

Faculté de santé publique

**La création d'un outil permettant
l'accompagnement d'une perte de
poids chez les patients en surpoids
ou obèses par des non-diététiciens,
dans la maison médicale
Essegghem.**

Mémoire réalisé par
Emma Deboeck

Promoteur(s)
Dr. Aurore Girard
Pr. William D'Hoore

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**La création d'un outil permettant
l'accompagnement d'une perte de
poids chez les patients en surpoids
ou obèses par des non-diététiciens,
dans la maison médicale
Esseghem.**

Mémoire réalisé par
Emma Deboeck

Promoteur(s)
Dr. Aurore Girard
Pr. William D'Hoore

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance envers mes promoteurs Pr. William D'Hoore et Dr. Aurore Girard pour leur accompagnement, leur disponibilité, leurs précieuses relectures et leurs conseils avisés qui ont grandement contribué à faire évoluer ce mémoire.

Je voudrais également remercier du fond du cœur mes parents pour leur soutien inconditionnel tout au long de ce mémoire et sans lesquels celui-ci n'aurait pas abouti.

Un tout grand merci aussi à Séverine, l'ergothérapeute de la maison médicale Esseghem, à qui je voudrais exprimer toute ma gratitude pour son soutien, le temps qu'elle m'a accordé ainsi que son engagement et sa bienveillance.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire, ainsi qu'à toute l'équipe de la maison médicale Esseghem pour leur soutien et leur collaboration fructueuse.

Enfin, je ne saurais oublier de remercier mes amis pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ce processus. Leur présence a été une source de motivation pour m

CERTIFICAT D'ABSENCE DE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux :

- Tableau 1. Points clés de la prise en charge

Liste des figures :

- Figure 1 - Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC
- Figure 2 - Cercle vicieux de la restriction cognitive
- Figure 3 - La Pyramide Alimentaire
- Figure 4 - Carte des communes

LISTE DES ABREVIATIONS

- ASBL : Association sans but lucratif
- BASO : Belgian Association for the Study of Obesity
- cfr : Confer
- cm : Centimètres
- CSS : Conseil Supérieur de la Santé
- EFSA : l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments
- etc. : Et cetera
- FMM : Fédérations des Maisons Médicales
- g : Grammes
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IMC : Indice de masse corporelle
- KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
- Kg : Kilogrammes
- L : Litres
- m : Mètre
- m² : Mètre carré
- ml : Millilitres
- MME : Maison médicale Essegem
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PIPSa : Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé
- RA : Recherche-action
- TCA : Troubles du comportement alimentaire
- TT : Tour de taille
- TTM SOC : Transtheoretical model stages of change
- UPDLF : Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	4
CERTIFICAT D'ABSENCE DE PLAGIAT	5
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
TABLE DES MATIERES.....	8
INTRODUCTION.....	11
PARTIE THEORIQUE	12
1. Le surpoids et l'obésité.....	12
1.1. Définition et diagnostic du surpoids et de l'obésité	12
1.2. Causes et facteurs de risques du surpoids et de l'obésité	13
1.2.1. Facteurs environnementaux et mode de vie	13
1.2.2. Facteurs génétiques et endocriniens	14
1.2.3. Facteurs psychologiques.....	14
1.2.4. Autres facteurs.....	14
1.3. Troubles qui peuvent être impliqués dans le surpoids et l'obésité.....	15
1.4. Conséquences du surpoids et de l'obésité	17
1.5. Prévention primaire du surpoids et de l'obésité	18
1.6. Stigmatisation et image de soi des personnes en surpoids et obèses.....	19
1.7. Soins du surpoids et de l'obésité	20
1.7.1. Professionnels compétents pour les soins	20
1.7.2. Chirurgie bariatrique	22
2. Modèles théoriques des changements de comportement	24
2.1. Le modèle transthéorique des étapes du changement	24
2.2. La théorie de l'autodétermination	25
2.3. L'entretien motivationnel	26

3.	Maison médicale.....	27
3.1.	Structure	27
3.2.	Mode de paiement	27
PARTIE PRATIQUE		28
1.	Contexte.....	28
1.1.	Maison médicale Esseghem	28
1.1.1.	Philosophie de la maison médicale	28
1.1.2.	L'équipe.....	28
1.1.3.	Le quartier et la population	29
1.2.	Projet « Ma santé, ma forme »	30
1.3.	Les patients suivis dans le projet.....	30
2.	Problème et objectifs	31
2.1.	Problématique.....	31
2.2.	Objectifs de la recherche	31
2.2.1.	Objectif principal.....	31
2.2.2.	Objectifs spécifiques	32
3.	Méthode et participation.....	33
3.1.	Recherche-action	33
3.1.1.	Définitions et principes de la recherche-action	33
3.2.	Sélection des participants	33
3.2.1.	Professionnels de la santé participants	33
3.2.2.	Patients participants.....	34
3.3.	Conception de l'outil	34
3.3.1.	Contenu de la fiche type.....	34
3.3.2.	Utilisation de la fiche type.....	46
3.3.3.	Modifications de la fiche type	48
3.3.4.	Forme de la fiche type	50

3.3.5.	Co-construction de la fiche type.....	51
3.3.6.	Retour des professionnels sur la fiche type	51
3.3.7.	Limites de la fiche type	52
CONCLUSION		53
BIBLIOGRAPHIE		54
ANNEXES		65

INTRODUCTION

Actuellement, en Belgique, 49% de la population est en excès de poids. Parmi ce pourcentage, 33,4% sont en surpoids et 16% sont obèses. Ces proportions ne cessent d'augmenter au fur et à mesure des années (KCE, 2020).

Par conséquent, il semble essentiel de sensibiliser et de promouvoir notamment une alimentation saine et la pratique d'activité physique. Afin que les changements soient réalisés sur le long terme, il importe de changer les habitudes de vie de l'individu de manière durable et de le soutenir et entretenir sa motivation tout au long du suivi.

Étant diplômée en diététique, la question de l'obésité m'interpelle car elle prend de plus en plus d'ampleur dans le monde. Voulant allier mon bachelier à mon master en Santé Publique avec l'option *Santé Communautaire* dans ce mémoire, je me suis intéressée au projet de l'ergothérapeute chargée de santé communautaire à la maison médicale Essegem (MME). Le personnel de la maison médicale souhaiterait aider leurs patients en surpoids et obèses qui sont motivés, à perdre du poids. Ces patients ne comptent pas aller voir de diététicien soit parce que ça coûte trop cher, soit parce qu'ils ont eu une mauvaise expérience dans le passé, ... et préfèrent être suivi dans la MME. Malheureusement, la MME ne compte pas de diététicien dans son équipe. Cependant, les professionnels de la santé de la maison médicale préfèrent donner des informations générales de qualité plutôt que de risquer que leurs patients aillent trouver des « solutions » ailleurs (Internet, coach en nutrition¹, etc.). Par conséquent, les professionnels de santé ont besoin d'informations de qualité et d'outils validés qu'ils peuvent utiliser pour suivre ces patients souhaitant perdre du poids. Mais quels outils utiliser ? A quel moment faut-il rediriger le patient vers un diététicien ? Quelles informations donner ? Comment accompagner au mieux son patient dans sa perte de poids ?

Face à cette problématique, nous avons pensé que la création d'un outil serait le plus adéquat afin d'aider les professionnels de la santé dans la MME. Par ce mémoire et une méthode de recherche-action, nous tentons de répondre à la question « Comment peut-on accompagner au mieux et sans dépasser ses compétences respectives, des patients en surpoids ou obèses ? ».

¹ « Coach en nutrition » n'est pas un titre reconnu. Tout le monde peut se dire « coach en nutrition » sans pour autant avoir des connaissances/compétences dans le domaine.

PARTIE THEORIQUE

1. Le surpoids et l'obésité

1.1. Définition et diagnostic du surpoids et de l'obésité

Le surpoids et l'obésité correspondent à une accumulation de masse grasse excessive ou anormale qui peut avoir des effets néfastes sur la santé et ainsi réduire l'espérance de vie. C'est une pathologie chronique et complexe ayant des causes et des facteurs de risque multiples (Faucher et al., 2016 ; KCE, 2020).

L'OMS définit le surpoids et l'obésité chez l'adulte (18 – 65 ans) à l'aide de l'IMC (indice de masse corporelle). Pour le calculer, il faut diviser le poids (en kg) par la taille (en mètres) au carré. Celui-ci permet d'évaluer le statut pondéral des individus :

- Surpoids : IMC entre 25,0 kg/m² et 29,9 kg/m² ;
- Obésité : IMC égal ou supérieur à 30 kg/m².

(OMS, 2020).

Figure 1 – Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC (OMS, 2003).

Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC*		
	Classe de l'obésité	IMC (kg/m ²)
Poids normal		18,5 - 24,9
Surpoids		25,0 - 29,9
Obésité	I. modérée	30,0 - 34,9
	II. sévère	35,0 - 39,9
	III. morbide	≥ 40

* Organisation mondiale de la santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. Série de Rapports techniques 2003 ; (894).

L'IMC est la mesure la plus utilisée pour définir le surpoids et l'obésité chez l'adulte car l'échelle est la même peu importe le sexe et l'âge des personnes (de 18 à 65 ans). Cependant, il ne prend pas en compte certains paramètres comme la masse grasse, sa répartition et la masse musculaire (OMS, 2020).

La répartition de la masse grasseuse a son importance car les conséquences sur la santé sont variables en fonction de la localisation de l'excès adipeux.

Le tour de taille² (TT) est un indicateur, facile à mesurer, de l'excès de masse grasseuse au niveau abdominal et du risque métabolique. Un TT supérieur à 80 cm chez les femmes et supérieur à 94 cm chez les hommes s'associe à un risque accru de comorbidités. Un TT supérieur à 88 cm chez les femmes et supérieur à 102 cm chez les hommes indique un risque très accru de comorbidités métaboliques liées à l'obésité. Ces valeurs sont valables pour les individus de type caucasien. En effet, les seuils sont variables d'un groupe ethnique à l'autre (BASO, 2020)³.

1.2. Causes et facteurs de risques du surpoids et de l'obésité

L'excès de graisse se produit lorsque les dépenses et les apports énergétiques ne sont pas en équilibre (Faucher et al., 2016).

Le surpoids et l'obésité peuvent être engendrés par de multiples facteurs.

1.2.1. Facteurs environnementaux et mode de vie

L'environnement dans lequel nous vivons est « obésogène », c'est-à-dire qu'il favorise la prise de poids des individus ou qu'il n'est pas propice à la perte de poids. Parmi les nombreux facteurs qui contribuent à l'obésité, nous pouvons citer une alimentation inadéquate en termes de qualité et de quantité, l'augmentation des modes de transports, les formes de travail de plus en plus sédentaires, de longues heures de travail, la manque d'activité physique⁴, l'impact du marketing, le rôle des médias et des réseaux sociaux et les nombreuses propositions d'aliments malsains (BASO, 2020 ; OMS 2020).

² Selon le protocole de l'OMS, la circonférence de la taille est mesurée au niveau du point milieu entre le bord inférieur de la cage thoracique et la crête iliaque. Il convient de tracer une ligne horizontale à cet endroit au point milieu du corps. La mesure se fait à la fin d'une expiration normale pour le thorax et le ventre (OMS, 2020).

³ La Belgian Association for the Study of Obesity (BASO), promeut la recherche scientifique sur l'obésité. Cette association a publié, à l'aide d'un ensemble d'experts, un guide pratique pour l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité en Belgique (BASO, 2020).

⁴ Définition : « Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. » (OMS, 2022).

1.2.2. Facteurs génétiques et endocriniens

Les facteurs génétiques peuvent directement induire l'obésité chez un petit nombre de patients (< 5% des patients obèses). Un ou plusieurs gènes peuvent dans ce cas venir altérer la régulation de l'appétit ainsi que la consommation alimentaire (Baron et al., 2020 ; BASO, 2020).

L'hypothyroïdie, le syndrome de Cushing, des troubles de l'hypothalamus acquis sont des troubles endocriniens qui peuvent provoquer le surpoids et l'obésité (BASO, 2020).

1.2.3. Facteurs psychologiques

Des mécanismes psychologiques, des troubles anxio-dépressifs, le stress, l'hyperphagie boulimique, des périodes de vulnérabilité psychologique, etc. peuvent altérer des comportements alimentaires et par conséquent favoriser la prise de poids (BASO, 2020 ; Wharton et al., 2020).

