon genou me fait très mal et d'autre part, mon ventre. Ça me dérange. C'est difficile.*

Pat 6 : *La fatigue se fait sentir. Et, on va dire que je m'épuise plus facilement que quelqu'un qui a une forme physique athlétique.*

4.2.2.c. Difficultés psychologiques

De nombreux patients interrogés éprouvent des difficultés d'ordre psychologique. Des traits dépressifs, dont l'anhédonie, sont parfois retrouvés dans leur discours.

Pat 1 : *Toujours, je me réveille, j'ai pas de projet, j'ai rien, je suis à la maison et ça me démoralise aussi psychologiquement, vous voyez... comme je suis encore très jeune et rester souvent à la maison bloquée, c'est un problème.*

[...] Franchement j'aime pas la vie que je vis maintenant parce que je dors tard, je me réveille tard, j'aime pas en fait et je suis toujours à la maison, voilà...

L'obésité en est souvent un des facteurs, que ça soit par le biais du propre regard que les patientes obèses portent sur elles-mêmes ou par le biais du regard de l'entourage plus ou moins proche.

Pat 4 : *Quand je dois aller quelque part et que je trouve rien à mettre ou des trucs comme ça. Je me sens blessée, comme ça, pas vraiment blessée, mais je ne sais pas. Par exemple je suis allée à un mariage, je ne rentrais dans aucune robe, je devais prendre du 48, ou des trucs comme ça. Déjà le 48, c'est des robes pour des dames un peu plus âgées, on va dire.*

Pat 1 : *Franchement, ces temps-ci, je me démoralise beaucoup sur point-là, tout le monde, en fait, tous les gens que je connais, tout le monde me dit « tu as pris du poids » et dès qu'il y a quelqu'un me dit ça, je me démoralise toute la journée jusqu'au soir en fait, je fais que penser à ça [...] et toute la journée je suis démoralisée après, à cause du poids.*

Pat 5 : *Je ne me sens pas bien comme je suis. J'ai toujours été un peu grosse mais pas à ce point. Maintenant, c'est trop... [...] L'aspect physique, bien sûr, c'est bien d'être un peu grosse mais c'est trop pour ma taille, je fais un mètre quarante-neuf, je crois. Je ne suis pas plus grande que ça. Donc 80 kilos, c'est trop. Je pense que je serais bien avec 60, non ? Je pense. Un peu grosse, quoi.*

4.2.2.d. Troubles du sommeil

Le sommeil est une préoccupation pour la quasi-totalité des patients interrogés. Plusieurs d'entre eux se plaignent d'insomnies, qu'ils associent à un manque d'activité physique et de dépense d'énergie durant la journée ; parfois, ils se plaignent également d'un rythme de sommeil décalé qu'ils jugent malsain.

Pat 1 : *Quand je marche beaucoup, [...] le soir je vais dormir comme un bébé [...] et du coup, comme dans ma journée je fais rien du tout, le soir, j'ai pas sommeil parce que je ne fatigue pas. [...] Mais se fatiguer, ça c'est vraiment important en fait, de se fatiguer, [...]. Comme je me fatigue pas, c'est ça en fait, j'ai pas sommeil le soir.*

Pat 6 : *Même le sommeil est en décalé donc c'est déjà plutôt négatif pour la santé. [...] Je n'ai pas d'horaire de sommeil précis.*

4.2.2.e. Troubles cardio-vasculaires

Si quelques patients évoquent leur hypertension, une seule patiente relie ses craintes sur le plan cardio-vasculaire à son surpoids.

Pat 4 : *Alors, j'ai peur que mon cœur s'arrête. J'ai peur que mes veines soient inondées. C'est comme ça? C'est des veines qui sont bouchées, non c'est ça, bouchées! C'est ça le truc avec le cœur? Oui, j'ai peur que mes veines soient inondées, que*

j'arrête de respirer. D'avoir une crise cardiaque. J'ai peur, oui, j'ai peur par rapport à ça. [...] Si j'ai peur au niveau de mon cœur, c'est parce que je suis obèse. C'est en partie à cause de ça.

4.2.2.f. Place du surpoids dans leurs représentations de la santé

Finalement, lorsque l'obésité est abordée en tant que telle, elle est rarement perçue spontanément comme une menace pour la santé, mais plutôt comme un facteur physique limitant ou comme une tare esthétique.

Pat 5 : *[Le surpoids est un problème parce qu'il] me limite dans mes activités, de un. Et, bon. Je ne me sens pas bien comme je suis. J'ai toujours été un peu grosse, mais pas à ce point. Maintenant, c'est trop. Par exemple, oui, comme je l'ai dit, je ne peux pas marcher. Peut-être parce que je suis en surpoids. Je tremble quand je marche et j'ai l'impression d'être fatiguée. [...] L'aspect physique, bien sûr, c'est bien d'être un peu grosse mais c'est trop pour ma taille [...] Je pense que rien d'autre [ne me préoccupe par rapport au poids], c'est surtout concernant la santé. Ma santé. Je ne veux pas continuer à souffrir, non. Peut-être que mon genou aussi, ça serait... à cause du surpoids, parce qu'il supporte tout le poids. Non ?*

Pat 6 : *[Concernant le surpoids :] Je n'ai pas d'avis négatif sur ça. Euh, pas vraiment. Mais à partir du moment où ma santé sera clairement marquante, que je n'arriverai plus à travailler comme je le fais aujourd'hui, même si c'est au minimum, j'estimerai que c'est lié à ça.*

Pat 4 : *[Le poids], c'est une préoccupation quand j'y pense, quand je dois aller quelque part et que je trouverai rien à mettre ou des trucs comme ça.*

Cela étant dit, la répartition de l'obésité étant en constante augmentation, les possibilités de relativiser, également.

Pat 2 : *Je connais que c'est un peu du poids pour moi... C'est pas très grave [...] quand je vois d'autres femmes, qui [sont] trop... Je dis « obbbb », [ça va encore].*

4.2.3. Que font-ils pour améliorer leur santé ?

Hormis un patient pour qui le surpoids n'est pas une préoccupation, l'ensemble des répondants a déjà tenté de modifier son comportement.

4.2.3.a. Restrictions alimentaires : *chi va piano va sano*

La majorité des patients déclarent faire attention à ce qu'ils mangent. Cela passe par des restrictions et par des améliorations qualitatives de leurs repas.

Pat 1 : *Pour le moment j'évite les chocolats mais je sais pas faire sans chocolat, j'évite un peu tout ce qui est gras pour perdre un peu du poids, j'évite tout ce qui est gras, tout ce qui est sale, ces temps-ci je mange beaucoup de tomates et légumes tomates salade ça je mange beaucoup beaucoup parce que ça m'aide d'aller aux toilettes aussi [...] et je bois de la soupe et cetera et sinon j'évite coca tous les trucs qui sont gazeux, Coca-Cola, Fanta, je bois beaucoup de l'eau je mange des choses des légumes tomate légumes c'est un peu dur mais voilà.*

Un patient estime que la meilleure façon d'adapter son alimentation est d'y aller progressivement et d'ancrer de nouvelles habitudes.

Pat 3 : *Ce sont des petits aménagements, ce n'est pas quelque chose de bien compliqué. Ce sont des alternatives qui sont de l'ordre du plausible et qui sont, qui sont gérables sans trop de contraintes. Tout simplement. Ces petits changements, ben je les, je les mets en application. [...] Je pense que pour tout changement, il faut y aller lentement en identifiant des pistes d'actions qui ne sont pas trop contraignantes. Et une fois ces pistes d'action suffisamment ancrées et mises en application, on peut peut-être essayer d'aller à un palier plus... Plus professionnel et plus efficace.*

En effet, l'ensemble des patients ayant expérimenté un régime plus ou moins radical ont vu leur tentative de perte de poids se solder par un lourd échec.

Pat 5 : *Le régime des 1000 calories. Quelque chose comme ça. Pas tant que ça. Ce n'était pas un régime strict. [...] Puis j'ai aussi fait de l'exercice. [...] Eh bien, la fête de Noël est arrivée et je travaillais à l'ambassade, donc là nous avons beaucoup d'engagements et je suis vraiment une cuisinière. Donc, j'étais en charge de la cuisine. Puis sont arrivées les fêtes, j'ai arrêté mon régime, j'ai tout arrêté et j'ai commencé à manger des sucreries. Bon, tout ça a été interrompu, j'ai dit "je vais le faire après les fêtes", mais j'ai oublié enfin... c'était... fatal. [...] Non, je pense que depuis, [mon poids] a augmenté beaucoup et plus.*

Un répondant ne s'estime pas concerné par cette question.

Pat 6 : *L'alimentation ? Ce n'est pas moi qui gère, c'est Madame.*

Un autre répondant, bien que préoccupé par son alimentation, précise quant à lui :

Pat 3 : *Il faudra indissociablement associer cette pratique nouvelle à la personne principale qui cuisine dans un foyer. [...] Je vis avec mes parents. Et donc c'est ma maman qui cuisine tout. [...]*

4.2.3.b. Activité physique : un défi certain

Bien qu'ils soient tous conscients de l'importance de l'activité physique pour la santé en général et le surpoids en particulier, seuls deux patients interrogés pratiquent une activité physique régulière. Les autres patients expriment davantage de difficultés.

Pat 4 : *[Concernant le sport], j'ai vraiment du mal en fait. Parce que comme je suis, je fais directement des mouvements, ça me... Ça me fatigue directement, en fait. J'habite au troisième, quatrième, déjà quand je monte, je suis essoufflée. [...] Même porter ma fille, aller sur les escaliers, ça jamais de la vie je peux. (Rires). Ah non. Ou monter les courses. Moi je monte pas de courses. Je monte genre le papier toilette, des trucs comme ça, c'est tout. Je. Je peux pas faire des allers retours, moi je... Non, je peux pas, c'est trop. [...] J'ai même une carte de basic fit. J'ai payé un an puis j'ai arrêté, quoi. Je suis allée deux fois.*

Pat 1 : *Du coup j'ai commencé à faire des exercices avant de dormir je vais sur YouTube je vois je vois un peu je vois ça ça m'intéresse et j'ai appuyé et je fais le même exercice ça me fait du bien aussi moralement. [...] j'ai un peu commencé à faire de gymnastique mais c'est pas assez, en fait [...] je fais pas beaucoup de gymnastique.*

Pat 1 : *Je peux par exemple courir au parc, ça j'ai envie de faire mais j'ai pas encore eu le temps de le faire, j'ai envie d'aller au parc [...], j'ai envie de m'habiller sportivement et vraiment, j'ai envie de prendre de l'eau à côté de moi [...] et j'ai envie de courir, juste courir comme ça lentement et prendre de la musique, écouter de la musique ça, j'ai envie de faire aussi mais j'ai pas encore eu le temps ni l'occasion de le faire parce que j'ai pas envie d'aller seule, j'ai envie d'aller avec une amie à moi, [...] s'habiller sportivement comme ça psychologiquement je me mets dans la tête que je vais perdre du poids parce que ça aussi ça joue beaucoup quand on s'habille sportivement, quand je mets un legging sportif avec un t-shirt je me dis « c'est bon je vais perdre du poids » et j'ai envie de courir pour une demi-heure, 30 minutes, tous les jours ou bien chaque 2 jours, ça aussi j'ai envie de le faire voilà.*

4.2.4. Des difficultés à faire marche arrière

4.2.4.a. Un environnement obésogène : des tentations omniprésentes et une trop grande accessibilité

L'environnement représente un grand facteur de risque de prise de poids. L'entourage proche du patient, que ça soit en famille ou au travail, peut être un incitant à une moins bonne alimentation.