1.2.4. Autres facteurs

D'autres éléments comme l'arrêt du tabac, une consommation excessive d'alcool, certains traitements médicamenteux, le manque de sommeil, des perturbateurs endocriniens, la composition ou l'altération du microbiote et un statut socioéconomique faible risquent de favoriser la prise de poids (BASO, 2020).

Des études démontrent que lorsqu'une personne arrête de fumer, celle-ci prend facilement du poids car l'arrêt tabagique s'accompagne d'une augmentation des apports caloriques et d'une diminution des dépenses énergétiques de base⁵ (Stadler et al., 2014).

Au niveau du sommeil, des nuits trop courtes, une mauvaise qualité de sommeil et se coucher à des heures trop tardives sont associés à une augmentation des apports alimentaires, d'aliments de mauvaise qualité, du nombre de prises alimentaires et des grignotages, ce qui mène à une prise de poids (Chaput, 2014).

⁵ Définition : « Le métabolisme de base, ou métabolisme de repos, correspond à l'énergie nécessaire pour maintenir les fonctions de base de l'organisme : rythme cardiaque, température, respiration, etc. » (Larousse, s.d.)

Certains perturbateurs endocriniens, également appelés produits chimiques « obésogènes », pourraient prédisposer certaines personnes à la prise de poids malgré leurs efforts pour limiter l'apport calorique et augmenter leur activité physique (Heindel et al., 2015).

L'impact de l'altération du microbiote dans la prise de poids n'est pas encore totalement compris. Cependant, certaines études ont démontré une association entre la composition du microbiote intestinal et l'obésité. Les potentiels mécanismes du microbiote pouvant être impliqués dans la prise de poids sont l'extraction d'énergie de l'alimentation, la modulation du métabolisme des lipides, des fonctions endocriniennes et du système immunitaire. Certains facteurs comme le patrimoine génétique de la personne, la qualité et la quantité de nourriture ingérée, la réduction des dépenses énergétiques ainsi que l'exposition aux polluants « obésogènes » peuvent influencer le microbiote (Cardinelli, 2014).

Les personnes ayant un statut socioéconomique faible sont plus à risque de surpoids. En effet, certaines personnes dans cette population peuvent manquer de connaissances ou de savoir à propos d'une alimentation saine, ont moins accès aux activités sportives et à des aliments sains, ils portent moins d'intérêt à contrôler leur poids, et se dépense moins physiquement,... (Albuquerque et al., 2017).

1.3. Troubles qui peuvent être impliqués dans le surpoids et l'obésité

La prévalence de troubles du comportement alimentaire (TCA) est élevée chez les patients en surpoids et obèses et il est essentiel de les dépister afin de minimiser le risque de rechute et d'effet « yoyo ». Les patients en surpoids ou obèses vont rarement consulter pour ce motif, mais il est important d'évaluer ce comportement rapidement, afin de proposer une approche thérapeutique spécifique visant une perte de poids stable sur le long terme (Melchior et al., 2021). Cependant, il convient de spécifier que les TCA ne sont en aucun cas systématiques ou spécifiques chez les patients souffrant de surpoids ou d'obésité (Melchior et al., 2021).

Nous décrivons brièvement ci-dessous, les troubles plus communément rencontrés, dans le cadre du surpoids et de l'obésité.

Externalité

Un mangeur « externe » est une personne qui mange en réaction à des stimuli extérieurs liés à la nourriture comme l'odeur, l'apparence et la disponibilité. Ces stimuli rendent les signaux internes de faim⁶ et de satiété⁷ confus (Quilliot et al., 2010).

Alimentation émotionnelle

Le stress, l'anxiété et la dépression peuvent favoriser les prises alimentaires inadéquates et mal contrôlées. Le comportement adopté par le mangeur « émotionnel » répond plus ou moins de manière impulsive à la montée d'une tension psychologique qui dépasse le seuil de tolérance de la personne (Quilliot et al., 2010).

Craving alimentaire

Les excès compulsifs sont marqués par une attitude active et sélective face à un ou plusieurs aliments préférés pouvant régulièrement s'accompagner d'un sentiment de culpabilité. Ce comportement est souvent déclenché par une envie irrésistible de manger, souvent en solitaire et à l'abri des regards jugeants ou moralisateurs (Melchior et al., 2021).

Hyperphagie boulimique

L'hyperphagie boulimique, aussi appelée *binge eating disorder* en anglais, se traduit par des crises boulimiques à raison de 2-3 fois par semaine et est caractérisée par une perte de contrôle et donc une consommation excessive d'aliments en très peu de temps. La crise est souvent suivie d'un sentiment de culpabilité et de honte. Cependant, à l'inverse de la boulimie, il n'y a pas de comportements compensatoires comme des vomissements, la prise de laxatif, etc. (Berdah C., 2010 ; Giusti V., 2006).

Noctophagie (*night eating syndrome*)

La noctophagie est une hyperphagie nocturne. L'individu se lève pendant la nuit pour manger.

⁶ Définition : « Ensemble des sensations provoquées par la privation de nourriture, qui incitent l'homme ou l'animal à rechercher des aliments, et que l'ingestion de nourriture fait disparaître ; besoin physiologique de manger. » (Larousse, s.d.).

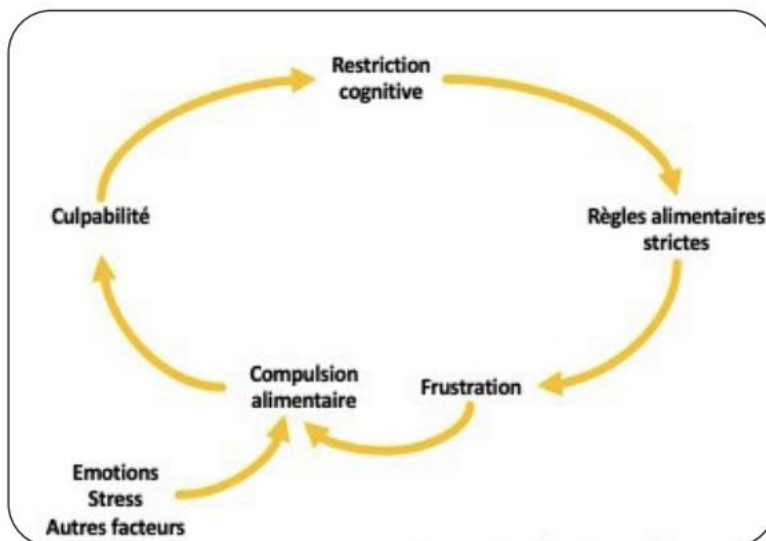
⁷ Définition : « La satiété désigne le rassasiement. Il s'agit de la sensation de contentement lorsqu'on a assez mangé, lorsque l'estomac est rassasié. On ressent la satiété quand on n'a plus faime, que l'on a satisfait son appétit. » (Linternaute, 2021).

Elle est souvent liée à une anorexie diurne et évoque ainsi un désordre de l'horloge interne du corps (Berdah C., 2010).

Restriction cognitive et impulsivité alimentaire

La restriction cognitive est une restriction alimentaire chronique. L'individu va volontairement et de manière consciente se mettre des contraintes dans l'optique de perdre du poids. Cette attitude de limiter ses apports alimentaires va favoriser la compulsivité alimentaire réactionnelle. Par ces restrictions, la personne perd ses sensations physiologiques de la faim, la satiété et le rassasiement. Ces restrictions cognitives sont des facteurs d'échec de perte de poids car ils facilitent la survenue de compulsions sévères et de crises alimentaires. Par conséquent, un sentiment de frustration s'installe, qui peut mener à des obsessions alimentaires qui terminent en situation où l'individu perd le contrôle appelé « désinhibition ». D'autres facteurs qui peuvent contribuer à la levée d'inhibition sont la consommation d'alcool, le stress ou la vue et l'odeur d'un aliment apprécié (Melchior et al., 2021 ; Quilliot et al., 2010).

Figure 2 – Cercle vicieux de la restriction cognitive (Melchior et al., 2021).



1.4. Conséquences du surpoids et de l'obésité

Les personnes obèses sont sujettes à de nombreuses complications et problèmes de santé liés à l'excès de tissu adipeux. Les comorbidités associées peuvent être l'arthrose, des douleurs, une dyslipidémie, de l'hypertension, des problèmes de foie, des troubles du sommeil, de la dyspnée, de la transpiration excessive, mais également des troubles psychologiques comme la

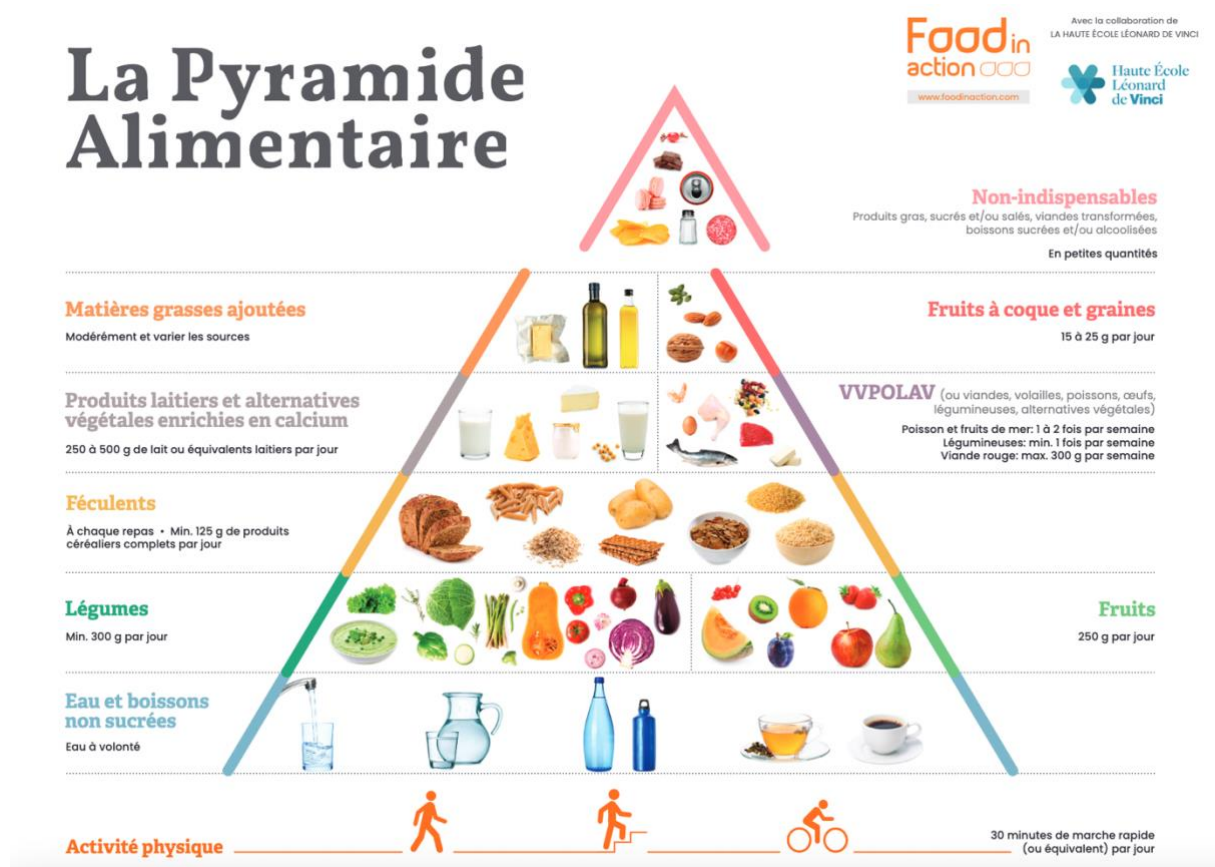
dépression, etc. qui peuvent influencer négativement leur qualité de vie et qui peuvent même mener jusqu'au décès. Les conséquences médicales les plus sévères de l'obésité sont dues aux changements endocriniens et métaboliques notamment le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et un risque accru de cancer (BASO, 2020 ; Lawrence et al., 2004).

1.5. Prévention primaire du surpoids et de l'obésité

Pour toute la population, une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et un mode de vie sain sont bénéfiques pour prévenir le surpoids et l'obésité (CMAJ, 2020).