Pat 4 : *[J'aurais besoin] qu'on ne mange pas devant moi, déjà de un. [...] Je ne veux pas voir de nourriture devant moi. Par exemple, je veux pas voir un hamburger devant moi, je ne sais pas, un Coca ou des trucs comme ça. Ne pas m'inciter je veux dire.*

Pat 4 : *Oui et au travail aussi, je vais pas dire aux gens, ne mangez pas. On est une équipe de dix, quelqu'un va dire "ah je vais manger ça, quelqu'un veut commander avec moi?" Ou un truc comme ça. Tout le monde va dire oui, je vais être la seule... Fin vous voyez. Je ne sais pas. Donc du coup, je vais avoir envie aussi, donc je vais commander aussi.*

Pat 3 : *On a une pression de faire comme autrui. Ces fast-food, c'est super bon, c'est super agréable et pourtant c'est très, très mauvais pour la santé. A la limite, on les mange parce que les collègues les mangent tout simplement.*

L'aspect culturel du cadre familial joue également un rôle.

Pat 4 : *Par exemple, chez nous, c'est Coca à volonté comme, chez vous, c'est normal l'eau, chez nous, partout où tu vas y a du coca, des boissons, des trucs, de la viande,... Chez nous, si y a pas de viande, il n'y a pas à manger, genre.*

Au-delà des cercles restreints de la famille et du travail : l'environnement physique, le quartier. En l'occurrence, les quartiers populaires du Nord de Schaerbeek.

Pat 3 : *Après, une question qui serait subsidiaire, qui serait intéressante. Si moi j'habitais, je ne sais pas, moi, à Namur, est-ce que j'aurais la même obésité que, ici, dans le quartier Nord à Schaerbeek. Sachant tout le contexte de nourriture qui est ici dans la place Liedts, la rue de Brabant. Je suis convaincu que oui, qu'il y aurait une différence significative. L'humain s'adapte en fonction de son environnement. Hier, par exemple, j'ai regardé le match de foot et puis après, je me suis promené, je suis rentré chez moi à la maison, je suis passé par Liedts. Il était minuit, minuit et demi, bah, tous les snacks étaient ouverts, tous les snacks étaient pleins, tous les snacks étaient remplis de monde. Si vous n'avez pas toutes ces tentations qui sont à portée de main pour un prix dérisoire, avec quelque chose qui est assez consistant, vous n'aurez pas le même rapport [à] la nourriture.*

La société dans laquelle nous évoluons est aussi questionnée à travers la promotion de comportements malsains rendus plus accessibles.

Pat 3 : *Pour ma part, on subit une pression de la société parce que, on va tous faire nos courses au supermarché. On a tous les mêmes supermarchés et les produits que nous achetons au supermarché, ben, on met en avant les mauvais produits pour la santé au détriment des bons produits qui sont bénéfiques pour le corps.*

Pat 3 : *Vous savez que les gens ne vont pas se faire un fast food à la maison. Les gens vont faire un fast food, mais parce que le fast food est devant vous, parce que... Parce qu'il est disponible, parce qu'il est ouvert à des heures, à des horaires qui vous arrangent, parce qu'il n'est pas cher et parce qu'il est bourratif.*

4.2.4.b. Le rythme de vie

Le temps peut, dans le cadre de notre société actuelle, être considéré comme une contrainte pour qui aimerait assainir son mode de vie et adopter des comportements moins obésogènes.

Pat 3 : *On a de moins en moins de temps pour faire ses courses. On a de moins en moins de temps pour préparer à manger. On a de moins en moins, de moins en moins de temps de manger. [...] Le temps, c'est une contrainte, c'est LA contrainte. Euh, c'est la contrainte parce que vous êtes... Allez moi, par exemple, quand je suis au travail, je mange... Si j'ai la chance de sortir de mon boulot pour aller manger avec mes collègues, ça c'est le moment de la journée. C'est le moment où on retire la soupape, on souffle un petit peu, mais sinon, je mange dans mon bureau entre deux rendez-vous.*

Parfois en ayant une personne en face de soi et même si c'est désagréable, parce que c'est le seul moment que j'ai pour manger. Le temps est un peu ce poison qui alimente super bien l'obésité. Allez, on parle souvent de la durée moyenne d'un repas, je crois que c'est 15 à 20 minutes. La mastication puisse se faire, pour qu'on puisse se rendre compte qu'on a avalé quelque chose, il faudrait arriver à ce qu'il y ait un temps imposé, que ce temps soit uniquement pour manger, pas de... Quelle que soit la fonction, quel que soit le contexte, quelle que soit... Ici quand on regarde autour de nous : les gens mangent debout, les gens mangent dans le métro, les gens mangent en marchant, les gens mangent parce que les autres mangent.

Dans une perspective tout à fait différente, le rythme de vie, ou plus exactement, l'absence de rythme est une entrave à la réalisation de projets et de mise en mouvement pour une autre patiente.

Pat 1 : *Je me réveille à 14h et quand je sors du lit, il est déjà 15h-16h et je me dis quand je vais manger quand je vais faire mon déjeuner, quand je vais sortir et après il est déjà 18h après j'ai plus envie de sortir et du coup, j'ai rien envie de faire, toutes les choses par exemple ramasser à la maison ou bien faire de l'activité, sortir, marcher, promenade et tout j'oublie et après je dis non j'ai pas envie de faire.*

4.2.4.c. La motivation

Deux patientes expriment de façon relativement explicite un manque de motivation, que ça soit concernant l'activité physique ou la modification de leur comportement alimentaire.

Pat 4 : *[Concernant l'activité physique :] Qu'est-ce qui me freine ? Déjà, de un, la motivation. Le plus important.*

Pat 1 : *Je suis souvent dans mon lit, en train de s'allonger, j'ai envie de dormir [...] souvent j'ai envie de rien faire, j'ai envie de rester dans mon lit, j'ai envie d'être allongée, voilà. [...] En fait, j'aime pas sortir, marcher sans rien faire. Par exemple, je me dis toujours demain je vais sortir, [...] je vais aller jusqu'à Botanique, je vais marcher vite et après je vais revenir c'est comme du sport mais après, je me dis « pourquoi je vais sortir rien faire et je vais revenir tout seul, ça sert à rien ».*

Pat 4 : *Ça dépend, il y a des situations où je me dis "Allez, je vais me reprendre en main"... ou je me sens encore plus mal et donc j'ai encore envie encore plus de manger. Ça dépend. [...] Dès que je suis stable dans ma tête, je veux dire dès que je me suis habituée, ça va, mais après, si je recommence à ne plus perdre comme au début, là, je recommence à être démotivée. . [...] Ou peut être j'oublie, ma motivation peut être je suis motivée sur le moment, j'oublie, je sais pas, je fais autre chose j'oublie et donc du coup, je sais pas, j'oublie et je recommence à manger.*

4.2.4.d. Le cercle vicieux de l'obésité

Selon une de nos répondantes, l'absence de motivation à modifier ses comportements néfastes viendrait surtout de son obésité.

Pat 1 : *Même le poids aussi, à cause du poids aussi, j'ai rien envie de faire, j'ai pas envie de marcher, j'ai rien envie de faire. C'est le poids parce qu'avant quand j'étais mince, j'étais dynamique, j'avais tout envie de faire [...] Je pense que si je perds du poids j'aurai plus la flemme.*

Cette réponse est un bel exemple des différents cercles vicieux que l'on a pu identifier au cours de nos entretiens.

Le manque d'estime de soi lié au poids peut entraîner des accès de grignotage compulsifs.

Pat 4 : *Quand je veux acheter de nouveaux vêtements pour aller quelque part, ça dépend dans l'état psychologique que je suis, fin, ça dépend de mon humeur. [Ou] ça me motive... Ou sinon, ça me rend triste comme ça, ça me... Et donc du coup j'ai envie de manger.*

Le manque d'estime de soi entraîne également une diminution de la motivation au changement. Cette patiente explique donc que pour perdre du poids plus facilement, ... il faudrait qu'elle perde du poids.

Pat 1 : *Et je voudrais, quand je suis de retour, je voudrais quand même perdre 7 kg et cetera, parce que si je perds 7 kilos je serais vraiment positive et de retour en Belgique, je voudrais vraiment être en forme, dynamique, [...] je voudrais être énergique voilà et dynamique parce que là je suis vraiment j'ai plus d'énergie, j'ai rien envie de faire et caetera, j'ai juste besoin de vacances un peu.*

Enfin, les problèmes de mobilités exprimés plus haut, conséquences du surpoids et de la sédentarité, sont un frein à l'activité physique.

Pat 4 : *Mais la marche... Avant je marchais beaucoup, j'aimais bien marcher mais du au fait que j'ai pris du poids et donc, du coup, j'ai du mal à marcher comme je marchais avant. J'ai du mal dans beaucoup de choses.*

4.2.5. Besoins et perspectives

4.2.5.a. Besoin... d'une aide extérieure ?

Différentes aides extérieures ont été explorées avec les patients interrogés. La piste de la prise en charge diététique est presque systématiquement rejetée.

Certains parce qu'ils pensent qu'ils n'y ont rien à apprendre.

Pat 4 : *Mais je suis allée même chez le diététicien et tout. [...] quand je devais mettre le ballon gastrique. [...] Pour moi, non, ça sert à rien. Elle va dire "mange des carottes", je sais bien qu'il faut manger des carottes, hein... C'est 40 euros pour dire qu'il faut manger des carottes. Ok, c'est débile, quoi.*

D'autres parce qu'ils estiment que leur comportement alimentaire est trop empreint d'habitudes culturelles.

Pat 3 : *Je ne sais pas, j'ai. J'ai un frein, je dirais, qui est de l'ordre de l'émotionnel et du préjugé. [...] Mon quotidien*

alimentaire est très culturel. Pourquoi ? Parce que j'ai toujours baigné dans cette cuisine marocaine qui me convient parfaitement et à laquelle j'ai pas trop envie de bousculer. [...] j'ai comme l'impression qu'une diététicienne ne va pas réussir à comprendre. D'abord, ce que je mange, exactement, avec précision. Et ensuite, qui ne va pas être capable de me fournir, euh, une alternative. C'est peut-être con ce que je dis, mais c'est comme si c'est voué à l'échec dès le départ.

Une patiente explique n'avoir jamais sollicité l'aide de son médecin traitant car elle pense qu'il n'a rien à lui apporter.

Pat 2 : *Moi je crois que ce n'est pas nécessaire, en fait, parce que moi, j'ai essayé, j'ai fait encore beaucoup des choses pour moi, pour aider, pour ma santé. Moi je crois que c'est mieux. [...] Pas le maximum. [Il y a] beaucoup d'autres choses que je peux faire. Peut-être il y a des personnes qui connaissent beaucoup [de choses à faire pour perdre du poids]. Moi je n'ai pas connu beaucoup. Mais qu'est-ce que j'ai connu, j'ai fait.*

La chirurgie bariatrique n'a été évoquée par aucun participant. La seule intervention évoquée a été le ballon gastrique lors du quatrième entretien, avec une patiente qui a bénéficié de ce dispositif. Cette intervention est évoquée comme une simple étape de son parcours pondéral en montagnes russes.

Pat 4 : *J'ai mis un ballon gastrique. Je suis revenue à 75 [kilos]. Et puis, je suis partie en vacances. J'avais pris 12 kilos pendant les vacances. [...] Et puis là, j'ai repris. Depuis là, j'ai repris jusqu'à maintenant, j'ai 95, normalement. Les vacances étaient en 2019.*

4.2.5.b. De structure, d'objectifs, de projets...

Un aspect qui est particulièrement ressorti du premier entretien est le besoin de se fixer des objectifs pour chaque modification de comportement.

Pat 1 : *J'ai envie de courir pour une demi-heure, tous les jours ou bien chaque 2 jours. [...] Franchement si je perds 7 kilos, [...] ça va m'aider aussi moralement. [...] Je dois beaucoup boire de l'eau, par exemple, je dois prendre un litre, je disais ça je dois terminer aujourd'hui, par exemple de 15h jusqu'à minuit, je dois boire chaque demi-heure ou chaque heure.*

Ce besoin peut être relié à un besoin plus large de structure et d'horaires chez cette même patiente, qu'elle retrouverait dans une activité telle qu'un travail ou une formation.

Pat 1 : *Peut être que je me dis, peut-être que si je commençais à travailler, si j'ai un travail, si j'ai un boulot fixe ou bien si j'étudie, si je fais une formation fixe, peut-être que je re-m'y-mettrai en fait parce que comme je fais rien en ce moment, peut-être que c'est pour ça aussi que je prends du poids [...] je pense que c'est ça que j'ai besoin : de travailler*

d'être un peu active ou bien faire petit à petit, faire des promenades où faire des marches ou faire du sport. [...] Toujours je me réveille j'ai pas de projet, j'ai rien, je suis à la maison et ça me démoralise aussi psychologiquement, vous voyez...

Comme déjà mentionné plus haut, plusieurs patients perçoivent le travail comme une ressource. La notion de travail peut être remplacée par la notion d'activité au sens large chez les répondants en incapacité ou au chômage.

Pat 5 : *Plus tard, j'aimerais faire une activité. J'aimerais faire quelque chose comme étudier le français ou suivre des cours. N'importe quel cours, pas nécessairement un cours, que ça soit manuel ou une activité.*

Pat 2 : *J'ai besoin de travailler. J'ai besoin de bouger. J'ai besoin de faire. Parce que la maison, c'est pas beaucoup de travail, en fait. [...] J'ai pas envie de rester comme ça, tout la journée.*

4.2.5.c. Comprendre et apprendre

Bien que réfractaires à l'idée d'une prise en charge diététique, les répondants ont paradoxalement émis plusieurs fois le besoin de comprendre leur pathologie et d'en apprendre davantage sur l'alimentation.

Pat 3 : *Le besoin de comprendre. Pour réparer un dysfonctionnement, il faut comprendre. C'est très mécanique. Il faut comprendre l'origine, traiter et ensuite soigner. Le fait de ne pas comprendre, moi, personnellement, ça m'empêche d'agir.*

4.2.5.d. Le lien social

Pour certains patients interrogés, se motiver pour réaliser une activité physique est plus simple lorsqu'ils sont accompagnés.

Pat 1 : *[Ce qui me manque pour aller courir au parc] : aller avec un ami ou une amie. [...] j'ai déjà demandé à une amie et elle était d'accord avec moi mais en fait on n'a jamais eu le temps.*

Pat 3 : *La pratique d'un sport favorise grandement l'épanouissement. [...] Le sport qui est également un vecteur de liens sociaux de par son volet collectif.*

Le lien social, en plus d'être bénéfique en lui-même pour la santé mentale, est un moyen de favoriser l'activité physique.

Pat 3 : *Le lien social [...] est important pour l'épanouissement intrinsèque d'une personne mais de facto, vous allez aussi bouger, rencontrer, vous déplacer.*

L'aspect social de l'alimentation a déjà été relevé plus haut car il peut parfois être source de mauvaise influence.

Pat 3 : *Je mange parce que [...] les autres mangent et donc pour le lien social, je mange avec eux.*

Il peut cependant se révéler être une force.

Pat 4 : *[Mon père] il m'aidait beaucoup, avant, il me préparait, il m'aidait, il me laissait pas manger, il était toujours derrière moi. Il n'achetait pas des trucs que j'aimais. On n'achetait pas de coca ou des trucs comme ça, on achetait que de l'eau.*

De façon encore plus importante que le lien social de façon abstraite, la famille est identifiée comme une préoccupation première par les patients interrogés et une véritable ressource potentielle à exploiter.

Pat 6 : *Ce n'est pas vraiment moi, la préoccupation première, c'est plutôt ma famille, mon entourage.*

Pat 2 : *Moi je fais attention à ce problème [faire des activités à l'extérieur] parce que mon fils, le premier, il a la trisomie 21 et il a du poids, en fait. [...] Je demande à mon fils pour faire des jeux, pour faire du sport tous les jours. Tous les jours, on fait le tapis. En fait, quand c'est le jour de sortie, dans le parc, on fait, pour faire le tour, comme ça, marcher.*

Pat 3 : *Une activité qui serait très productive pour ma part, ce serait de développer des ateliers culinaires. [...] Il faudra indissociablement associer cette pratique à la personne principale qui cuisine dans un foyer. [...] Ça pourrait développer une chouette activité intra conjugale.*

4.2.5.e. Un environnement sain

Lorsque nous avons demandé aux patients de choisir une carte qui représentait la bonne santé, plusieurs d'entre eux ont désigné celle qui représentait une personne assise au pied d'un arbre. L'environnement physique semble avoir un impact sur la motivation à l'activité physique mais également sur le bien-être psychologique des patients.

Pat 1 : *Je vois quelqu'un qui est dehors et se promène, je pense [...] et ça peut m'aider, sortir dehors pour faire une promenade, marcher, écouter de la musique, [...], ça va me faire un peu du bien ou bien aller au parc, s'asseoir, prendre l'air. Cette image ça représente ça, je pense : dehors. [...] J'ai besoin aussi d'aller au parc, se poser loin du stress.*

Pat 3 : *J'aurais tendance à choisir cette image-ci parce qu'elle représente la nature [...] bénéfique pour le corps humain, tant sur le plan psychologique que physiologique.*

En outre, l'offre alimentaire du quartier, mentionnée plus haut, pourrait également être retravaillée afin de favoriser les comportements alimentaires sains.

Pat 3 : *Et donc. Des pouvoirs publics, il y a peut-être une initiative qui pourrait être mise en place par rapport à l'obésité par des campagnes, allez, développer ces fameux restaurants bio de plus en plus de plus en plus à la mode. Mais arriver vraiment à ce qu'il y ait une volonté de manger sainement dans les quartiers populaires et pas uniquement dans les quartiers qui sont un peu plus favorisés.*

5. DISCUSSION

5.1. Sur la méthodologie

Nous estimons que notre étude a pu répondre à notre question de recherche et que la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés était une approche pertinente au vu de l'originalité et de la qualité des résultats obtenus. Notre avis sur l'utilisation de l'outil Babbelboost est toutefois partagé. Le choix de cet outil était notamment motivé par la solution qu'il pouvait représenter face à la barrière linguistique plus ou moins importante qui existe au sein de notre patientèle. Malheureusement, cet outil a été utilisé de façon inégale par les répondants : les patients les plus instruits et parlant mieux le français ont eu davantage de facilité à l'utiliser. Il n'a donc pas répondu à ce problème. Nous pensons toutefois qu'il a eu le mérite d'ouvrir plus rapidement la discussion pour les patients qui l'ont utilisé.

Le protocole fixé au départ de l'étude a été respecté hormis le nombre d'entretiens qui a dû être réduit à la suite de l'annulation de 4 participants, réduisant ainsi la taille de l'échantillon. Le guide d'entretien, très épuré, nous a permis de nous adapter au discours de chaque répondant tout en respectant le cadre de notre question de recherche. Nous notons toutefois que quasiment tous les entretiens ont dépassé la durée initialement prévue.

Concernant notre échantillon, nous déplorons le déséquilibre entre les répondants de sexes masculin et féminin. Il nous a semblé que les sujets abordés par ces deux groupes différaient subtilement et nous aurions aimé explorer davantage les questions soulevées par les répondants masculins, telle que leur place et leur responsabilité dans la préparation du repas dans leur foyer et les implications de celles-ci. La diversité d'âge et d'origines a elle été respectée bien que nous aurions aimé nous entretenir également avec des patients d'origine guinéenne, nationalité sur-représentée dans notre maison médicale, mais cela n'a finalement pas été possible pour des raisons d'organisation. La taille de notre échantillon ne nous permet pas de généraliser ces résultats à l'ensemble de la population obèse de notre maison médicale mais la diminution importante du nombre de catégories lors des deux derniers entretiens suppose que nous tendions vers une saturation des données.

Un biais majeur de cette étude est la relation médecin-patient entre certains des répondants et la chercheuse. Certains des patients avaient déjà eu une discussion autour du surpoids avec la chercheuse et cela a pu influencer les résultats. Cela étant dit, la confiance des répondants a pu

probablement les aider à aller plus en profondeur dans leurs réponses et avec moins de barrières et de pudeur que face à un total inconnu.

Le choix de l'analyse des résultats par la théorisation ancrée s'est avéré être un bon choix. Elle a permis de ne pas appliquer une grille de lecture a priori qui aurait été héritée des lectures théoriques antérieures. Toutefois, il est certain que la subjectivité de la théorisation n'empêche pas un certain biais et il reste possible que la présentation des résultats proposée soit le fruit inconscient de ces lectures et présupposés préalables.

5.2. Sur les résultats

5.2.1. Rappel des résultats

Dans le cadre de notre recherche, nous avons interrogé six patients. Les profils de ces derniers étaient volontairement divers, des points de vue du genre (4 femmes, 2 hommes), de leur âge (entre 21 et 66 ans), de leur situation professionnelle (3 personnes étaient actives, 3 personnes inoccupées) et de l'origine ethnique. Du point de vue clinique, leur BMI oscillait entre 31 et 48.

À travers l'analyse par théorisation ancrée, nous avons pu dresser un axe chronologique représentant le cheminement du patient : de la prise de poids à sa prise de conscience, les démarches entreprises pour la perte de poids et les solutions envisagées afin que celles-ci se révèlent finalement salutaires.

Première constatation : la prise de poids est attribuée soit à un événement soit à une installation insidieuse. Pour une majorité des patients, elle suscitait toutefois une part d'incompréhension.

Dans leurs tentatives d'expliquer cette prise de poids, les patients ont notamment invoqué le lien entre émotions et comportement alimentaire, la sédentarité et l'absence d'activité, ces deux derniers facteurs étant généralement liés. Le travail, notamment, représente pour les patients interrogés une ressource essentielle, et son absence un facteur favorisant de sédentarité.

Malgré qu'ils ne se considèrent pas en bonne santé, les répondants ne considèrent l'obésité ni explicitement ni spontanément comme un problème de santé en tant que tel. En outre, elle est rarement identifiée comme une cause de leurs plaintes.