La pyramide alimentaire reprend les recommandations nutritionnelles et représente l'alimentation équilibrée.

Figure 3 – *La Pyramide Alimentaire* (FoodinAction, 2020).



En complémentarité avec la pyramide alimentaire, l'Épi alimentaire (cfr. Annexe 1) a été développé pour la population adulte belge et il reprend les cinq recommandations alimentaires qui ont le plus d'impact sur la santé.

Elles sont les suivantes :

- Consommer minimum 125 g de produits céréaliers complet par jour ;

- Manger 250 g de fruits tous les jours, en favorisant les fruits frais et minimum 300 g de légumes tous les jours en diversifiant le plus possible les choix ;
- Au moins une fois par semaine, consommer des légumineuses (pois chiches, haricots rouges, lentilles, etc.) ;
- Consommer tous les jours, 15 à 25 g de fruits à coques ou de graines (à l'état naturel)
- Limiter la consommation de sel.

(CSS, 2019 ; FoodinAction, 2019).

L'OMS recommande pour les adultes, 150 à 300 minutes d'activité à intensité modérée ou 75 à 150 minutes d'activité à intensité soutenue par semaine. L'organisation recommande également de réduire le temps de sédentarité et de le remplacer par une activité physique de n'importe quelle intensité (même légère) (OMS, 2022).

La prévention du surpoids et de l'obésité passe également par un environnement et une communauté propice. Le grand public doit être sensibilisé à l'importance d'un mode de vie sain qui combine une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, tout au long de la vie. En effet, il convient d'influencer les choix de la population par la promotion d'aliments plus sains, une activité physique régulière et accessible en termes de temps et de coûts. Pour qu'un individu prenne soin de sa santé, il doit être aidé au niveau de la société à suivre les recommandations, grâce à l'implémentation durable de politiques fondées sur des données probantes au niveau de la population (OMS, 2020 ; Paquot et al., 2012).

1.6. Stigmatisation et image de soi des personnes en surpoids et obèses

La prévalence du surpoids et de l'obésité ne fait qu'augmenter, tout comme les stéréotypes et les préjugés. Dans notre société, les personnes obèses sont souvent stigmatisées. Elles sont considérées comme paresseuses, irresponsables et manquant d'autodiscipline. Ces personnes ne prennent pas en compte les facteurs génétiques, socio-économiques et environnementaux qui jouent un rôle significatif dans le développement de l'obésité (Fulton et al., 2023).

Certaines recherches montrent que la stigmatisation liée au poids entraîne des conséquences néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes en surpoids et obèses. Cela peut mener à une image négative de soi et certaines personnes obèses peuvent même développer une « stigmatisation intériorisée du poids » (Fulton et al., 2023 ; Ratcliffe et al., 2013).

Il est crucial que la stigmatisation de l'obésité soit abordée dans tous les domaines de la société, mais surtout par les professionnels de la santé, afin de garantir que les soins de santé des personnes obèses ne soient pas affectés négativement par la discrimination liée au poids. De plus, au lieu de se concentrer sur la perte de poids, les professionnels devraient plutôt se concentrer sur l'éducation des patients, notamment les changements à appliquer afin d'améliorer leur mode de vie en incluant une alimentation saine et équilibrée, de l'exercice physique, un sommeil suffisant et une diminution du stress. Il est également important que les professionnels soient attentifs au langage qu'ils utilisent et à l'environnement physique de consultation comme des chaises de bureau sans accoudoirs et suffisamment grandes pour accueillir les patients en surpoids et leur éviter des situations embarrassantes (Fulton et al., 2023).

1.7. Soins du surpoids et de l'obésité

Les soins de l'obésité ne doivent pas uniquement se baser sur la perte de poids, mais surtout sur l'amélioration de la santé. En effet, en modifiant le mode de vie des patients, on agit également sur les comorbidités, les facteurs de risques, la qualité de vie et la mobilité (BASO, 2020 ; HAS 2022).

Les principaux objectifs du suivi de l'obésité sont l'amélioration de la santé et de la composition corporelle. Il est important que les objectifs liés à la perte de poids restent réalistes, soient individualisés et axés sur le long terme. Une perte de 5 à 10% de poids corporel permet déjà de réduire le risque de comorbidités dont le diabète de type 2 (BASO, 2020 ; HAS, 2011).

Selon le BASO, les patients ayant un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$ ou un IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$ avec des complications ou des comorbidités, trop de graisse abdominale, des antécédents familiaux d'obésité et/ou d'autres facteurs de risques doivent se voir prescrire des soins pour l'obésité (BASO, 2020).

1.7.1. Professionnels compétents pour les soins

Le suivi du surpoids et de l'obésité est multidisciplinaire (médecins, diététiciens, psychologues, kinésithérapeute,...). En effet, l'équipe pluridisciplinaire comprend différents professionnels qui abordent les différents aspects de l'obésité et les troubles associés. Une alimentation adaptée doit être combinée à d'autres interventions comme des consultations avec un psychologue, un

diététicien, un traitement chirurgical si nécessaire, etc. afin d'atteindre les objectifs liés à la santé ou au poids de l'individu (CMAJ, 2020 ; Yumuk et al., 2015).

Il est cependant important de préciser qu'il s'agit de recommandations concernant les soins à réaliser. En réalité, les suivis ne se passent pas toujours comme cela. De plus, il existe d'autres manières de faire.

Médecin généraliste

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans l'accompagnement du surpoids et de l'obésité. Il est souvent le premier professionnel de la santé contacté pour les problèmes de poids (HAS, 2023).

Il conduit le suivi avec l'aide de l'équipe multidisciplinaire (endocrinologues, psychologues, diététiciens, etc.). En consultation, il doit également déceler d'éventuelles difficultés psychologiques. Le suivi des complications et des comorbidités est géré par le médecin généraliste ou le spécialiste concerné (BASO, 2020).

Diététicien

Le diététicien va commencer par évaluer ce que le patient mange au niveau de la quantité et de la qualité mais également au niveau des habitudes alimentaires, des activités physiques, le comportement alimentaire et ses connaissances de l'alimentation en général. Cette évaluation permet de détecter également certains facteurs psychologiques qui peuvent influencer les prises alimentaires ainsi que les facteurs environnementaux (BASO, 2020).

S'il s'avère qu'il y a des problèmes psychologiques sous-jacents au problème d'obésité, le diététicien réfèrera le patient à un psychologue (BASO, 2020).

Dans un second temps, suite à cette évaluation il pourra donner les informations adéquates au patient et expliquer les changements à mettre en œuvre. Le diététicien accompagnera le patient à instaurer des bonnes habitudes alimentaires en adopter une alimentation saine et équilibrée, en disposant une information nutritionnelle et en aidant le patient à améliorer les comportements alimentaires. Le but étant d'obtenir des bénéfices non seulement au niveau de la perte de poids, mais également sur la santé. De plus, il est important qu'il veille à ce que le patient maintienne ce nouveau style de vie plus sain sur le long terme (BASO, 2020 ; HAS, 2023).

Psychologue

Le psychologue établit un bilan psychologique ainsi qu'une évaluation des motivations du patient. Ensuite, au cas par cas, il déterminera l'intensité du suivi. Un patient qui a des mécanismes ou des troubles psychologiques sous-jacents à son problème d'obésité devra bénéficier d'un suivi plus conséquent. Le psychologue offre un espace de dialogue où le patient se sent à l'aise pour parler de lui et s'exprimer librement sur ses préoccupations. Il est important d'établir une relation de confiance. Le psychologue joue un rôle essentiel pour mesurer et renforcer la motivation du patient, être à l'écoute et le soutenir tout au long du traitement de l'obésité (BASO, 2020 ; HAS, 2023 ; Yumuk et al., 2015).

Kinésithérapeute

Le kinésithérapeute expérimenté en surpoids et obésité accompagne le suivi de l'activité physique afin de préparer et suivre le corps des patients à la pratique du sport et d'une activité physique de manière saine et sûre. Les objectifs du programme d'activité physique doivent être élaborés avec le patient et en fonction des activités avec lesquels il est le plus à l'aise. Le kinésithérapeute a une approche d'accompagnement active. C'est-à-dire qu'il doit parler avec le patient, comprendre ses besoins, vérifier la motivation du patient et l'encourager, ... Il veille à rappeler au patient les bienfaits de l'activité physique non seulement au niveau de la perte de poids mais également en ce qui concerne les autres résultats attendus comme les résultats métaboliques, cardiovasculaires, la qualité de vie etc. (BASO, 2020).

Ergothérapeute

L'ergothérapeute peut aider le patient, face aux difficultés rencontrés dans les situations de surpoids et d'obésité, à élaborer un plan personnalisé en travaillant sur des aspects pratiques de son quotidien pour faciliter la mise en place de changements durables. L'ergothérapeute peut proposer des solutions pour améliorer la vie quotidienne, l'autonomie, et plus largement la qualité de vie de la personne (HAS, 2023).

1.7.2. Chirurgie bariatrique

Une perte de poids sera d'abord favorisée par d'autres méthodes (non chirurgicales). Cependant, si l'obésité persiste, une opération chirurgicale peut être envisagée en cas :

- d'obésité morbide ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) ;

- d'obésité grave ($IMC \geq 35\text{kg/m}^2$) avec comorbidités (un diabète de type 2, une apnée du sommeil ou une hypertension résistante aux traitements).

En Belgique, le remboursement de cet acte chirurgical est appliqué si le patient entre dans ces critères et qu'il a plus de 18 ans. De plus, la décision d'opérer doit avoir été prise par une équipe pluridisciplinaire (BASO, 2020 ; KCE, 2020).

Selon le rapport du KCE, un Belge sur 100 aurait déjà subi une opération chirurgicale en raison d'un surpoids ou d'obésité. Les types d'interventions les plus pratiqués en Belgique sont le bypass gastrique⁸ (63%) et la sleeve⁹ (35%) (KCE, 2020).

Un suivi régulier postopératoire de minimum deux ans sera mis en place par l'équipe pluridisciplinaire pour ces patients. Ensuite, les patients devraient pouvoir bénéficier d'un accompagnement spécialisé à long terme dans le but de contrôler l'efficacité et la sécurité de la procédure bariatrique tout en s'assurant que les changements de style de vie soient mis en œuvre de manière durable (BASO, 2020).

La procédure bariatrique offre non seulement des résultats bénéfiques au niveau de la perte de poids, mais également en termes de réduction de mortalité, de résolution et de prévention des comorbidités et d'amélioration de la qualité de vie des patients (BASO, 2020).

Cependant, dans certains cas, des effets secondaires indésirables peuvent apparaître suite à la chirurgie bariatrique comme des complications psychologiques, un échec de perte pondérale, une reprise de poids,... Il est important que les patients aient conscience que la chirurgie bariatrique n'est pas une solution miracle, c'est une « transformation de santé » non pas une « transformation de vie » dans sa globalité (BASO, 2020).

Une reprise de poids à la suite d'une chirurgie bariatrique peut être multifactorielle avec des facteurs de risques comme l'IMC préopératoire, les habitudes alimentaires, la santé

⁸ Définition : « Technique restrictive et malabsorptive qui permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche) et l'assimilation de ces aliments par l'organisme, grâce à un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin (aucun organe n'est enlevé) » (HAS, 2009).

⁹ Définition : « Technique restrictive qui consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac et, notamment, la partie contenant les cellules qui secrètent l'hormone stimulant l'appétit (ghréline) » (HAS, 2009).

psychologique, les problèmes médicaux sous-jacents et des complications chirurgicales (Velapati et al., 2018).

2. Modèles théoriques des changements de comportement

Comme nous l'avons vu plus haut, les modifications alimentaires et l'activité physique sont les interventions le plus couramment utilisées pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Pour que la perte de poids persiste et afin de prévenir la reprise de poids, un changement de comportement est nécessaire en combinaison avec des modifications du mode de vie (Velapati et al., 2018).

Il existe plusieurs modèles théoriques des changements de comportement. Nous allons en parcourir quelques-uns qui sont plus pertinents dans le cas du suivi du surpoids et de l'obésité.