Les patients ont pourtant une représentation négative de leur propre santé. Ils se plaignent notamment de douleurs musculosquelettiques, voire de perte de mobilité. Du point de vue psychologique, nous constatons des traits dépressifs et une dégradation de l'image de soi s'expliquant, pour certains, par leur obésité. Viennent ensuite les troubles du sommeil et les troubles cardio-vasculaires.

Dans leurs représentations de la santé donc, lorsqu'ils abordent l'obésité en tant que telle, ils la perçoivent rarement comme une menace pour la santé, mais plutôt comme un élément physique limitant ou comme une tare esthétique. En outre, la répartition en constante augmentation de l'obésité accroît leur tendance à la relativiser.

Pour ce qui concerne les actions mises en place pour la perte de poids, les patients rencontrent des freins concernant tant les restrictions alimentaires que l'activité physique. Pour les premières, les régimes plus radicaux se soldant généralement par un échec, ils ont tendance à les introduire de manière progressive. Pour la seconde, les patients font face à des difficultés physiques inhérentes à leur surpoids. Enfin, les patients manquent de motivation, pour l'activité physique comme pour l'hygiène alimentaire.

L'environnement, que ce soit l'entourage proche du patient ou le cadre socio-culturel, constitue pour eux un déterminant extrinsèque obésogène. Le quartier d'implantation des patients est également évoqué, de même que la promotion d'une alimentation malsaine propre à notre société.

Le rythme de vie de notre société contemporaine réduirait le temps dont disposent les individus pour adopter une hygiène de vie saine. À l'opposé, l'absence de cadre ou de rythme entraverait la perte de poids et la mise en mouvement.

Les différents facteurs ainsi déterminés composent le cercle vicieux de l'obésité :

- l'absence de motivation à modifier ses comportements néfastes découlerait de l'obésité ;
- le déficit d'estime de soi lié au surpoids entraînerait des grignotages compulsifs, et dans le même temps, une diminution de la motivation au changement ;
- enfin, les difficultés de mobilité entravent leur mise en mouvement.

La prise en charge diététique est globalement rejetée, que cela soit le fait de doutes quant à son utilité ou leur fidélité à des habitudes culturelles. Cependant, ils expriment le besoin de comprendre et

d'apprendre leur état. Une patiente, professionnellement inactive, confirme le besoin d'une structure et d'une activité au sens large.

À travers les entretiens, les patients narrent également l'ambivalence du besoin de lien social, plus spécifiquement familial, qui peut être considéré tant comme un levier vers la perte de poids que comme un facteur, du fait de sa composante culturelle, ancrant la prise de poids. Enfin, les patients interrogés se représentent un environnement physique sain, en témoigne la carte numéro 14, comme l'illustration d'un état de santé positif.

5.2.2. Confrontation à la littérature

La littérature est assez pauvre s'agissant des représentations et des discours des patients en excès de poids. C'est pourquoi, nous avons confronté nos résultats à cette littérature quand elle était disponible et lorsqu'aucune étude similaire n'a été retrouvée, nous avons confronté le discours des patients interrogés à ce qu'en disent les sociologues. Vu la grande diversité des thèmes abordés, seuls quelques points qui nous ont semblé les plus originaux et intéressants dans le cadre de notre travail seront discutés ici.

5.2.2.a. L'obésité, maladie chronique ?

Les patients interrogés, bien que s'estimant en mauvaise santé, ne mentionnent pas l'obésité comme une maladie. L'étude Awareness, Care and Treatment in Obesity Management - An International Observation (ACTION-IO) est une étude transversale en ligne récemment menée au sein de onze pays du globe dans le but de collecter des données sur les perceptions, les comportements et la sensibilisation liés à l'obésité et à la gestion de l'obésité pour les personnes obèses et les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'obésité. Cette étude confirme la tendance des patients obèses à ne pas considérer l'obésité comme une maladie : en Espagne, 59% des patients obèses répondants estimaient souffrir de maladie chronique tandis que 93% des professionnels de santé soutenaient cette affirmation. Pourtant, tout comme dans notre étude, les répondants étaient nombreux (83%) à rapporter au moins une comorbidité. (29)

Les patients de notre échantillon considèrent le surpoids avant tout comme un facteur limitant de mobilité et comme une tare esthétique ; la considération de leur état de santé passe à l'arrière-plan. Selon la littérature, les principales motivations à la perte de poids sont d'ordre psychosocial et esthétique : perdre du poids pour (se) plaire et se sentir mieux (30,31).

5.2.2.b. Image de soi, responsabilisation et stigmatisation

Les répondants de notre étude expriment globalement avoir une pauvre image d'eux-mêmes. Dans le cadre de l'étude ACTION-IO mentionnée supra, seuls 6% des répondants espagnols se disaient heureux avec leur poids actuel. Dans cette même étude, 80% des patients estimaient être premiers responsables de leurs poids (29). Certains des patients interrogés ont tenu un discours assez dévalorisant envers leur comportement et leur image. Cette dévalorisation est décrite dans le processus de stigmatisation qui est à l'œuvre dans le contexte de l'excès de poids, défini comme « un processus d'interactions qui discréditent un individu et tendent à transformer une victime en coupable (15). » La stigmatisation, dans le cas qui nous occupe, est le fruit d'un ensemble de croyances « qui font de l'obésité un reflet des qualités morales de l'individu. » Cette croyance est notamment exprimée par la patiente 1 qui s'estime plus lente, moins dynamique et moins volontaire parce qu'elle serait grosse.

5.2.2.c. Concernant la question du travail

La question du travail a été abondamment abordée par les répondants. Bien que certains éléments associés au travail, les collègues ou le rythme de travail, peuvent représenter des facteurs environnementaux qu'ils considèrent obésogènes, le fait d'avoir un travail est pour eux un facteur de bonne santé et diminue ainsi le risque d'obésité. Le lien entre l'obésité et l'emploi est intéressant à étudier sous le prisme du statut social. En effet, les sociologues de l'obésité font état d'une double chaîne de causalité qui peut expliquer la corrélation entre un statut social bas et l'excès de poids (15). La première chaîne de causalité est celle que nous avons développée dans notre cadre théorique : le statut social bas, par le biais de certains facteurs tels qu'une alimentation moins saine, une activité physique moindre, une moins bonne littératie en santé, etc. favorise le développement de l'obésité ; l'autre chaîne suit une perspective inverse : elle part du postulat que l'obésité, via le phénomène de stigmatisation qui l'accompagne, est un déterminant du statut social et a tendance à l'entraîner vers le bas. Cela est notamment démontrable par l'association qui existe entre la mobilité sociale intragénérationnelle et le poids. Jean-Pierre Poulain a étudié cette association : il existe une corrélation positive entre la diminution des revenus d'une personne et son IMC (15).

Par ailleurs, au-delà du biais de stigmatisation, l'état de santé global des patients obèses peut être un facteur d'exclusion du marché du travail. Une méta-analyse de 2013 a effectivement retrouvé une corrélation positive entre la sortie du marché du travail d'une part, et l'excès de poids et le manque d'activité physique d'autre part, que ça soit par le passage en incapacité ou par le chômage (32).

Cet aspect est intéressant car il représente selon nous un nouveau cercle vicieux de l'obésité.

5.2.2.d. Troubles du sommeil

L'ensemble des patients interrogés dans notre étude se sont plaint de troubles du sommeil dont un patient qui travaillait en horaire décalé. Hormis une patiente qui insistait sur l'impact de ces troubles du sommeil sur son rythme de vie et sur son poids, les autres répondants n'ont pas établi de lien entre ces deux affections. Pourtant, diverses méta-analyses observent une corrélation positive entre le sommeil de mauvaise qualité ou les courtes nuits et l'obésité, bien que la plupart des études sur le sujet sont des études transversales et qu'un lien de causalité ne peut dès lors être formellement établi (12,33). Précisons toutefois que les études prospectives à long terme Nurses' Health Studies (NHS I et NHS II) ont observé une augmentation du risque d'obésité chez les infirmières dormant moins de 6 heures par nuit ainsi que chez celles qui avaient eu davantage d'années de travail de nuit (34).

5.2.3. Perspectives : comment sortir du cercle vicieux ?

L'aspect qui nous a probablement le plus marqués au cours de ce travail, que ça soit au moment de l'analyse de nos résultats ou lors de la consultation de la littérature est la notion de cercle vicieux de l'obésité. L'ensemble des cercles vicieux qui agissent au sein des expériences des patients obèses les enferment dans le piège de l'obésité, lui-même créateur de discrimination sociale et d'inégalités de santé. Ce triste constat ne fait que renforcer les interrogations qui nous ont poussés à réaliser notre étude. Face à la puissance du cercle vicieux de l'obésité, comment pouvons-nous, en tant que généralistes agissant dans le cadre du colloque singulier, aider nos patients à rompre ce cercle et échapper à la fatalité de l'obésité morbide, avec toutes les conséquences sanitaires et sociales que celle-ci entraîne ?

Loin de l'approche individuelle, responsabilisante et stigmatisante qui échoue dans sa tentative de briser ce cercle vicieux, nous proposons la création d'alternatives positives aux engrenages comportementaux néfastes. La perspective de la santé communautaire, envisagée au départ de notre étude, garde donc toute sa pertinence. Au vu des résultats de notre étude, nous pouvons certainement dégager quelques pistes d'action.

Nos constats après analyse du discours des patients interrogés sont multiples.

Le premier besoin clairement identifié est celui de la discussion. La durée des entretiens a presque systématiquement dépassé le cadre donné aux participants en début de rencontre. En outre, l'ensemble des patients à qui il a été proposé de participer à l'étude a répondu favorablement. Nous en déduisons donc un besoin de parler de cette thématique. La création d'un groupe de parole au sein de la maison médicale pourrait être envisagé.

Un deuxième aspect intéressant et récurrent était celui de l'environnement physique et de la nature. Les patients interrogés ont tous signalé un goût pour la nature et la promenade mais aucun ne la pratiquait. La faible mobilité des patients associée à la faible disponibilité d'espaces verts du quartier est probablement en cause ; une piste d'activité en santé communautaire pourrait être l'organisation de balades au sein de la ville.

Troisièmement, les troubles du sommeil étant fréquemment évoqués, une action en santé communautaire pourrait clairement cibler ce problème de santé promoteur d'obésité.

Ces quelques pistes sont des exemples d'action en santé réalisables mais il nous semblerait beaucoup plus intéressant de réunir certains patients afin qu'ils envisagent conjointement des pistes de résolution en échangeant leurs visions sur leurs priorités et les ressources mobilisables.

6. CONCLUSION

L'obésité est un problème de santé sans cesse croissant dans notre société. De nombreux plans de lutte ont échoué à y répondre. Selon nous, l'approche individuelle et comportementale qui sous-tend la plupart de ces plans et les recommandations de prise en charge dans le cadre médical est une des raisons de cet échec. Face à cette approche, nous avons opposé l'approche communautaire en santé pour faire face à la problématique de l'obésité.

L'objectif de notre étude était de dégager des pistes d'action pour répondre à cette problématique de santé via une étude qualitative auprès de patients de notre maison médicale. Ce que nous retenons des résultats de cette étude est que l'obésité est un cercle vicieux dont il est difficile pour les patients de sortir. La stigmatisation est un facteur important de renforcement de ce cercle vicieux et l'attitude sur-responsabilisante du corps médical peut se révéler contre-productive. La perspective d'approche par la santé communautaire reste donc une alternative pertinente de prise en charge en première ligne de soins.