2.1. **Le modèle transthéorique des étapes du changement**

Le modèle transthéorique des étapes du changement (TTM SOC¹⁰) a été développé par DiClemente et Prochaska, lesquels tentent d'expliquer par ce modèle, que les individus traversent une série naturelle de stades de changement. Ce modèle décrit une série de six stades (pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintenance et régression/rechute) qu'un individu traverse pour modifier son comportement et passer d'un comportement malsain à un comportement sain. Dans notre cas, le modèle transthéorique tente d'expliquer de manière conceptuelle les processus traversés par les individus quand ils changent leurs habitudes alimentaires et l'activité physique afin d'obtenir une perte de poids durable. Il est reconnu comme utile dans les programmes de changements de modes de vie. Cependant, son efficacité à produire une perte de poids au long terme varie considérablement d'une personne à l'autre (Benyamina, 2016 ; Mastellos et al., 2014).

Ce modèle se base sur deux hypothèses principales. La première est que les personnes ne sont pas prêtes à changer leur comportement et ne seront donc pas aidées par les programmes de prévention traditionnels orientés vers l'action. La seconde hypothèse est que le changement de comportement est complexe et peut se dérouler en une séquence d'étapes (Mastellos et al., 2016).

¹⁰ TTM SOC : Transtheoretical model stages of change

Selon l'étude « *Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults* », qui a analysé plusieurs études concernant le modèle TTM SOC, ce modèle serait prometteur de changement de comportement. Il mènerait à une amélioration des habitudes alimentaires et de l'activité physique. Cependant, son efficacité à produire une perte de poids durable chez les personnes en surpoids ou obèses, varie fortement. De plus, le petit nombre d'études et le manque d'évaluation post-intervention, constituent les principales limites concernant la durabilité de la perte de poids (Mastellos et al., 2016).

2.2. La théorie de l'autodétermination

La théorie de l'autodétermination étudie la motivation humaine. Elle détaille les origines et les résultats de l'action agentique¹¹ humaine. D'après cette théorie, les côtés positifs et négatifs de l'humain, c'est-à-dire son côté instructif actif ainsi que ses manifestations passives et défensives résultent des interactions entre les facteurs psychologiques fondamentaux et les sources de besoin de soutien ou d'obstacles présents dans leur environnement social. Selon cette théorie, si les besoins sont satisfaits, les individus sont plus à même d'être intrinsèquement motivés et de poursuivre des changements de comportements de manière durable. A l'inverse, si ses besoins sont insatisfaits, les individus sont plus à risque de ressentir des pressions externes pour se comporter d'une certaine manière et peuvent être moins motivés à poursuivre ces comportements (Adams et al., 2017).

La théorie de l'autodétermination peut également être utilisée par les professionnels de la santé afin d'aider leur patient à comprendre quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent à changer leur comportement et comment ils peuvent satisfaire leurs besoins afin de soutenir leur motivation intrinsèque pour changer. Cela peut se faire par différentes approches, notamment l'autonomisation, la mise en place d'un environnement de soutien et le renforcement de leur compétence pour aider les individus à atteindre leurs objectifs de changement de comportement de manière durable (Adams et al., 2017 ; Samdal et al., 2017).

¹¹ Explication de l'état agentique : « Selon Milgram S. (psychologue), lorsque l'individu est intégré à une organisation sociale hiérarchique et qu'il est confronté à une autorité, il peut subir une sorte d'altération de son fonctionnement psychologique habituel permettant d'accepter le contrôle total de l'autorité (état qualifié d'« agentique »). » (Universalis, 2023).

2.3. L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une technique de communication centrée sur la personne qui vise à renforcer la motivation intrinsèque et autonome pour le changement. Cette théorie repose sur des principes de la théorie de l'autodétermination (Adams et al., 2017).

L'entretien motivationnel se concentre sur l'empathie, l'écoute active et l'encouragement des individus à explorer leurs propres raisons et motivations pour changer leur comportement. Cette approche est souvent utilisée pour aider les patients à adopter des comportements plus sains ou à abandonner certains comportements malsains. L'entretien motivationnel peut être combiné à d'autres approches afin d'augmenter son efficacité (Fortini et al., 2011).

Faciliter l'autorégulation et la motivation positive sont deux thématiques importantes dans les explications théoriques du maintien du changement de comportement (Adams et al., 2017).

3. Maison médicale

Le projet de ce mémoire a été réalisé au sein d'une maison médicale à Jette. Ci-dessous, quelques informations théoriques concernant la structure des maisons médicales et certains modes de financement qu'on peut y retrouver.

3.1. Structure

Une maison médicale dispense, par une équipe multidisciplinaire, des soins médicaux de première ligne. Elle a comme objectif d'offrir des soins de qualité, continus, globaux et abordables afin de répondre aux besoins des patients. Ces soins sont accessibles à toute la population car ils sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé (INAMI, 2019 ; SPF, 2016).

En plus des soins, les maisons médicales peuvent également offrir des actions de santé communautaire, de prévention et d'éducation à la santé. Ces actions visent une approche globale de la santé, c'est-à-dire qu'elles prennent en compte les dimensions physique, psychique et sociale des individus. Les maisons médicales s'inscrivent dans une démarche participative et valorisent les ressources des résidents et du quartier. Elles travaillent en collaboration, au sein de leur quartier ou de leur commune, avec le réseau local (FMM, 2013).

3.2. Mode de paiement

Les maisons médicales ayant adhéré à la charte de la Fédération des maisons médicales (FMM), ont la particularité d'être financées au forfait ou à l'acte.

Les maisons médicales qui fonctionnent au forfait reçoivent un certain montant fixe et déterminé par patient inscrit dans cette maison médicale et celui-ci prend en charge l'entièreté des soins dispensés. Les soins sont remboursés par les organismes assureurs avec lesquels la maison médicale a conclu un accord de paiement forfaitaire afin de couvrir les frais des soins (INAMI, 2019).

Dans d'autres cas, le paiement se fait à l'acte. Le patient paie la consultation selon les tarifs établis et se fait ensuite rembourser par sa mutuelle. Certains professionnels de santé appliquent le régime du tiers-payant (FMM, 2013).

PARTIE PRATIQUE

1. Contexte

Le projet de recherche se réalise en collaboration avec les professionnels de la santé dans la maison médicale Esseghem à Jette.

1.1. Maison médicale Esseghem

La MME a été créée en 1981 par deux médecins qui souhaitaient regrouper sous un même toit les soignants de première ligne. Depuis 1990, la maison médicale est installée rue Esseghem 24, à 1090 Jette (Maison médicale Esseghem, 2017).

1.1.1. Philosophie de la maison médicale

Les professionnels de la maison médicale travaillent en autogestion et sans hiérarchie. Chacun d'entre eux a son mot à dire au niveau de la politique de l'ASBL (à travers l'Assemblée générale) et la gestion courante de celle-ci (à travers le Conseil d'administration). Dans le Conseil d'administration, les membres sont élus pour une période définie dans le temps, par et parmi les membres de l'Assemblée générale. Le rôle du Conseil d'administration est de collaborer de manière étroite avec le coordinateur et de s'occuper de la gestion courante de l'ASBL (Maison médicale Esseghem, 2017).

La maison médicale fonctionne « au forfait », c'est-à-dire que pour chaque personne inscrite, qu'elle vienne ou non, la maison médicale perçoit un montant forfaitaire mensuel fixe. En échange de cela, la MME est tenue d'assurer la médecine générale, les soins infirmiers et la kinésithérapie à tous les patients inscrits (Maison médicale Esseghem, 2017).

1.1.2. L'équipe

Afin de prendre en charge la globalité du patient, l'équipe de la MME est composée de :

- cinq médecins généralistes,
- cinq kinésithérapeutes,
- trois infirmières,

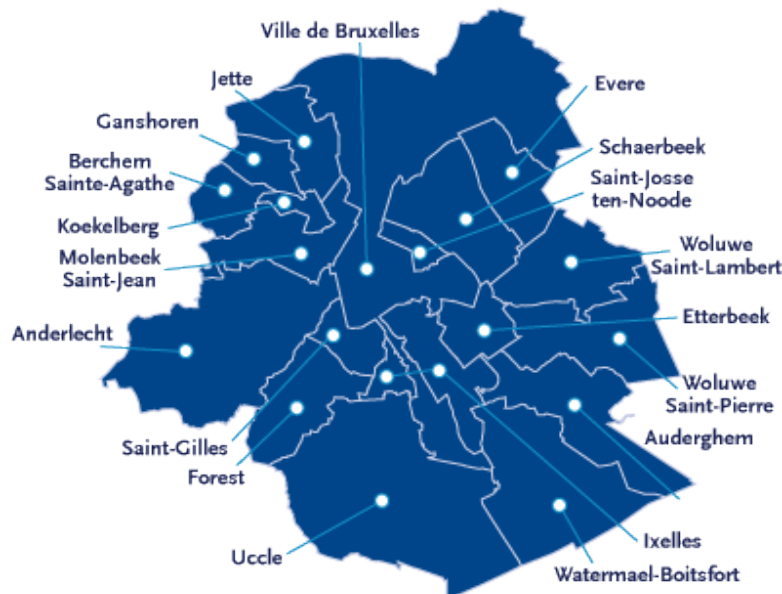
- une psychologue,
- une assistante sociale,
- une logopède,
- trois dentistes,
- une ergothérapeute également actrice en promotion de la santé,
- et le pôle administratif.

(Maison médicale Esseghem, 2017).

1.1.3. Le quartier et la population

La commune de Jette est située au Nord-Ouest de la Région bruxelloise et a une superficie de 5 km². Elle fait partie des 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale. Elle se situe entre les communes de la Ville de Bruxelles, Ganshoren, Koekelberg et Molenbeek Saint-Jean (Be.Brussels, 2022).

Figure 4 – Carte des communes (Be.Brussels, 2022).



Au premier janvier 2022, la commune de Jette compte une population de 52 751 habitants. L'âge moyen de cette population est de 38,3 ans. Parmi la population totale à Jette, 25,2% est de nationalité étrangère (ibsa, 2022).

Dans la commune de Jette, 4% de la population des 18 à 64 ans bénéficie d'un revenu d'intégration sociale¹² (RIS). Dans sa population active, le taux d'emploi (15-64 ans) est de 59% alors qu'en Belgique, le taux d'emploi (20-64 ans) est de 72,1% (au troisième trimestre 2022). Le taux de chômage (15-64 ans) à Jette est de 15,5% alors qu'il est de 5,7% en Belgique (au troisième trimestre 2022) (ibsa, 2022 ; statbel, 2022).

La précarité et un statut socioéconomique faible favorisent le surpoids et l'obésité.

Selon le rapport de l'état nutritionnel de Sciensano en 2018, la prévalence du surpoids était de 46,5% dont 13,6% d'obèses en Région bruxelloise (Sciensano, 2018).

1.2. Projet « Ma santé, ma forme »

Séverine Declercq, l'ergothérapeute chargée de santé communautaire dans la MME a décidé avec les autres professionnels de santé de la maison médicale de lancer un programme « Ma santé, ma forme » pour les patients motivés à perdre du poids. En effet, ce projet s'adresse particulièrement à ces patients qui viennent dans ce cadre, de leur propre initiative, à la MME. Ce projet prône une amélioration des habitudes alimentaires mais également d'autres facteurs tels que le sommeil, la gestion des émotions, le stress ou encore l'activité physique. Dans le cadre de ce mémoire nous nous pencherons surtout sur le volet alimentation et activité physique.

Actuellement, le projet est encore en phase test et 6 patients sont suivis.

1.3. Les patients suivis dans le projet

Parmi les six patients suivis actuellement, trois sont aux études et les trois autres travaillent. Deux étudiants vivent encore chez leurs parents et la troisième vie en kot. L'une des deux se plaint de la pression que lui met sa mère quant à son poids. L'étudiante vivant en kot mange des repas tout prêts, mal équilibrés. Elle dit ne plus avoir le temps de faire du sport. Un autre patient travaille de nuit et mange à des horaires décalés de ceux de sa famille. Il dit également ne pas avoir le courage d'aller au sport. Une autre patiente est une dame, mère de jeunes enfants. Elle travaille dans une boulangerie et se lève tôt. Elle ne prend pas de petit déjeuner mais mange des sucreries et du pain durant la journée jusqu'à 16 h, puis elle se consacre à ses enfants. Une

¹² Définition : « Le revenu minimum accordé par le CPAS, à certaines conditions, aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes et qui ne peuvent pas se les procurer. » (Droits quotidiens, 2022)

autre dame est employée communale et se dit fort stressée par son boulot. Elle dit ne pas aimer faire du sport. La dernière patiente est en arrêt-maladie car elle est en dépression.