En outre, les besoins exprimés par les répondants de cette étude nous permettent de dégager quelques pistes d'action intéressantes à réaliser dans le cadre de la promotion à la santé de notre maison médicale. Toutefois, ces pistes devraient être explorées par les patients eux-mêmes, comme le conçoit l'approche communautaire, dans une perspective d'autonomisation du patient.

BIBLIOGRAPHIE

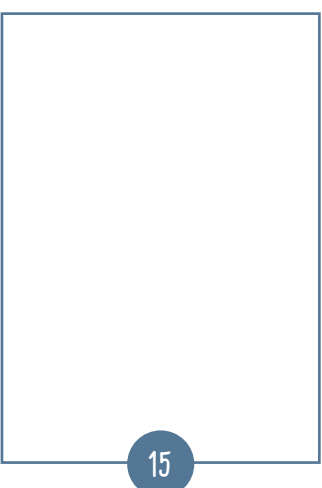
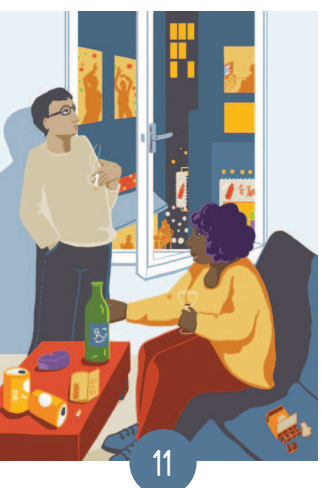
1. Jamouille M. Q-Code, version 2.5, liste tabulaire, exemplaire de bureau [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://3cgp.docpatient.net>
2. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 4 août 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*. mars 2019;92:6-10.
4. Bogers RP, Bemelmans WJE, Hoogenveen RT, Boshuizen HC, Woodward M, Knekt P, et al. Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Arch Intern Med*. 10 sept 2007;167(16):1720-8.
5. Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L, MacInnis RJ, et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *N Engl J Med*. 2 déc 2010;363(23):2211-9.
6. Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis | *Annals of Internal Medicine* [Internet]. [cité 4 août 2021]. Disponible sur: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-138-1-200301070-00008?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&
7. Ford ND, Patel SA, Narayan KMV. Obesity in Low- and Middle-Income Countries: Burden, Drivers, and Emerging Challenges. *Annu Rev Public Health*. 20 mars 2017;38:145-64.
8. L. Gisle, S. Drieskens, R. Charafeddine, S. Demarest, E. Braekman, D. Nguyen, J. Van der Heyden, F. Berete, L. Hermans, J. Tafforeau. Enquête de santé 2018 : Style de vie. Résumé des résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de dépôt : D/2019/14.440/61. Disponible en ligne : www.enquetesante.be.
9. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet*. 26 oct 1991;338(8774):1059-63.
10. Choquet H, Meyre D. Genetics of Obesity: What have we Learned? *Curr Genomics*. mai 2011;12(3):169-79.
11. Overweight and obesity - BMI statistics [Internet]. [cité 5 août 2021]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
12. Patel SR, Hu FB. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity (Silver Spring)*. mars 2008;16(3):643-53.

13. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women - PubMed [Internet]. [cité 5 août 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12684356/>
14. indicators.be - Obésité des adultes [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://indicators.be/fr/i/G02_AOB/Ob%C3%A9sit%C3%A9+des+adultes
15. Poulain J-P. Sociologie de l'obésité. Paris: Presses universitaires de France; 2009.
16. Marmot M, Wilkinson R, éditeurs. Social Determinants of Health [Internet]. 2^e éd. Oxford: Oxford University Press; 2005 [cité 20 août 2021]. 376 p. Disponible sur: <https://oxford.universitypressscholarship.com/10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001/acprof-9780198565895>
17. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
18. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
19. Lv N, Azar KMJ, Rosas LG, Wulfovich S, Xiao L, Ma J. Behavioral lifestyle interventions for moderate and severe obesity: A systematic review. *Prev Med.* juill 2017;100:180-93.
20. Burgess E, Hassmén P, Welvaert M, Pumpa KL. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes.* avr 2017;7(2):105-14.
21. Sibutramine (Reductil) : arrêt de la commercialisation | AFMPS [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: https://www.afmps.be/fr/news/news_sibutramine_suspension
22. Fiches de transparence [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://ft.cbip.be/fr/frontend/indication-group/83/summary>
23. Obésité : trop de risques pour une perte de poids modérée avec le liraglutide [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/50000/0/NewsDetails.aspx>
24. Jonckheer P. CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ: ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SOINS PRÉ- ET POSTOPÉRATOIRES. 2020;46.
25. Louwagie P. Efficacité, sécurité et coût-efficacité de La chirurgie de l'obésité. 2019;46.
26. Jérôme. Focus Santé n°3 - L'alimentation au cœur des actions de promotion de la santé [Internet]. [cité 20 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-focus-sante/item/351-focus-sante-n-3-l-alimentation-au-coeur-des-actions-de-promotion-de-la-sante.html>

27. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, et al. How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Medicine*. 15 août 2018;16(1):123.
28. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Le MeSH bilingue Information scientifique et technique [Internet]. [cité 7 déc 2019]. Disponible sur: www.mesh.inserm.fr
29. Salvador J, Vilarrasa N, Poyato F, Rubio MÁ. Perceptions, Attitudes, and Barriers to Obesity Management in Spain: Results from the Spanish Cohort of the International ACTION-IO Observation Study. *J Clin Med*. 2 sept 2020;9(9):E2834.
30. Poulain J-P. Sociologies de l'alimentation [Internet]. Presses Universitaires de France; 2013 [cité 20 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologies-de-l-alimentation--9782130619406.htm>
31. McKie LJ, C.Wood R, Gregory S. Women defining health: food, diet and body image. *Health Education Research*. 1 mars 1993;8(1):35-41.
32. Robroek SJW, Reeuwijk KG, Hillier FC, Bambra CL, van Rijn RM, Burdorf A. The contribution of overweight, obesity, and lack of physical activity to exit from paid employment: a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. 1 mai 2013;39(3):233-40.
33. Fatima Y, Doi S a. R, Mamun AA. Sleep quality and obesity in young subjects: a meta-analysis. *Obes Rev*. nov 2016;17(11):1154-66.
34. Hruby A, Manson JE, Qi L, Malik VS, Rimm EB, Sun Q, et al. Determinants and Consequences of Obesity. *Am J Public Health*. sept 2016;106(9):1656-62.
35. Examens de dépistage - pour de bonnes pratiques. Les aide-mémoire de l'institut de médecine préventive SSMG;
36. Anctil H, Jobin L, Pigeon M, Émond A, Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, et al. La santé et ses déterminants: mieux comprendre pour mieux agir. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications; 2012.

ANNEXE 1 : APERÇU DES CARTES BABELBOOST

.



ANNEXE 2 : FICHE DISTRIBUEE AUX PATIENTS ET CONSENTEMENT

	Format DIC : ICF - étudiants et paramédicaux Information au patient ou participant	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire
CEHF-FORM-129-2.0		Date d'application : 16/06/2020

INFORMATION AU PATIENT

Question de recherche :
Quels sont les représentations, les préoccupations et les besoins de la patientèle obèse de la Maison Médicale Cassiopée ?

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec l'enquête.

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête qui devrait inclure environ 6 patients.

L'objectif de cette enquête consiste à explorer les représentations, préoccupations et besoins des patients répondant à la définition de l'obésité formulée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de répondre à mes questions lors d'un entretien d'une durée approximative de 30 minutes.

Il vous sera demandé de participer à l'enquête une seule fois.

Promoteur de l'expérimentation/enquête

Le promoteur de l'enquête est l'Université Catholique de Louvain

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance d'une prise en charge optimale de l'obésité au sein de la maison médicale.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur :

AMMA Assurances,

Avenue des arts 39/1

1040 Bruxelles

annemie.lemaitre@amma.be

Numéro de police d'Assurance :

Contrat n° 10000056

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Chaque entretien sera anonymisé et votre nom sera remplacé par un code Patient. Chaque information venant de votre entretien sera étiquetée selon ce code. Les enregistrements seront immédiatement détruits après retranscription et votre nom ne sera plus disponible. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Les retranscriptions brutes seront détruites à la fin de l'étude.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain, qui a émis un avis x le xx/xx/2021.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Dr Oliva Caller i Salas

Email : olivia.caller@gmail.com

Téléphone : 0488/98.49.94

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Ethique :

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Téléphone : 02 764 55 14

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude « Quels sont les représentations, les préoccupations et les besoins de la patientèle obèse de la Maison Médicale Cassiopée ? »
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.
7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....

...../...../20.....

Nom, prénom et Signature

Date (jour/mois/année)

du (de la) patient(e)/participant(e)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) patient(e)/participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

.....

...../...../20.....

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ETUDE QUALITATIVE

Guide d'entretien de l'étude qualitative

Exploration du vécu et des besoins de la patientèle obèse de la MM Cassiopée

I. Introduction

- Présentation de l'étude et présentation en tant que chercheuse ;
Rappel du cadre de l'entretien et des objectifs de l'étude ;
Présentation de l'outil Babelboost ;
- Présentation du formulaire de consentement et signature ;
Accord pour l'enregistrement de l'entretien ;
- Avez-vous des questions ?

II. Déroulement de l'entretien

Informations concernant le participant

- Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?
Pouvez-vous notamment me donner les informations suivantes : votre âge, votre sexe, votre situation familiale, votre situation professionnelle, votre nationalité et vos origines ethniques.

Objet de la recherche

- Parmi les cartes qui sont représentées devant vous, pouvez-vous en choisir au moins une qui représenterait la santé ?
 - Question de relance si nécessaire : représente-t-elle votre santé, l'idéal de la bonne santé, la mauvaise santé ?
 - Que faites-vous pour votre santé ?
- Parmi les cartes qui sont représentées devant vous, pouvez-vous en choisir au moins une qui représenterait votre surpoids ?

- Parmi les cartes qui sont représentées devant vous, pouvez-vous en choisir au moins une qui représenterait une préoccupation pour vous ?

Question de relance : cela peut-être une préoccupation concernant votre santé ou concernant votre vie de façon générale.

- Parmi les cartes qui sont représentées devant vous, pouvez-vous en choisir au moins une qui représenterait vos besoins dans la vie en général ?

Parmi les cartes qui sont représentées devant vous, pouvez-vous en choisir au moins une qui représenterait ce dont vous auriez besoin pour perdre du poids ? (Si la question de la perte de poids a été abordée).

- Parmi les cartes qui sont représentées devant vous, pouvez-vous en choisir au moins une qui représenterait ce qui vous fait du bien / ce qui vous aide dans la vie de tous les jours / ce qui est une ressource pour vous ?

III. Conclusion

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?
- Remerciements ;
- Rappeler la disponibilité pour des questions ou précisions ultérieures ;
- Rappeler au patient qu'il sera prévenu lors de la finalisation du travail.

ANNEXE 4 : TRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT 3

Cet entretien a eu lieu le 29 juin 2021 dans le cabinet de la chercheuse. La durée totale de l'enregistrement était de 45 min 53 s.