Les patients ont tous accès à des parcs dans la commune de Jette et disent avoir une famille soit plutôt aidante, soit à l'inverse, oppressante.

2. Problème et objectifs

2.1. **Problématique**

Les professionnels de santé de la MME ont réalisé qu'ils avaient beaucoup de patients en surpoids ou obèses. Souvent, ces patients se plaignent de leurs corps, de ne pas se sentir en forme, ne savent pas comment manger sainement, ont déjà testé plusieurs régimes etc. Cependant, ils ne souhaitent pas aller voir de diététicien soit parce qu'il n'y en a pas à la MME, soit parce qu'ils ont eu une mauvaise expérience dans le passé ou dû au coût élevé. Par conséquent, ils demandent au personnel de la MME ce qu'ils peuvent faire pour perdre du poids. Celui-ci n'est pas formé pour donner les conseils adéquats. Il semble donc important de donner des informations de qualité et d'outiller ces professionnels de la santé afin qu'ils puissent les transmettre à leurs patients sans pour autant que cela ne dépasse leurs compétences respectives. Le personnel a exprimé la crainte que si ces patients ne trouvent pas de réponse à la MME, ils risquent de se tourner vers toutes sortes de « coachs », de se renseigner sur Internet où on trouve toutes sortes d'informations, de tenter n'importe quel régime, ... ce qui peut avoir des conséquences néfastes, voire dangereuses sur leur santé.

2.2. **Objectifs de la recherche**

2.2.1. Objectif principal

L'objectif est de répondre au besoin de la MME qui est d'avoir un outil à disposition pour les professionnels de la santé présents dans leur structure. Une fiche type sera élaborée pour aiguiller les professionnels de la santé (non-diététiciens) à assurer le suivi d'une perte de poids de leurs patients en surpoids ou obèses sans dépasser leurs compétences. Cette fiche comprend des informations générales et des outils disponibles sur Internet pour les aider à communiquer les informations correctes aux patients.

2.2.2. Objectifs spécifiques

Afin d'arriver à l'objectif principal, les objectifs spécifiques suivants sont visés :

- Identifier les besoins exacts des professionnels de la santé de la MME par rapport à cette fiche type.
- Développer la fiche type, en collaboration avec l'ergothérapeute et le médecin, grâce aux informations récoltées, la littérature et les outils existants.
- Évaluer l'efficacité de la fiche sur le terrain.

3. Méthode et participation

3.1. **Recherche-action**

3.1.1. Définitions et principes de la recherche-action

Il y a plusieurs définitions et descriptions de la recherche-action (RA) dans la littérature. Il s'agit d'une méthode de recherche qui repose sur l'idée que l'action (par l'expérience/l'activité) permet de produire des connaissances. Un autre principe de cette approche est que la valeur des connaissances découle de leur efficacité pratique. Autrement dit, que la théorie et la pratique sont interdépendantes et peuvent se transformer mutuellement. Contrairement à la recherche traditionnelle, les chercheurs en RA s'engagent activement dans la modification de la réalité et assument cette posture. D'après Desroche H.¹³, la recherche se passe dans l'action, c'est-à-dire sur, pour et par les acteurs (Clavreul et al., 2020 ; Waterman et al., 2001).

La RA permet de décrire, interpréter et expliquer les situations sociales dans le cadre d'une intervention de changement visant l'amélioration et l'implication. C'est une approche menée en groupe et qui repose sur un partenariat entre les chercheurs et les participants, ils sont tous impliqués dans le processus de changement. La RA n'est pas un processus linéaire, mais cyclique et dynamique constitué de plusieurs étapes interconnectées : l'identification du problème, la planification de l'intervention, l'action et l'évaluation. Ce cycle peut amener à identifier de nouveaux problèmes, planification, action, évaluation et ainsi de suite. L'objectif final est d'améliorer la situation en question, tout en impliquant les participants et en augmentant leur engagement (Waterman et al., 2001).

3.2. **Sélection des participants**

3.2.1. Professionnels de la santé participants

Les professionnels impliqués dans le projet sont le médecin et l'ergothérapeute chargée de santé communautaire à la MME. Ils constituent le public cible de cet outil.

¹³ Sociologue, théologien et philosophe français

3.2.2. Patients participants

Les critères d'inclusion des participants comprennent l'envie d'entamer la démarche et avoir la motivation de perdre du poids. Par ailleurs, ils doivent être affiliés à la maison médicale et être des adultes en surpoids ou obèses.

3.3. Conception de l'outil

Nous avons d'abord pris le temps de discuter avec les professionnels concernés afin de comprendre leur demande et comment ils percevaient l'outil. Nous sommes partis sur l'idée de créer une fiche type, une proposition de ligne de conduite à suivre pour accompagner les patients dans le processus d'une perte de poids et d'amélioration de leur qualité de vie.

Par la suite, nous avons eu plusieurs rendez-vous pour évaluer l'évolution de l'outil et vérifier si, pour eux, tout était compréhensible et si cela répondait toujours à leurs attentes.

Le but de cette RA est d'intégrer les professionnels de la santé dans une démarche participative et, ensemble, de créer un outil qui répond à leurs besoins.

3.3.1. Contenu de la fiche type

La fiche type prévoit d'intégrer des outils et des informations notamment sur les données à récolter, la motivation du patient, les informations nutritionnelles ainsi que l'activité physique.

Données à récolter

Le poids (kg) et la taille (m) permettent de calculer l'IMC (kg/m^2) afin de définir la sévérité de l'obésité par la classification de l'OMS (surpoids / obésité modérée / obésité sévère / obésité morbide). Le tour de taille (cm) permet d'évaluer comment la masse graisseuse est distribuée et donc le risque de développer des comorbidités cardiovasculaires et/ou métaboliques liés à l'obésité (risque accru de comorbidités si TT > 80 cm chez les femmes et > 94 cm chez les hommes ; risque très accru de comorbidités si TT > 88 cm chez les femmes et > 102 cm chez les hommes).

Le traitement des comorbidités est pris en charge par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste concerné.

Selon l'article « Utilité des outils pratiques pour la prise en charge de l'obésité au cabinet médical », une intervention se justifie si :

- Le patient a un IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$;
- Le patient a un IMC entre 25 et $29,9 \text{ kg/m}^2$ avec une circonférence abdominale $> 102 \text{ cm}$ pour les hommes et $> 88 \text{ cm}$ pour les femmes ;
- Le patient a un IMC entre 25 et $29,9 \text{ kg/m}^2$ avec la présence minimum de 2 facteurs de risques cardiovasculaires et/ou métaboliques ;
- Présence d'un diabète

(Durrer et al., 2009)

Les questions pour récolter les données sont à poser avec bienveillance et il est important d'écouter attentivement le patient. Ces questions peuvent aider à mieux comprendre l'expérience du patient et à identifier les obstacles et les ressources qui peuvent être utiles pour l'aider à atteindre ses objectifs. De plus, il est important de poser des questions qui peuvent être perçues plus positivement s'ajoutant à celles axées sur le problème. Par exemple, des questions telles que « Comment décririez-vous votre relation avec la nourriture ? », « Que représente la nourriture pour vous ? » ou « Qu'est-ce que vous aimez manger ? » sont importantes pour tenir compte des préférences alimentaires du patient lors du suivi.

Motivation du patient

Il est important d'évaluer la motivation du patient car elle est essentielle à la modification du comportement et au succès dans la durée. C'est un des éléments clés pour la réussite d'une perte de poids et pour l'adhésion au traitement. Si le patient est venu par lui-même, cela favorise un pronostic positif. Si l'on évalue cela par rapport au modèle transthéorique (de Prochaska et DiClemente), le patient est probablement prêt à entrer dans la phase « action ». Si le patient est venu consulter car une tierce personne l'a invité à le faire, il faudra préciser son niveau de motivation ; car une approche inadaptée produirait probablement un échec (Durrer et al., 2009).

En se référant au « test de succès thérapeutique » (cfr. Annexe 2), si le résultat est positif, un suivi semble pertinent. Cependant, s'il est plutôt négatif et que le patient manque de motivation, l'utilisation de l'entretien motivationnel pourrait constituer une méthode efficace pour le guider à modifier petit à petit ses habitudes (Durrer et al., 2009).

Mettre en place des petits changements progressifs évalués régulièrement avec un professionnel de la santé augmentera les chances de modifier le comportement à long terme. Lors de

l'anamnèse, il conviendra d'identifier des facteurs potentiels de résistance dans l'environnement du patient, tels que des conditions de vie (stress lié à la vie professionnelle du patient, des habitudes familiales,...) ou des événements de vie particulier (deuil, divorce,...) qui pourraient poser problème à court ou à long terme. L'évaluation de la motivation est essentielle et dépend de plusieurs facteurs qu'il faut prendre le temps d'explorer. Par ailleurs, il est utile de rechercher les sources de soutien potentiel afin de prévenir les rechutes. Il est également utile de rechercher les raisons des échecs précédents pour ne pas les reproduire. A l'inverse, la reconnaissance des succès réalisés peut renforcer la confiance du patient dans ses capacités à réussir (Golay et al., 2005).

Aspect nutritionnel

Il est important d'évaluer les habitudes alimentaires du patient. Pour cela il faut prendre connaissance des choix alimentaires de la personne, les techniques de cuisson utilisées, l'assaisonnement des plats, la densité énergétique, évaluer la taille des portions, la présence ou non de grignotage, les boissons consommées, le contexte de la prise des repas, si les repas sont achetés tout faits ou faits maison, etc. Ceci peut se faire par un carnet alimentaire de sept jours (cfr. Annexe 3) qui est une méthode d'enquête alimentaire prospective (Durrer et al., 2009 ; Quilliot et al., 2010).

Le carnet alimentaire recueille les données repas par repas, jour par jour. La personne peut estimer les quantités de chaque prise alimentaire car c'est moins contraignant que de peser chaque aliment consommé. On peut également lui proposer de prendre des photos de ses repas. L'avantage principal de cette méthode est qu'elle apporte des informations assez précises, quantitatives et qualitatives, sur les prises alimentaires durant cette période d'enregistrement. Comme cette méthode ne fait pas appel à la mémoire (car les données sont enregistrées en temps réel), le risque d'oubli est très faible. Cependant les estimations fournissent des données moins précises sur les quantités exactes ingérées et la durée d'enregistrement est plutôt longue. De plus, cette méthode demande une grande collaboration de la part du patient. Si cela semble nécessaire, nous pouvons réduire le carnet alimentaire à trois jours (dont un jour du week-end), mais celui-ci sera moins représentatif des habitudes alimentaires. A la fin du recueil, il est important de parcourir la totalité des données récoltées avec le patient afin de rectifier les oublis et d'améliorer la qualité des réponses (Morin M.C., 2007).

Le médecin généraliste ou l'ergothérapeute ne sont pas spécialement formés à l'analyse du carnet alimentaire mais ils peuvent s'attarder sur le rythme des repas, les prises alimentaires extra-prandiale, la taille des portions, l'équilibre des repas et les aliments à densité énergétique élevée (lipides, graisses cachées, l'alcool, ...) (Cornet P., 2004).

Les erreurs de structure des repas peuvent être : l'absence de petit-déjeuner, un repas trop peu calorique qui engendre des grignotages, le fait de sauter un repas, etc. (Durrer et al., 2009).

Les erreurs dans l'équilibre des repas peuvent être : trop d'aliments gras et sucrés ou gras et salés, de trop grandes quantités, trop peu de fruits et légumes (absence de fibres, vitamines et minéraux), l'absence ou l'excès de féculents, l'excès de graisses visibles qui ont été ajoutées sous forme de beurre, huile d'olive, etc. De plus, des études ont montré que le prix bon marché des aliments malsains était une explication importante à la qualité plus médiocre des repas et à l'épidémie de l'obésité (Durrer et al., 2009 ; Headey et al., 2019).

Il est important également de s'attarder sur les boissons consommées. Pour rappel l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments (EFSA) indique que les apports en eau total prennent en compte l'eau boisson, l'eau des autres boissons ainsi que l'eau contenue dans les aliments. Les valeurs recommandées pour un adulte sont de 2 L pour les femmes et 2,5 L pour les hommes par jour. Ils estiment que, de cet apport, 1,5 L doit provenir des boissons. Les boissons autres que l'eau ne sont pas nécessaires à l'équilibre alimentaire (Guggenbuhl N., 2019).