Chercheuse

Donc, je vais d'abord commencer par vous demander de vous présenter. Donc moi les informations dont j'ai vraiment besoin c'est donc : votre âge, votre sexe, votre situation familiale, professionnelle et votre nationalité. Et depuis combien de temps vous êtes en Belgique ou si vous êtes né en Belgique et ensuite on va discuter. On va commencer vraiment l'interview. Par rapport à la santé, par rapport au surpoids, les préoccupations et les besoins, ce dont je vous ai parlé plus tôt. D'abord, je veux bien que vous vous présentiez, voilà. Mais si vous voulez rajouter plein d'infos pendant une demi-heure, vous pouvez le faire.

Patient 3

Donc, je m'appelle Patient 3. Euh, je viens de fêter récemment mes 40 ans. Je suis né en Belgique. Et au niveau de ma situation professionnelle, je suis directeur d'un établissement secondaire à Schaerbeek, à quelques mètres de la maison médicale.

Chercheuse

Et situation familiale ?

Patient 3

Alors, je suis célibataire. Et je vis avec mes parents. Et donc c'est ma maman qui cuisine tout.

Chercheuse

Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose pour cette partie-là?

Patient 3

Juste ajouter que récemment, j'ai eu des résultats d'une prise de sang qui ont vraiment été un déclic dans mon, dans mon quotidien. Et de plus en plus, j'ai tendance à me documenter, à m'instruire sur la question du diabète et de l'obésité, et je découvre en fait que j'étais complètement sur une autre planète, analphabète en la matière. Donc, c'est un nouveau monde. J'ai même commandé des bouquins parce que j'aime beaucoup lire, ça c'est une autre passion que j'ai. Et je me rends compte que je vivais dans

le monde des Bisounours par rapport à cette thématique. Voilà un peu pour les grandes lignes de la présentation

Chercheuse

Ok, super. Alors avant qu'on commence, vous vouliez me montrer deux cartes spontanément?

Patient 3

Oui, ce sont ces deux cartes-ci. Ce sont celles qui m'ont le plus parlé. Alors, la première carte. Je développe peut-être les images, oui? La première carte, c'est celle d'une maman avec son enfant dans une cuisine et avec un caddie. Et elle représente pour moi l'insouciance de l'enfant qui mange ce que sa maman lui cuisine. Euh, ça me parle beaucoup dans la mesure où vivant avec mes parents, bah, je ne me suis jamais réellement posé la question de savoir si les aliments que je mangeais étaient plus ou moins bons pour ma santé. En faisant confiance aux référents, je vais dire, culinaires.

Et la deuxième carte, c'est celle du médecin qui prend la tension d'un patient. Ça représente en fait le déclic dont je vous parlais tout à l'heure. Ces dernières années, une tension qui était un petit peu à la hausse, sans pour autant être inquiétant. Et puis, après un diagnostic, on se rend compte qu'on pose un chiffre sur une donnée de la glycémie et à partir de là, on remet en question la première image. Les deux images interagissent très bien dans le temps et dans le sens contraire. C'est-à-dire que la deuxième image aura une influence sur la première.

Chercheuse

Oui, génial. Ok, alors je vais vous poser une petite question très générale qui est de savoir si maintenant vous deviez représenter la santé en général, être en bonne santé. Quelle image vous me montreriez?

Patient 3

J'aurais tendance à choisir cette image-ci. Parce qu'elle représente la nature. La nature étant bénéfique pour le corps humain. Tant sur le plan psychologique que physiologique. Et manger des éléments naturels sont nécessairement bons pour les racines d'un corps et qui vont donner des fleurs, des résultats positifs pour le corps humain, à l'image de cet arbre florissant. Et donc il y a un chouette lien entre la terre et la santé comme les racines d'un arbre et... On reconnaît une personne dont... Le dicton, dit... Non. On, reconnaît un homme par ses fruits ? Non. Bon il y a un dicton qui dit qu'on reconnaît une personne en fonction de ça.

Chercheuse

Vous pouvez me l'envoyer par après si vous voulez. Si vous voulez rajouter des trucs à l'interview, vous pouvez toujours m'envoyer après.

Patient 3

Je vais retrouver, je note ça dans mon agenda. Sinon, je vais oublier.

Chercheuse

Et alors là, j'ai une question plus personnelle, c'est, est-ce que maintenant vous voyez une image qui vous fait penser à votre santé à vous? Actuellement? Vous pouvez prendre le temps de la choisir. Mais ça peut être l'image en général ou ça peut être un détail. Je ne sais pas, moi, si cette affiche là, par exemple, c'est important pour vous. Ce crayon, ça peut être vraiment une image générale.

Patient 3

Moi, j'aurais tendance à dire celle-là. Qui est l'image de la personne qui dort parce que depuis quelque temps, j'ai de moins en moins l'occasion de pratiquer une activité physique par un souci au dos et donc j'ai été pendant plusieurs mois allongé. Et ce manque d'activité physique, je suis convaincu qu'il a un lien avec ma glycémie actuelle. Enfin, disons que j'ai toujours été quelqu'un qui aime manger sans se poser de questions, bonnes ou pas bonnes. Je ne sais pas, mais j'ai toujours compensé par la pratique du sport et depuis quelques temps, cette pratique du sport est devenue quasi inexistante. De par des problèmes de santé et du coup, bah voilà, la balance s'est déséquilibrée j'ai envie de dire. Et donc cette image de la personne qui dort reflète un peu mon état de santé actuel.

Chercheuse

Ok et ma seconde question, du coup, c'était la représentation de votre surpoids. Est ce que ça serait la même image ou pas?

Patient 3

La représentation du surpoids? Cette image est floue. Je n'arrive pas à la décortiquer parce qu'il y a trop d'éléments dessus, on voit un dentiste, un opticien, on voit peut-être un fast food derrière, on voit une pharmacie, on voit une ambulance. Bon, je n'arrive pas à faire un lien avec. Maintenant, s'il y avait une image avec un beau fastfood, j'aurais dit oui, ce serait plus celle-là.

Chercheuse

Mais vous pouvez, vous pouvez utiliser celle-là.

Patient 3

Alors là je vais utiliser la carte blanche.

Chercheuse

Une image de fast food, c'est ça?

Patient 3

Oui, voilà, de, j'utilise des guillemets, de crasse alimentaire.

Chercheuse

C'est assez explicite ce que vous me dites. Mais après, peut-être qu'il y a d'autres points. Je passe au suivant parce que j'ai l'impression qu'il y a d'autres points ou vous allez pouvoir aller plus loin. Maintenant, si je vous demandais de montrer 3 images qui représentent les trois principales préoccupations que vous avez concernant votre santé.

Patient 3

Donc je vous dirais l'aspect alimentaire, la première image. Je vais mettre cette image-ci parce que je pense qu'elle correspond à une activité physique. C'est un peu le quotidien, on voit une personne qui court derrière, on voit des personnes qui lisent, enfin, un lien social, une activité quotidienne. Je vais la décrire tel quel.

Chercheuse

Un lien social ?

Patient 3

Oui

Patient 3

Je vais développer le lien social parce que ça fait plusieurs mois que je ne suis plus retourné au travail depuis plusieurs mois. Le fait de travailler, vous êtes en mouvement et donc vous pratiquez une activité physique. Du fait d'avoir des liens avec d'autres personnes quotidiennement. Une chose que j'ai perdu donc chose qui est liée au fait que je suis assis. Je n'ai plus de contacts humains ou très peu en tout cas.

Avoir une activité professionnelle c'est un lien social, donc ce sont des calories qu'on va peut-être plus, euh...

Chercheuse

Ok mais donc c'est un lien social... C'est la préoccupation au niveau de votre santé, c'est le lien social parce qu'il vous amène à pratiquer de l'activité physique ou c'est aussi le lien social en tant que tel?

Patient 3

En tant que tel bien sûr.

Chercheuse

Donc c'est vraiment les deux sur la même image ?

Patient 3

Oui voilà. Comme tout à l'heure, c'est joindre l'utile à l'agréable. Le lien social parce qu'il est important pour l'épanouissement intrinsèque d'une personne mais de facto vous allez aussi bouger, rencontrer, vous déplacer. La troisième image, euh. Moi, j'ai envie de prendre la carte blanche une troisième fois. Et expliquer en fait que par rapport à ma santé, ce que j'aimerais bien c'est arriver à retrouver les activités que je pouvais faire dans... il y a une année en arrière, donc c'est un peu de la nostalgie physiologique, je sais pas si on peut dire ça comme ça. Arriver à réparer les pépins physiques pour pouvoir reprendre un sport de manière, avec une fréquence assez, assez régulière. Reprendre soin de son image, reprendre soin de son corps et.

Chercheuse

Reprendre soin ?

Patient 3

Reprendre soin, oui j'ai dit reprendre. Je dis reprendre parce qu'aujourd'hui, je suis dans l'incapacité de prendre soin de manière complète, c'est partiel.

Chercheuse

Pourquoi ?

Patient 3

Parce que j'ai des difficultés à me mouvoir. Dès que je marche de trop, j'ai des douleurs qui reviennent. J'ai toujours été un amoureux du football et c'est impossible de jouer au football dans les conditions actuelles. Donc la pratique d'un sport favorise grandement l'épanouissement de... je dirais même de l'image de soi, de l'estime de soi. Le sport qui est également un vecteur de liens sociaux de par son volet collectif.

Chercheuse

Donc l'image que vous mettriez ça serait, peut-être, un match de foot ?

Patient 3

Ça peut correspondre assez bien. Un match de foot ou un sport collectif.

Chercheuse

Alors ici, actuellement, vous mettez déjà beaucoup de choses en place. Je le sais parce que je suis vtre médecin mais vous mettez déjà beaucoup de choses en place concernant votre poids. Quels seraient vos besoins concrets à l'heure actuelle? Avec déjà tout ce que vous avez mis en place. Qu'est ce qui vous aiderait à cheminer vers une meilleure santé. Donc la santé, comme vous l'avez montré sur cette image avec l'arbre et pour résoudre un peu toutes vos préoccupations?

Patient 3

Je vais répondre en deux temps. Je vais répondre pour ma part et ensuite pour la personne qui est ma maman, qui cuisine. Pour ma part, moi je suis un scientifique de formation. J'ai besoin de chiffres et de données. J'ai besoin d'apprendre en permanence et, euh, une activité qui serait très productive pour ma part, ce serait de développer des ateliers culinaires. Des ateliers culinaires en phase avec un aspect théorique général. Pour apprendre à se dire écoute, tu peux marier tel aliment avec tel aliment, ça va donner un chouette résultat et pour ton corps et pour ton palais gustatif, voilà. Et donc ce serait de découvrir une nouvelle approche par rapport à la cuisine en règle générale. Euh, je sais que ça existe. Je sais que malheureusement, avec le covid, ça a été fortement freiné, ça a même tendance à quasi disparaître. Donc, pour moi, mon épanouissement, ce serait une chouette approche de reconversion. Euh. Et alors le deuxième palais par rapport à la personne qui cuisine, bon ici, c'est ma maman, il faudra indissociablement associer cette pratique nouvelle à la personne principale qui cuisine dans un foyer. L'un ne va pas sans l'autre, ça pourrait développer une chouette activité. Par exemple, je ne sais

pas si c'est un mari et son épouse, mais on pourrait développer une chouette activité intra conjugale. Et alors au-delà de cette activité intra conjugale, c'est surtout une approche interculturelle qui va se mettre en place. C'est à dire que des épouses ou des mamans ou des conjoints qui ont l'habitude de cuisiner parce que ça a toujours été leur héritage culturel. Euh, d'une certaine manière parce qu'on ne leur a jamais appris de notions sur la pyramide alimentaire. Je prends le B.A-BA. Ça pourrait être sympa de décortiquer un peu et de mettre des mots face à des mots. Je pense que la maison médicale pourrait peut-être jouer un petit rôle dans l'émergence de quelque chose qui pourrait ressembler à des ateliers culinaires. Euh. Euh.

Chercheuse

L'atelier culinaire, c'est chouette, c'est une chouette proposition. C'est déjà quelque chose de très concret. Est-ce que vous sauriez me dire, peut être qu'on pourrait même repartir sur les images de nouveau, quel besoin vous auriez plus largement, par exemple, ici? Moi, ce que je, ce que je comprends, de ce que vous me dites, c'est que les ateliers culinaires, ça remplirait le besoin d'apprendre, le besoin d'être informé. Oui, c'est ça le besoin d'information et d'apprentissage. Est-ce que peut être que ça répondrait aussi à d'autres besoins ?

Patient 3

Moi, pour ma part ce que j'ai fait depuis notre dernière interview, j'ai commandé un bouquin du docteur Réginald Allouche. Il est français, il est spécialisé dans les maladies de l'obésité. Il développe toute une approche qu'il appelle hépato-détox. C'est à dire que... Dans son approche, le foie est l'organe clé de la remise en forme et de la minceur. Et il y a toute une chouette partie théorique physiologique, qui explique comment le corps fonctionne quand on a un aliment dans l'estomac et qu'elle arrive dans notre bouche et tout le suivi qu'il y a après.

Ben moi, je découvre un nouveau monde que je ne connaissais pas et mon côté scientifique me réclame des réponses pour que je puisse avoir quelque chose de pragmatique dans ma tête. Le deuxième volet serait peut-être d'avoir un petit fascicule euh. Pas trop compliqué à lire et que la maison médicale pourrait éventuellement remettre lors d'une consultation pour des personnes souffrant d'obésité ou de glycémie. Alors, pour ceux qui s'expriment moins bien en français, peut être que des images seraient plus parlantes que des mots pour ceux qui sont un peu plus férus de la langue française, peut-être aller un peu plus loin dans le détail. Ou quitte à ce que... Bon on est à l'ère du numérique. Et moi, je me rends compte que ces derniers temps, j'ai beaucoup exploité YouTube. Euh, c'est comme ça que j'ai

découvert ce médecin. Donc il y a des, bon, malheureusement, sur YouTube, Vous avez beaucoup de vidéos qui sont mensongères, qui sont faites par des non-professionnels et qui sont une perte de temps. Vous tombez sur une vidéo qui est vraiment bien faite, qui est faite par un professionnel. Et puis vous vous êtes aspiré dans cet univers à la limite de l'addiction. Vous voulez une nouvelle vidéo en plus? Peut être que la maison médicale pourrait éventuellement faire des petites capsules de quelques minutes. Euh. Que les patients pourraient avoir accès pour bloquer. Ce sont des pistes d'action qui me viennent comme ça, l'esprit.

Chercheuse

C'est ça. Alors là, de nouveau, je vais revenir sur les besoins. Pour vous, ça répond à quel besoin? Si vous avez une petite video,

Patient 3

Bah, le besoin de comprendre, le besoin de... Pour réparer un dysfonctionnement, il faut comprendre. C'est très mécanique. Il faut comprendre l'origine, traiter et ensuite soigner. Le fait de ne pas comprendre ça. Moi, personnellement, ça m'empêche d'agir. C'est mon côté rationnel qui...

Chercheuse

Ok. Donc ça, je vois que c'est très fort chez vous. C'est un besoin de comprendre, ce qui n'est pas spécialement le cas avec les autres personnes avec qui je parle et je vais pas vous pousser au bout de vos retranchements. Du coup, est-ce que.. Si maintenant vous aviez des vidéos youTube, si on en sortait une par jour sur "Comment bien manger", donc c'est surtout sur ça, c'est surtout sur l'alimentation que vous avez envie d'apprendre. Est ce que vous perdriez du poids?

Patient 3

(Silence)

Chercheuse

Est ce que c'est suffisant, en gros? Ou est ce qu'il y a d'autres besoins qui ont besoin d'être comblés?

Patient 3

Imaginons qu'il y ait tout un matériau qui est mis en place. Me connaissant, je vais, je vais regarder ce matériau, je vais le tester. Euh. Est ce qu'il y aurait une relation de cause à effet entre la perte de poids et ces vidéos? Je l'espère. Euh, je l'espère. Après bon, il y a ce déclic qui, qui est en marche? De

reprendre soin de soi même, d'arriver à retrouver une forme physique meilleure que celle d'aujourd'hui?
Donc j'aurais tendance à dire oui. Je pense que...

Chercheuse

C'est surtout ce besoin-là, donc?

Patient 3

Euh, me concernant, oui.

Chercheuse

C'est intéressant, OK, c'est chouette.

Patient 3

C'est une réponse pragmatique.

Chercheuse

Et si maintenant je vous forçais un peu à trouver un autre besoin et éventuellement, en regardant les images. Est-ce qu'il y a quelque chose d'autre qui vous viendrait en tête ?

Patient 3

Par rapport à un autre besoin. C'est ça?

Chercheuse

En fait, ça peut être un besoin au delà du poids. Si vous avez l'impression que vous n'avez besoin de rien d'autre, par rapport à votre poids, que de l'information, peut être que ça peut être un autre besoin juste dans votre vie, dans le but juste de votre santé globale.

Patient 3

Le besoin du bien être. (silence) Je passe tout en revue. (silence) Non, je n'arrive pas à me raccrocher à un autre besoin.

Chercheuse

Ok, ça va, nickel. Alors ma dernière question, c'est un peu. On va voir ce que vous en faites. Quelles sont les ressources que vous identifiez actuellement, donc dans votre situation actuelle, les ressources sur lesquelles vous pouvez vous appuyer pour tendre vers un meilleur état de santé en général ?

Patient 3

D'abord, les ressources qui sont à portée de main, donc c'est le Web. Ensuite, je vous ai dit c'est la lecture. La lecture? Alors, le diététicien ou la diététicienne? Je ne sais pas, j'ai. J'ai un frein, je dirais. Qui est de l'ordre de l'émotionnel et du préjugé. Je vais vous développer ça de la manière suivante : mon quotidien alimentaire est très culturel. Pourquoi? Parce que j'ai toujours baigné dans cette cuisine marocaine qui me convient parfaitement et à laquelle j'ai pas trop envie de bousculer. Ca c'est l'a priori de départ. Le fait d'aller voir un diététicien, j'ai comme l'impression qu'une diététicienne ne va pas réussir à comprendre. D'abord, ce que je mange. Exactement avec précision et ensuite, qui ne va pas être capable de me fournir, euh, une alternative. C'est peut être con ce que je dis, mais c'est comme si c'est voué à l'échec dès le départ. (Silence). C'est la raison pour laquelle je joue à l'auto-diététicien. Je m'instruis moi même en la matière. J'essaye d'adapter en conséquence. Je vous donne un exemple tout bête, depuis notre dernière interview, Dieu seul sait que je bois beaucoup de thé. Et bien ils sont tous sans sucre. Alors, ça n'a pas de goût. J'essaye que mon palais s'y habitue, mais je me suis dit bon, là, il y a un chouette facteur que tu, que tu peux, euh, agir concrètement. Euh. Deuxième exemple, alors nous on est très "pain". Malheureusement, le pain qu'on choisit n'est pas toujours des meilleurs. Et bien, je me suis documenté en la matière et là, je choisis plus des pains à céréales ou multi céréalés. Ou alors vraiment, quand il y a rien, j'essaie de prendre un pain gris. Et donc je suis convaincu que c'est, parce que pour moi, ce sont des petits aménagements, ce n'est pas quelque chose de bien compliqué. Ce sont des alternatives qui sont de l'ordre du plausible et qui sont, qui sont gérables sans trop de contraintes. Tout simplement. Ces petits changements, ben je les, je les mets en application. Mais en, avec vos conseils et en étant auto documenté. Euh. C'est un peu mon mode de fonctionnement.

Chercheuse

Ok. Donc ça, vous avez l'impression de faire un peu du plic ploc comme ça chez un diététicien ou une diététicienne, ça serait compliqué, quoi?

Patient 3

C'est pas que ce serait compliqué, c'est que... A la limite, il faudrait que je dise à la diététicienne, viens à la maison. Regarde un peu une journée type. Regarde un peu exactement les ingrédients qu'il y a dessus et voilà. Maintenant, essaye de me proposer une alternative. Si je veux que ce soit efficace, hein. Allez, si je vous dis par exemple, je ne sais pas, moi, hier j'ai mangé, je ne sais pas moi, un tajine aux

pruneaux. Le diététicien ou la diététicienne ne va peut être pas savoir exactement de quoi est constitué le tajine aux pruneaux, qu'est ce qu'il y a exactement comme ingrédients ou comme épices? Donc, on risque de passer à côté d'informations qui sont... Qui sont super essentielles dans la réponse à l'alternative. Alors si, euh, je sais pas moi, si le diététicien me dis, écoute, maintenant ton petit déjeuner, tu vas devoir, je te propose de manger, je sais pas qu'est ce que je vais inventer, des flocons d'avoine le matin avec avec du lait ou de l'eau. Je vais le faire parce que c'est une recommandation médicale, mais. Le risque d'être encore plus dégoûté parce que c'est quelque chose que je ne connais pas, qui n'aurait peut être pas de goût et qui. En fait, le changement risque d'être trop... Trop brut dès le départ. Je pense que pour tout changement, il faut y aller lentement en identifiant des pistes d'actions qui ne sont pas trop contraignantes. Et une fois ces pistes d'action suffisamment ancrées et mises en application, on peut peut être essayer d'aller à un palier plus... Plus professionnel et plus efficace. Je vous dis ça parce que j'ai déjà fait des régimes par le passé et c'est systématiquement le même, le même résultat. C'est à dire que, vous avez un protocole alimentaire nouveau. Il est tout à fait différent de votre quotidien, vous l'appliquez à la lettre pendant quelques jours, semaines ou mois. Ça fonctionne. Vous perdez du poids. Et puis cette notion de contrat vous dépasse. Vous êtes tellement privés pendant x jours qu'à la fin, vous avez envie de vous venger. Et malheureusement, après, on reprend ses kilos et parfois même on les dépasse. Et j'ai pas envie de retomber dans les... Dans les expériences du passé.

Patient 3

Et c'est pour ça que cette notion de contrainte, elle est importante. Pour le moment, voilà, je fais cette petite piste d'action. Je pense, je suis convaincu que c'est meilleur qu'auparavant mais c'est zéro contrainte. Par exemple, j'ai fait de l'eau mon unique boisson. J'ai toujours aimé l'eau. Là, ça passe comme... comme de l'eau sans vouloir faire de jeu de mots.