L'excès calorique peut également venir des boissons comme l'alcool, les sodas, les jus de fruits,... FoodInAction, en collaboration avec l'Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française (UPDLF), propose un outil « La Goutte des Boissons » (cfr. Annexe 4) qui illustre les différentes catégories de boissons dans une alimentation équilibrée.

Dans le document du CSS 2019, « Les recommandations alimentaires pour la population belge adulte », les professionnels de la santé retrouveront toutes les informations concernant l'alimentation saine et équilibrée. Il reprend également un inventaire des principaux problèmes de santé rencontrés, en lien avec l'alimentation, en Belgique (CSS, 2019). Il existe également, depuis avril 2021, une version de l'alimentation végétarienne (CSS, 2021).

Nous insistons également sur le fait qu'il n'y ait pas d'aliments interdits ! Tout est une question d'équilibre. Par exemple, si le patient tient fortement à son pâté au repas du midi, lui poser la question « En gardant le pâté, comment pourrait-on équilibrer au mieux le repas ? ». Il est important de lui poser cette question et de l'intégrer dans les décisions des changements qu'il

pourrait entreprendre, afin d'augmenter sa compliance et éviter des frustrations qui pourraient porter préjudice au suivi.

Assiette équilibrée

Après avoir passé en revue la pyramide alimentaire, famille par famille, il faudra appliquer cela dans l'assiette afin d'améliorer l'équilibre du repas. Nous avons décidé d'utiliser l'assiette équilibrée (cfr. Annexe 5) du site *Diabète Québec*, laquelle représente bien l'alimentation équilibrée pour toute la population. En effet, les patients diabétiques n'ont pas d'alimentation spécifique (sauf exception), ils doivent également manger de manière équilibrée.

Il semble important de préciser que la taille de l'assiette peut varier en fonction de l'appétit, mais les proportions des différents groupes alimentaires restent les mêmes.

La moitié de l'assiette devrait être composée de légumes, à varier en fonction de chaque repas et idéalement en privilégiant les légumes de saison. Ils peuvent être mangés sous différentes formes : cuits au four, à l'eau, à la vapeur, en crudités ou sous forme de potage. Pour gagner du temps, les légumes peuvent être achetés prédécoupés, déjà préparés (mais faire attention à la composition et au sel ajouté), surgelés nature, ...

Le quart de l'assiette devrait être composé de féculents. Il est préférable d'opter pour des féculents complets qui sont plus riches en fibres.

L'autre quart de l'assiette devrait être composé de viande/poisson ou d'un substitut. Favoriser les viandes maigres et consommer du poisson deux fois par semaine (alterner entre poisson gras et poisson maigre).

Les matières grasses font également partie de l'assiette équilibrée.

Les fruits, ainsi que le lait et ses substituts peuvent être pris en accompagnement/dessert ou en collation.

(DiabèteQuébec, 2014).

Nous précisons que les catégories d'aliments sont plus détaillées dans la pyramide alimentaire et les différentes portions indiquées dans l'assiette équilibrée sont pour un repas.

Les portions

Nubel a créé un outil ludique « Jeu de mains, jeu de portions » (cfr. Annexe 6) qui permet d'aider à évaluer les portions à l'aide de nos mains. Il fournit une présentation claire et pratique des recommandations nutritionnelles. Une femme de 1m65 n'aura pas les mêmes besoins qu'un

homme de 1m90. Les proportions relatives de leurs mains prennent en compte cette individualité. Le livret complet (téléchargeable gratuitement sur le site Nubel.be) donne également des explications pour son utilisation ainsi que des astuces pour améliorer la taille des portions consommées au quotidien (Nubel, 2023).

Nous avons souvent tendance à remplir nos assiettes de quantités disproportionnées d'aliments, ce qui peut entraîner une surconsommation. Manger de trop grandes portions contribue à l'augmentation du surpoids et des maladies associées. Il convient de prendre conscience des quantités de nourriture que nous consommons. C'est la première étape afin de pouvoir les réduire. De plus, nous pouvons conseiller au patient de favoriser des plus petits contenants pour avoir l'impression d'avoir une assiette bien remplie. En effet, une grande assiette contenant peu de nourriture peut donner l'impression de ne pas avoir assez mangé (Nubel, 2023).

Le Nutri-Score

Le Nutri-Score vise à informer les consommateurs sur la qualité nutritionnelle des produits. Il permet aux clients de faire des choix alimentaires plus sains en comparant des produits d'une même catégorie ou de comparer des aliments qui sont consommés de la même façon. La lettre A, indique les produits avec la meilleure qualité nutritionnelle et la lettre E, ceux qui sont de moins bonne qualité. Nous précisons que le Nutri-Score ne prend pas en compte la taille des portions, il est calculé par 100g ou 100ml d'un produit. FoodInAction propose un outil qui explique comment est calculé le Nutri-Score. Il peut être utile d'expliquer cela au patient pour qu'il sache en quoi consiste ce score et qu'il puisse faire des choix plus sains en allant faire ses courses (FoodInAction, 2020).

Les comportements alimentaires

L'obésité est fréquemment associée à des TCA. La présence de TCA doit être recherchée par le médecin afin de proposer des solutions adéquates. En se référant au DSM-5¹⁴, il est important de détecter les signes évoquant des perturbations de l'alimentation ou des TCA. De plus, s'il y a la présence d'un TCA et qu'il n'est pas traité, l'échec d'une perte de poids est fort probable. Il s'agit entre autres d'une contre-indication à la chirurgie bariatrique (Durrer et al., 2009 ; Giusti V., 2006 ; HAS 2023, Quilliot et al., 2010).

¹⁴ 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques de l'Association américaine de psychiatrie (Crocq et al., 2015).

L'hyperphagie boulimique est un trouble fréquent chez les femmes en surpoids qui cherchent à perdre du poids. Environ 30% de celles qui suivent un programme de perte de poids présentent une hyperphagie boulimique. Ce trouble se retrouve également chez les hommes ; on compte 35% d'hommes pour 65% de femmes hyperphages boulimiques (Golay et al., 2005).

Quel est le comportement alimentaire du patient : Où mange-t-il ? Avec qui ? Dans quelle ambiance se passent les repas ? Qui prépare les repas ? Etc.

Il faut veiller à un bon contexte de repas c'est-à-dire : une ambiance détendue et conviviale, sans écran(s) (ordinateur, smartphone, télévision,...), favoriser les repas faits maison, structurer les repas (3 repas par jour + collation(s) si besoin),... Il est important que le patient, lors des repas, écoute sa faim (en se reconnectant à ses sensations physiologiques de faim et de satiété) et prenne le temps de bien mastiquer les aliments. Le temps de satiété met une vingtaine de minutes à se manifester. Manger lentement peut donc aider à ne pas manger trop, donnant au corps le temps de ressentir cette sensation de plénitude. Si, par exemple, le patient mange souvent pour calmer son stress, il faut trouver une stratégie adaptée pour limiter celui-ci. Des activités comme la méditation, le yoga ou une promenade peuvent lui être proposées.

Si l'on remarque que le patient grignote à certains moments de la journée, il y a lieu de se demander s'il a suffisamment mangé lors du repas qui précède le grignotage et de lui proposer d'intégrer des collations équilibrées entre les repas (Durrer et al., 2009).

Au niveau des horaires des repas, des horaires fixes sont à favoriser car ils aident l'organisme à mieux fonctionner et améliorent l'homéostasie énergétique. Par ailleurs, sauter des repas est déconseillé. En effet, des habitudes de repas irrégulières (horaires de repas variables et incohérence dans les fréquences de repas) sont défavorables au maintien d'un poids correct et favorisent le surpoids (Zeron-Ruggerio et al., 2020).

Les régimes restrictifs ne sont évidemment pas à prescrire et il n'y a pas d'aliments interdits. Souvent, les personnes qui souhaitent perdre du poids vont avoir tendance à faire de la « restriction cognitive », ce qui signifie qu'elles ont des croyances multiples à propos de ce qui convient de manger ou non afin de perdre du poids. Ces croyances amènent les individus à se fier davantage à des règles externes plutôt qu'à des sensations internes pour réguler leur alimentation. Une personne obèse qui fait de la restriction cognitive devra apprendre à manger une alimentation variée sans aliments « interdits », tout en étant à l'écoute de ses sensations de faim et de satiété. Des sensations qu'il doit apprendre à se réapproprier. Les repas et collations sont établis à intervalles réguliers afin d'éviter les périodes de jeûnes prolongées. Il est conseillé

de consacrer les moments où l'on mange, uniquement à cela ainsi que de manger assis et lentement, en se concentrant sur ses sensations alimentaires, sans faire d'autres activités. On évite de finir son assiette ou de finir les restes et on apprend à jeter s'il est impossible de garder ce qu'il reste. Le moment des courses doit également être planifié et il est préférable de les faire après avoir mangé afin d'éviter d'acheter trop d'aliments provoqués par le sentiment de faim. Il est également préférable de privilégier l'achat d'aliments bruts : frais, surgelés nature, boîte de conserve nature, aliments secs en sachet,... et favoriser les produits de saison (Durrer et al., 2009 ; Golay et al., 2005 ; HAS, 2023 ; Quilliot et al., 2010).

La manière dont nous mangeons peut influencer considérablement notre comportement alimentaire, notamment par le biais des mécanismes de satiété. Le fait d'éveiller tous ses sens lors de la prise alimentaire, le principe de manger en pleine conscience, est apparu ces dernières années comme une méthode efficace pour mieux percevoir les signaux de satiété et ainsi limiter la quantité de nourriture ingérée. Il est également important de ralentir la vitesse des prises alimentaires pour que le patient ressente mieux ses sensations de satiété physiologique et redécouvre le plaisir des goûts, le plaisir de manger. En revanche, manger rapidement et de façon inconsciente peut avoir l'effet inverse sur notre comportement alimentaire (Durrer et al., 2009 ; Guggenbühl N., 2018 ; Quilliot et al., 2010).

Le professionnel essaye d'identifier les aliments que le patient s'interdit de consommer ou les comportements trop restrictifs qui peuvent mener à des compulsions de type compensatoire chez leur patient. De plus, ces comportements restrictifs peuvent aggraver de plus en plus les TCA (Durrer et al., 2009 ; Quilliot et al., 2010).

Objectifs de poids

L'objectif premier est de viser une stabilisation du poids avant de parler d'une perte de poids. Ensuite seulement sera envisagée une diminution de poids. Une perte de poids modérée de 5 à 10% suffit déjà pour améliorer la qualité de vie. Elle peut s'envisager sur une durée de six mois. Habituellement au début, on vise une perte de 0,5 à 1,0 kg par semaine, soit 1 à 4 kg par mois. Par ailleurs, ne pas reprendre le poids perdu nécessite des changements durables dans le mode de vie (Durrer et al., 2009 ; Quilliot et al., 2010).

Le professionnel de la santé rappelle au patient qu'une perte de poids de manière durable peut prendre du temps. Il convient d'être patient et persévérer. Le professionnel est là pour soutenir le patient tout au long du suivi.

Lors du suivi, on peut peser le patient pour voir l'évolution au niveau du poids. Avant de le peser, le professionnel demande toujours l'accord du patient. Si celui-ci refuse, il est important de respecter son choix et de tenter de comprendre pourquoi. Trouver des alternatives comme demander comment le patient se sent dans ses vêtements, s'il voit une évolution au niveau de son endurance, mesurer son tour de taille,... permettent déjà d'obtenir quelques informations utiles sur l'évolution du poids. Enfin, une autre alternative peut être de proposer au patient de le peser sans qu'il ne voie son poids, car certains patients ne sont pas prêts à faire face à celui-ci.

L'activité physique

L'activité physique est un élément clé dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité. La pratique de celle-ci aidera à augmenter la masse musculaire aux dépens de la masse grasse, favorisera la motivation du patient et permettra une augmentation des dépenses énergétiques. De plus, elle joue un rôle crucial dans la gestion des principales complications liées à l'obésité, surtout les complications cardio-métaboliques (Ciangura et al., 2014).

Afin d'évaluer l'activité physique actuelle du patient, l'outil « Le questionnaire de Marshall » (cfr. Annexe 7) de l'HAS peut être utilisé. C'est un auto-questionnaire pour la population adulte qui permet d'identifier rapidement les patients inactifs (HAS, n.d.).

L'HAS propose également un tableau (cfr. Annexe 8) qui reprend certains exemples des principaux freins des patients à la pratique d'une activité physique et suggère des pistes de réponses. Les professionnels de la santé peuvent s'en inspirer, mais les conseils doivent être adaptés aux patients et à leur environnement (HAS, n.d.).

FoodInAction propose un outil qui reprend les dépenses énergétiques des différentes activités quotidiennes et ce à quoi cela correspond (cfr. Annexe 9) (FoodInAction, 2019).

Ces outils peuvent être utiles à la sensibilisation et à la motivation à la pratique d'une activité physique.

Dans les grands programmes de santé publique comme le Programme national nutrition santé en France (<http://www.mangerbouger.fr>), les principaux conseils pour bouger davantage sont

repris : se déplacer à pied le plus possible, marcher pour se rendre dans les magasins ou aller au travail, s'arrêter un arrêt plus tôt que la destination dans les transports en commun, utiliser les escaliers à la place des escalators, travailler dans son jardin, promener son chien, ... De plus, un podomètre pourrait être proposé afin de fixer un objectif de pas à parcourir par jour (Ciangura, 2014).

La MME va commencer à collaborer avec le projet « Mouvement sur Référence ». C'est un projet par lequel le médecin peut référer ses patients présentant un profil à risque d'un point de vue santé vers un coach en mouvement. L'objectif de ce projet est de faire bouger les personnes sédentaires. Le patient sera suivi par un coach sportif qui lui donnera un programme sur mesure. La MME demandera 5€ de participation par séance au patient et elle prendra le reste des frais en charge (Huisvoorgezondheid, 2023).

Il faut abandonner l'idée « activité physique pour dépenser des calories/maigrir », au profit de la recherche du bien-être. Il est essentiel que le patient apprenne à identifier les effets bénéfiques de l'activité physique et l'intérêt d'investir dans son corps. Notamment en prenant soin de son corps, à la place de le rejeter à cause de son poids. L'activité physique a de nombreux bienfaits comme l'amélioration de la santé mentale, entre autres, par le biais du lien social, l'amélioration de la relation avec soi-même, la réduction des tensions psychiques comme le stress ou encore l'amélioration de la santé physique (HAS, 2023).

FoodInAction

FoodInAction (<https://www.foodinaction.com/>) est un site internet qui a été créé pour que les professionnels de la santé intéressés par la nutrition, aient accès aux bonnes informations. On y retrouve plusieurs outils pour les consultations comme la pyramide alimentaire, la goutte des boissons, un tableau des dépenses énergétiques, comment est calculé le Nutri-Score, l'Épi alimentaire avec les dernières recommandations alimentaires, etc. On y retrouve également les dernières actualités sur les différents régimes, l'alimentation en fonction de certaines pathologies ou encore les dernières actualités scientifiques (FoodInAction, 2023).

Sensations alimentaires

La PIPSa (Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé), propose un outil pédagogique sur l'éveil sensoriel en lien avec l'acte alimentaire. Cet outil est destiné à tout public et comprend des vidéos, des propositions d'atelier ainsi que des fiches explicatives. Par contre, les vidéos

sont destinées aux professionnels de la santé, pas aux participants. Un guide pédagogique est également disponible pour les professionnels de la santé afin de préparer au mieux la réalisation des ateliers. Ceci peut être intéressant à développer avec le patient afin qu'il apprenne à solliciter ses cinq sens, qu'il apprenne à mieux connaître son corps, son fonctionnement, qu'il travaille sur l'écoute de ses sensations et des besoins de son corps, et qu'il développe ses capacités à exprimer ses perceptions (PIPSa, 2013).

Propositions que la MME pourrait mettre en place

Des ateliers culinaires, des séances de groupe ou encore des ateliers sur les cinq sens pourraient être mis en place dans le cadre du suivi pour une perte de poids à la MME.

La MME dispose d'une cuisine où les ateliers culinaires pourraient être organisés afin d'aider les patients à apprendre à cuisiner des plats sains et équilibrés (en suivant les recommandations), faciles à réaliser, dans une ambiance conviviale et détendue. Par ce biais, ils pourraient aussi retrouver du plaisir à cuisiner et ainsi favoriser les repas faits maison. Ces ateliers permettraient également de montrer qu'il y a moyen de cuisiner des repas sains et équilibrés tout en se faisant plaisir. De plus, face à la barrière financière, ils pourraient également montrer aux patients comment utiliser des ingrédients peu coûteux afin de préparer des plats savoureux et nutritifs. Ces ateliers sont également l'occasion de renforcer le lien entre le professionnel de la santé et les patients ainsi que les patients entre eux. Un diététicien, externe à la MME, pourrait également être contacté dans ce cadre.

Les séances de groupes permettraient aux patients de partager leurs expériences, d'échanger sur les difficultés ou les choses qui fonctionnent pour eux, et de se soutenir mutuellement dans leur démarche de perte de poids. Ces séances peuvent également aider à renforcer la motivation des patients, mesurer leurs progrès et célébrer cela ensemble. Les patients peuvent apprendre des uns et des autres les stratégies efficaces mise en place.

L'accompagnement global :

Il n'existe pas de procédure standard ou de recette toute faite pour suivre une personne en surpoids ou obèse. Il faut s'adapter au cas par cas. Pour certains, la pratique d'une activité physique, sera prioritaire après une perte de poids. Pour d'autres, comme des patients qui ont des TCA, elle pourrait être secondaire car le traitement des TCA et le contexte psychologique figurent au premier plan (Ciangura, 2014).

Si le patient parle de problèmes liés au sommeil, il faut le rediriger vers son médecin généraliste ou un spécialiste du sommeil. En effet, le manque de sommeil peut perturber les hormones qui contrôlent l'appétit et le métabolisme. Il est important de dormir minimum sept heures par nuit. De plus, les conséquences de l'obésité, entre autres rhumatologiques et digestives, peuvent également perturber le sommeil en raison de douleurs nocturnes (Bayon et al., 2007).

En collaboration avec le médecin et après la récolte des informations concernant le patient, il faudra fixer les premiers objectifs du suivi. Ils peuvent être quantitatifs, en termes de perte de poids (comme vu plus haut), d'activité physique, de mobilité dans la vie quotidienne ou de critère de santé par exemple : l'amélioration de la condition physique, la diminution de l'HbA1c en cas de diabète ou un effet sur la silhouette (sans nécessairement avoir une variation de poids). Les objectifs peuvent également être qualitatifs, en termes de qualité de vie, de vie sociale ou d'image de soi. Il est important que cet objectif soit réaliste et atteignable par le patient. Il vaut mieux fixer de petits objectifs, en collaboration avec le patient, qui permettront une évolution par « petits pas » (Ciangura, 2014).

Les objectifs devraient principalement être centrés sur le bien-être global du patient plutôt que sur la perte de poids.

Nous pouvons retrouver les points clés de la prise en charge résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Points clés de la prise en charge (Durrer et al., 2009)

- | | |
|---|---|
| 1 | Poser le diagnostic et évaluer les facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques ainsi que le degré de motivation du patient. |
| 2 | Une fois la stratégie adoptée, en accord avec le patient, avancer par petits changements d'une consultation à l'autre. |
| 3 | Le patient doit impérativement prendre une part active à son propre traitement et élaborer lui-même ses propres stratégies. Le médecin l'aidera à trouver les moyens de les mettre en pratique. |
| 4 | Si le patient est en phase dynamique de gain de poids, il faut d'abord passer par une phase de stabilisation avant d'initier la perte de poids. |

3.3.2. Utilisation de la fiche type

Attitude du professionnel de santé

Dans l'accompagnement, il est fondamental d'établir une relation de confiance avec le patient. De plus, le professionnel de santé doit se rendre compte de l'importance du changement qu'imposent des modifications des habitudes de vie. Il faut également considérer l'environnement social du patient. Demander au patient de mettre en place des changements pour lesquels il n'a pas les moyens, est voué à l'échec (Quilliot et al., 2010).

Le professionnel doit également faire attention aux termes utilisés. Par exemple, nous proposons d'utiliser plutôt les termes « alimentation » que « régime » ou « collation » plutôt que « grignotage », qui ont une connotation négative.

Le succès d'une relation d'aide dépend largement de l'attitude du soignant. Il est primordial d'instaurer un climat de confiance avec le patient en lui expliquant clairement le déroulement du suivi, en répondant à toutes ses questions, et en l'encourageant à exprimer toutes ses difficultés. Les jugements moralisateurs, la banalisation, la dramatisation ou encore la pitié sont des attitudes à ne pas adopter. Il est crucial de pratiquer une écoute active centrée sur le patient en communiquant sans ambiguïté, en étant disponible et empathique, et en acceptant le patient tel qu'il est. L'empathie implique de se concentrer sur l'autre et de se connecter avec lui émotionnellement. L'écoute active, consiste à donner au patient suffisamment de temps de parole et d'utiliser des techniques telles que des relances (laisser un silence pour inviter le patient à s'exprimer davantage, utiliser des questions ouvertes, répéter ce que le patient vient de dire en d'autres mots, etc.) et la reformulation (une reformulation permettant une rectification ou une confirmation par le patient) afin d'encourager et de faire réfléchir le patient sur ce qu'il a dit. Enfin, la synthèse permet de récapituler les points abordés et de recentrer la discussion sur les éléments clés (Quilliot et al., 2010).

Selon une étude de l'Université Duke, un suivi régulier du progrès des patients, des conseils spécifiques liés à l'alimentation et aux habitudes de vie plus saines ainsi que l'empathie et la compréhension de la part du soignant face aux difficultés rencontrées par le patient augmentent les chances de succès du patient dans sa démarche de perte de poids (McVay et al., 2019).

Déroulement des consultations

Lors de la première consultation, le professionnel de la santé prend le temps de récolter toutes les données nécessaires concernant le patient et son état de santé. Cela peut inclure l'histoire pondérale, l'historique de régime(s), l'historique de prise en charge pour une perte de poids, le vécu du surpoids, le(s) pathologie(s) actuelle(s), le(s) traitement(s) en cours, l'activité physique pratiquée, les préférences alimentaires du patient, son rythme de vie (organisation familiale, professionnelle...), etc. Si c'est l'ergothérapeute qui réalise la première consultation, l'aspect médical des données seront à voir en collaboration avec le médecin.

Une fois toutes les données récoltées, le professionnel peut commencer à mettre en place le suivi adapté au cas du patient. Ceci implique des recommandations pour modifier ses habitudes de vie, des conseils sur l'alimentation et l'activité physique, les différents outils proposés, etc.

A la fin du rendez-vous, il est important de finir en demandant ce que le patient a retenu de cette consultation et ce qu'il se sent prêt à mettre en place. Lors de la prochaine consultation, il faudra évaluer avec lui s'il a pu mettre les choses en place, comme discuté auparavant, ou s'il a rencontré des difficultés à le faire.

Le suivi peut être organisé à intervalles réguliers afin d'évaluer la progression de la personne, maintenir sa motivation et apporter des ajustements si nécessaire ou en fonction des difficultés rencontrées (Quilliot et al., 2010).

La durée optimale du suivi dépend des besoins individuels du patient et de plusieurs facteurs tels que le poids initial du patient, le rythme de perte de poids, les objectifs de perte de poids ainsi que les changements réalisés dans les habitudes de vie du patient. En général, il est recommandé de suivre la progression de perte de poids sur une période d'au moins six mois à un an pour obtenir des résultats significatifs et durables. Il est à adapté à chaque cas (Quilliot et al., 2010).

Quand rediriger

Il peut y avoir plusieurs raisons de rediriger un patient vers un autre professionnel de la santé. Notamment quand l'accompagnement du patient nécessite des compétences spécifiques qui ne font pas partie de son champ de compétence. C'est le cas, si le patient présente des TCA ou des troubles psychologiques associés à l'obésité, s'il a besoin de soutien psychologique, s'il a une

mauvaise image de soi, de son corps, peu confiance en lui, peu d'estime de soi, s'il a des troubles émotionnels comme la dépression, l'anxiété, le stress et que ceux-ci influencent leur l'alimentation et le poids. Si le patient se sent dépassé par sa relation avec la nourriture, il convient de le référer à un psychologue. La redirection du patient vers un autre professionnel de la santé se fait dans le but de garantir une prise en charge complète et efficace. La collaboration entre professionnels de la santé permet d'assurer un suivi complet et de qualité, afin d'améliorer la santé et le bien-être de la personne. La redirection varie d'un patient à l'autre, en fonction de ses besoins et de son état de santé.