Chercheuse

OK, mais c'est super intéressant. Je réfléchis si j'ai d'autres questions plus précises. Là comme ça, je n'en ai pas spécialement. Est ce que vous avez quelque chose que vous voulez ajouter ?

Patient 3

D'un point de vue un peu méta, c'est vrai que l'obésité est un problème qui nous touche. De plus en plus de personnes sont confrontées à l'obésité et ma réflexion c'est que, il y a peu de choses qui sont mises en place. Pour ma part, on subit une pression de la société parce que, on va tous faire nos courses au supermarché. On a tous les mêmes supermarchés et les produits que nous achetons au supermarché,

ben, on met en avant les mauvais produits pour la santé au détriment des bons produits qui sont bénéfiques pour le corps. Et donc, ce n'est pas évident parce que, c'est, pour ma part, c'est très silencieux, on s'en rend vraiment pas compte. Au début, on prend un peu quelques kilos, oh, c'est pas grave, c'est mignon, c'est agréable. Et puis après ça, ça devient quelque chose qui s'installe. Et puis, on se rend compte très vite qu'on a du mal à faire marche arrière. Bah, ça, déjà, moi je suis dans l'enseignement, ça pourrait, ça devrait déjà commencer dès le plus jeune âge. Cette nécessité de prise de conscience par rapport à l'alimentaire. Bah, chez nous à l'école on fait déjà des petits trucs, c'est bateau, c'est pas quelque chose de bien ancré. Tout à l'heure vous faisiez le parallélisme entre Charleroi et Bruxelles. Ici on est dans une ville, on a une pression démographique qui est telle, on a de moins en moins de temps pour faire ses courses. On a de moins en moins de temps pour préparer à manger. On a de moins en moins, de moins en moins de temps de manger. On a une pression de faire comme autrui. Ces fast-food, c'est super bon, c'est super agréable et pourtant c'est très, très mauvais pour la santé. A la limite, on les mange parce que les collègues les mangent tout simplement. Et donc. Des pouvoirs publics, il y a peut être une initiative qui pourrait être mise en place par rapport à l'obésité par des campagnes, allez, développer ces fameux restaurants bio de plus en plus de plus en plus à la mode. Mais arriver vraiment à ce qu'il y ait une volonté de manger sainement dans les quartiers populaires et pas uniquement dans les quartiers qui sont un peu plus favorisés. Euh, je pense que ce serait déjà pas mal, mais si on. Si on arrivait à mettre les moyens pour. Pour les personnes nécessaires.

Chercheuse

Et vous avez parlé du temps?

Patient 3

Le temps, c'est une contrainte, c'est LA contrainte. Euh, c'est la contrainte parce que vous êtes... Allez moi, par exemple, quand je suis au travail, je mange... Si j'ai la chance de sortir de mon boulot pour aller manger avec mes collègues, ça c'est le moment de la journée. C'est le moment où on retire la soupape, on souffle un petit peu, mais sinon, je mange dans mon bureau entre deux rendez vous. Parfois en ayant une personne en face de soi et même si c'est désagréable, parce que c'est le seul moment que j'ai pour manger. Le temps est un peu ce poison qui alimente super bien l'obésité. Allez, on parle souvent de la durée moyenne d'un repas, je crois que c'est 15 à 20 minutes. La mastication puisse se faire, pour qu'on puisse se rendre compte qu'on a avalé quelque chose, il faudrait arriver à ce qu'il y ait un temps imposé, que ce temps soit uniquement pour manger, pas de... Quelle que soit la

fonction, quel que soit le contexte, quelle que soit... Ici quand on regarde autour de nous : les gens mangent debout, les gens mangent dans le métro, les gens mangent en marchant, les gens mangent parce que les autres mangent. Par exemple, je me suis fait la réflexion à plusieurs reprises. Je ne mange pas parce que j'ai faim, alors que c'est anormal. Normalement, l'être humain, dans sa normalité, il doit se nourrir que quand il a un besoin. Ici, moi je mange parce que : soit les autres mangent et donc pour le lien social, je mange avec eux. Ou alors, je mange parce que c'est, c'est le moment de manger. (Silence) Je le dis oralement, je me rends compte de la connerie, mais c'est assez interpellant et on ne s'en rend pas compte sur le moment et la satiété, donc, cette envie de se dire "là, j'ai assez mangé, je suis rassasié et je suis..." Bien, je me rends compte qu'au plus on devient obèse, au plus la satiété disparaît. Et donc, au plus on s'enfonce dans l'obésité, au moins on se rend compte qu'on n'a plus faim. Ça devient mécanique. Voilà, ce sont un peu mes constats. Ce qui serait peut être intéressant de faire, c'est d'à chaque fois d'avoir une note et de. Enfin, à chaque fois d'avoir une réflexion, une pensée par rapport à l'obésité, la prendre sous la forme de note à chaud. Comme je fais, moi, toujours avec mon smartphone. Oui, peut être après vous envoyer ça par mail.

Chercheuse

Ça, vous pouvez, si vous avez des choses qui vous viennent par rapport au sujet de mon étude et vous avez envie de transmettre ça, c'est, évidemment... Après, moi, ce qui m'intéresse, c'est que ça reste quelque chose qui est lié à votre expérience personnelle.

Chercheuse

Du coup, l'intérêt de mon étude, c'est de dire voilà, j'ai des livres de sociologie, de l'alimentation, de l'obésité, de ci, de ça. Et mon but, c'est de dire OK, ça, c'est ce que la littérature montre. Et moi, je m'intéresse à la particularité de la patientèle de Cassiopée donc des personnes qui habitent ici, dans le quartier de Schaerbeek, on est quand même dans un quartier particulier, près de gare du Nord, près de Liedts. Et me dire OK, un peu même, à la limite, même comparer un peu à la littérature. Et donc, voilà, c'est pour ça que je suis revenue, par exemple, quand vous me parliez du temps, parce que vous,... Vous disiez, "on" n'a pas le temps. Vous parliez toujours de "on". Donc moi, je voulais voir est-ce que ça vous concerne vous? C'est pour ça que je vous ai relancé sur le sujet pour voir, ok, dans votre expérience personnelle, quelle importance ça a ? Du coup, vous avez développé directement votre expérience personnelle et c'est vraiment ça qui est, qui m'intéresse, dans ce cadre-ci, dans le cadre de mon TFE.

Patiente 3

Après, une question qui serait subsidiaire, qui serait intéressante. Si moi j'habitais, je ne sais pas, moi, à Namur, est-ce que j'aurais la même obésité que, ici, dans le quartier Nord à Schaerbeek. Sachant tout le contexte de nourriture qui est ici dans la place Liedts, la rue de Brabant.

Chercheuse

Et alors, quelle est votre réponse?

Patient 3

Je suis convaincu que oui, qu'il y aurait une différence significative. L'humain s'adapte en fonction de son environnement. Hier, par exemple, j'ai regardé le match de foot et puis après, je me suis promené, je suis rentré chez moi à la maison, je suis passé par Liedts. Il était minuit, minuit et demi, bah, tous les snack étaient ouverts, tous les snacks étaient pleins, tous les snacks étaient remplis de monde. Si vous n'avez pas toutes ces tentations qui sont à portée de main pour un prix dérisoire, avec quelque chose qui est assez consistant, vous n'aurez pas le même rapport avec la nourriture que.

Patient 3

Vous savez que les gens ne vont pas se faire un fast food à la maison. Les gens vont faire un fast food, mais parce que le fast food est devant vous, parce que... Parce qu'il est disponible, parce qu'il est ouvert à des heures, à des horaires qui vous arrangent, parce qu'il n'est pas cher et parce que il est bourratif.

Chercheuse

Mais... Est ce qu'il y a des personnes qui passent Place Liedts tous les jours, qui ne sont pas obèses?

Patient 3

Les gens de passage. Les gens de passage, mais la plupart, ils ont un embonpoint, euh....

Chercheuse

Ceux qui sont dans les snacks.

Patient 3

Même...

Chercheuse

Est ce que, ici dans le quartier, on peut dire que 100% de la population adulte est obèse?

Patient 3

À des degrés différents, rares sont ceux qui sont fit.

Chercheuse

Ok, et ceux qui sont fit. Vous pensez que ce sont quoi leurs ressources?

Patient 3

Bah, eux, ceux qui sont fit, ce sont des personnes qui ont eu l'intelligence de se rendre compte que l'environnement géographique du quartier n'était pas sain et donc ils ont été voir autre chose dans d'autres quartiers, d'autres horizons. J'ai un exemple en tête, un ami qui est hyper, qui fait hyper attention à son corps, à son corps, à son, ... Mais il est toujours. Il n'est jamais à Schaerbeek.

Chercheuse

Ok.

Patient 3

Donc ça, c'est peut être un élément... Après , on choisit pas trop le quartier où on vit, peut être. Peut être vous oui mais moi, voilà, je suis né ici, j'ai grandi ici, euh. Ça peut être un choix. Euh. (Silence). Il n'y a pas de Exki à la place Liedts. Ca, ce serait... Ce serait... (rires). Mais parce que bon, il y a aussi une logique commerciale derrière. Peut-être que la clientèle d'exki correspond plus à une catégorie de la population qui n'est pas nécessairement représentative sur les abords de la place Liedts.

Patient 3

Vous habitez Schaerbeek si ça n'est pas indiscret ?

Chercheuse

Oui

Patient 3

Ici dans les abords de... ?

Chercheuse

Oui, à côté

Patient 3

Et, ça fait longtemps ou bien vous venez de ?

Chercheuse

Non, depuis un an et demi.

Patient 3

Donc, vous êtes déjà venu avec un bagage culturel et culinaire que vous avez depuis votre...

Chercheuse

Euh, oui, après, je n'ai jamais vraiment mangé à l'extérieur avant d'avoir un salaire. Donc, je ne sais pas si ça implique tellement. Mais effectivement, je ne viens pas de Schaerbeek à la base.

Patient 3

D'accord, et vous ne mangez pas... Et maintenant vous mangez à l'extérieur, maintenant que vous avez un salaire?

Chercheuse

Oui

Patient 3

Très rarement ? De plus en plus ?

Chercheuse

Oui, oui.

Patient 3

Et vous vous rendez compte que votre qualité au niveau de l'alimentation, elle a diminué?

Chercheuse

Non, parce que je mange quand même pas vraiment ici. Souvent, si je vais manger avec des amis, c'est pas dans le quartier. Après, les snacks, il y en a partout à Bruxelles. Donc quand on voit un snack, on voit un snack mais c'est vrai qu'ici il n'y a pas beaucoup d'autres choses, quoi. Mais ça, c'est intéressant et je vous enverrai mon travail parce qu'il y a beaucoup de littérature sur l'environnement, sur l'offre culinaire des quartiers pauvres par rapport aux quartiers riches et c'est intéressant, notamment par rapport aux écoles.

Patient 3

Ah oui, bien sûr, c'est un marché en fait que les marques ciblent. C'est toujours aux abords des écoles.

Chercheuse

Bah oui, c'est sûr. Ça va, écoutez, mais je pense que comme ça, on a fait le tour de toutes les questions que je voulais vous poser. Si vous avez des réflexions, n'hésitez pas à revenir vers moi.

La transcription intégrale des cinq autres entretiens semi-dirigés réalisés au cours de notre recherche est disponible sur demande à l'adresse courriel suivante : olivia.caller@student.uclouvain.be.