Lorsqu'il est question de rediriger le patient vers un diététicien ou de collaborer avec celui-ci, notamment si le patient souhaite une évaluation plus approfondie de sa composition corporelle, de son taux métabolique, s'il aimerait obtenir un plan alimentaire personnalisé ou qu'il a besoin d'une alimentation spécifique liée à une comorbidité (le diabète, par exemple), le site de l'UPDLF, qui regroupe les diététiciens agréés, peut être consulté. Dans les filtres la commune du patient ainsi que la spécialité souhaitée, ici par exemple « surpoids/obésité » peuvent être introduit. Ceci afin de trouver des diététiciens proches de chez eux.

Petite précision par rapport à l'outil

Cette fiche type est un outil, ce n'est qu'un guide, un fil rouge, une proposition de ligne de conduite à suivre. En fonction de la situation du patient et de la manière dont le suivi se déroule, certaines questions ne sont pas à poser à certains patients. Le suivi est à adapter au cas par cas.

Nous avons formé le médecin et l'ergothérapeute à la bonne utilisation de l'outil. Nous avons également appuyé sur le fait qu'il fallait éviter d'être rigide, chaque patient avance à son rythme et selon les efforts qu'il est disposé à faire.

3.3.3. Modifications de la fiche type

Cet outil permet de donner quelques pistes aux professionnels de la santé de la MME afin d'accompagner leurs patients en surpoids ou obèses. Leur demande est qu'ils sachent quelles « informations pertinentes », basées sur des données probantes, ils peuvent donner à leur patient et où ils peuvent les trouver. Ces patients ne vont souvent pas/plus voir de diététicien soit parce que c'est trop cher, soit parce qu'ils ont eu des mauvaises expériences dans le passé ou encore

parce qu'ils font confiance uniquement au personnel de la MME... S'ils ne trouvent pas l'aide qu'ils cherchent à la MME, il y a un risque de désinformation.

Les données et outils employés dans cette fiche type sont « généralistes » et utilisées comme une première approche par le personnel de la MME. Ce sont des données qui sont accessibles aux professionnels de la santé en général. Cela, pour être certain qu'ils dispensent les informations correctes sans dépasser leurs compétences.

Les médecins ont l'obligation de reconnaître l'obésité comme une maladie et d'aider leurs patients avec des programmes de prévention et de traitements appropriés pour l'obésité et les comorbidités. Toutefois, tous les professionnels de la santé ont un rôle à jouer dans la prévention et le traitement de l'obésité (Yumuk et al., 2015).

L'outil a été revu plusieurs fois avec l'ergothérapeute et le médecin qui ont lancé le projet « Ma santé, ma forme ». Nous avons pris le temps de bien leur expliquer l'outil et de le passer en revue, de répondre à leurs questions et nous avons modifié certaines choses suite à leurs retours en fonction de leur expérience et de la réalité du terrain.

L'outil a également été parcouru avec Madame Aude Lienart, diététicienne agréée qui prône l'alimentation intuitive¹⁵. Par son expérience lors de ses consultations avec des personnes en surpoids ou obèses et ses connaissances en psychologie et en alimentation intuitive, son aide a été précieuse afin d'améliorer l'outil. Elle a mis l'accent sur certains mots utilisés qui pourraient être mal perçus par les personnes en surpoids ou obèses. Par exemple le terme « calories » qui peut être mal perçu et plutôt parler d'« énergie » ou le terme « collation » plutôt que « grignotage ». Elle insiste sur le principe du non-jugement. Le patient doit se sentir à l'aise et dans un cadre bienveillant. Elle a également suggéré d'intégrer une question sur la relation des personnes avec leur alimentation, etc.

Nous nous sommes entretenus avec une dame qui a traversé un parcours difficile en tant qu'ancienne obèse. Par son témoignage, nous comprenons mieux les difficultés qu'elle a pu

¹⁵ Définition : « Une manière adaptative de manger qui maintient des liens forts avec les signes physiologiques de faim et de satiété. Elle comporte quatre éléments : la permission inconditionnelle de manger quand et quelle que soit la nourriture désirée, manger pour des raisons physiques plutôt qu'émotionnelles, se fier aux signaux de faim et de satiété pour déterminer quand et combien manger, et la congruence des choix corps-aliments. » (Barrada et al., 2018).

rencontrer dans son quotidien, ainsi que lors de différents suivis de son obésité avec des professionnels de la santé. Au cours de notre conversation, elle a fait part des commentaires négatifs, des discriminations, des jugements, etc. auxquels elle a dû faire face ainsi que les difficultés telles que le manque de vêtements « grande taille » dans les magasins, de ne pas être prise pour certains jobs, les sièges non adaptés dans l'avion ou lors des consultations. L'un des éléments clés souligné par elle était le principe de non-jugement. Elle a également précisé que les personnes obèses sont souvent blâmées et stigmatisées, ce qui ne fait qu'ajouter au fardeau qu'elles portent déjà. Au lieu de cela, elle a parlé du fait de déculpabiliser les personnes obèses et leur donner un espace sûr, en toute bienveillance pour s'exprimer sur leurs besoins, leurs craintes et leurs préoccupations. Elle a également abordé la question du plaisir alimentaire, un aspect qui peut vite être négligé lors d'un suivi pour perte de poids. Lors du suivi, il est important d'en tenir compte, car l'alimentation est une source de plaisir, de confort et de réconfort qui ne doit pas être « sacrifiée ». En collaboration avec le patient, il faut trouver des moyens de maintenir les habitudes alimentaires plus saines et plus équilibrées au long terme. Ce témoignage nous permet d'améliorer l'outil en fonction du vécu d'une personne obèse et a mis en lumière les nombreux obstacles auxquels ces personnes sont confrontées lorsqu'elles veulent perdre du poids et améliorer leur santé. Cette conversation a également souligné l'importance de l'empathie, la compréhension et du soutien pour aider les personnes obèses à atteindre leurs objectifs.

3.3.4. Forme de la fiche type

En concertation avec le public cible, la forme de l'outil est neutre car il sera ajouté au dossier informatisé du patient afin que tous les professionnels de la santé de la MME puissent y avoir accès.

L'outil a la forme d'une fiche type pour le suivi du patient. Il y a une version de la fiche que le professionnel de santé utilise lors de ses consultations avec le patient (cfr. Annexe 10) et une version de la fiche avec des annotations (cfr. Annexe 11) afin d'aider les professionnels de la santé à mieux comprendre l'outil et à lui donner des idées de questions supplémentaires à poser ou comment interpréter certaines informations données par le patient. Les éventuelles questions à poser au patient sont marquées en orange et en italique. Les informations complémentaires, afin que les professionnels de santé puissent mieux comprendre ce qui est noté, sont indiquées

en orange. Ceci afin de bien visualiser et démarquer les annotations. Les liens vers les différents outils ou sites se trouvent également dans la fiche pour les professionnels.

3.3.5. Co-construction de la fiche type

En collaboration avec l'ergothérapeute et le médecin de la MME, nous avons élaboré la fiche type au cours de plusieurs réunions. Nous avons commencé par identifier les besoins de ces professionnels de la santé en discutant avec eux. Ensuite, nous avons pu observer plusieurs consultations de suivi encadrées par l'ergothérapeute afin de voir la réalité du terrain. Suite à cela, nous avons proposé un fil conducteur de suivi, en intégrant les questions qu'ils avaient l'habitude de poser et en rajoutant certaines questions qui nous semblaient pertinentes. Nous avons regardé ensemble les outils que nous connaissions et qui pouvaient être intéressants pour le suivi. Ils ont également demandé des outils spécifiques, tels que des informations sur le calcul du Nutri-Score, comment motiver un patient à bouger plus, etc.

Afin d'évaluer l'efficacité et l'acceptabilité de l'outil, il aurait dû être testé lors d'une consultation. Malheureusement, faute de temps, nous n'avons pas eu la possibilité de le faire. Cependant, il est prévu que l'outil soit testé lors d'une prochaine consultation prévue avec une nouvelle patiente en juin.

Grâce à la collaboration étroite avec les participants, nous avons créé un outil répondant à leurs demandes et fournissant les informations nécessaires pour le suivi des patients en surpoids ou obèse. Cette co-construction a permis de créer un outil pratique et adapté aux besoins des professionnels de la santé, qui pourra être utilisé dans le cadre du suivi des patients.

3.3.6. Retour des professionnels sur la fiche type

L'ergothérapeute et le médecin ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis de la fiche type. En effet, depuis le début du projet « Ma santé, ma forme », ils avaient une idée de la structure de suivi qu'ils souhaitaient mettre en place, mais ils manquaient de temps et de connaissances pour trouver les outils validés nécessaires à sa réalisation. Ils sont donc ravis du nombre et de la diversité des outils proposés, qui leur ont permis de compléter leur propre vision de la fiche type. Ils ont également souligné l'utilité de regrouper toutes les informations dans un seul

document. Ils estiment que cela facilite considérablement leur travail et évite la dispersion des informations. De plus, ils apprécient le fait que le travail de vérifications des sources ait été effectué ainsi que d'avoir une version de la fiche comprenant des annotations comme des idées de questions de relance, certaines précisions, etc.

3.3.7. Limites de la fiche type

L'outil ne prend pas en compte le bilan calorique du carnet alimentaire du patient car les non-diététiciens ne sont pas formés à cela. Par conséquent, nous n'avons pas de notion de combien de calories le patient ingère par jour et par semaine type, ni la proportion des différents macronutriments par repas.

Le suivi d'une perte de poids est à adapter au cas par cas. Le professionnel de la santé peut ne pas trouver de réponse à certaines questions dans cet outil. Celui-ci se veut le plus « généraliste » possible mais il y manque certainement certaines données, en raison, notamment au manque de personnes suivies pour l'instant dans ce projet.

Le nombre de patients suivis est assez limité pour l'instant. En effet, le projet n'est qu'en phase de test et l'ergothérapeute et le médecin ont d'autres projets à gérer en parallèle. Par conséquent, il y a des périodes où ils s'attardent plus sur le projet et d'autres moins. C'était le cas notamment lors du second quadrimestre de cette année académique.

Dans l'idéal, le suivi devrait être réalisé en collaboration avec un diététicien. Malheureusement, la MME n'a ni le budget, ni la place pour engager un diététicien au sein de la maison médicale. De plus, les non-diététiciens ne sont pas suffisamment formés pour aider les patients à perdre du poids. C'est pour cela qu'ils ne doivent pas hésiter à rediriger les patients si nécessaire ou à travailler en collaboration avec des diététiciens (hors de la maison médicale).

Comme mentionné plus haut, nous n'avons malheureusement pas eu l'opportunité de tester la fiche type lors d'une consultation. Cela aurait pu permettre de vérifier si la fiche est facile d'utilisation, collecte toutes les informations nécessaires et si elle est bien adaptée à la réalité du terrain.

CONCLUSION

L'obésité est une problématique de plus en plus répandue dans le monde et en Belgique. En impliquant les professionnels de la santé de la MME, nous avons élaboré un outil, une fiche type, qui donne des lignes directrices et certaines sources de qualité auxquelles les professionnels de la santé peuvent se fier lors de leur accompagnement des patients en surpoids et obèses qui viennent leur demander de l'aide. La fiche type donne des solutions concrètes et est applicable sur le terrain. Elle contient des informations générales et accessibles aux professionnels de la santé. En effet, eux aussi se plaignent de la désinformation sur Internet et souhaitaient avoir accès à des sources confirmées.

La recherche-action est une méthode de recherche pratique et concrète, qui permet de développer des solutions durables et adaptées à une problématique spécifique. Dans le cadre de ce mémoire, elle a été utilisée pour améliorer la pratique des professionnels de la santé de la maison médicale tout en les impliquant dans la création de l'outil.

Nous espérons que les patients puissent en apprendre davantage sur une alimentation saine et équilibrée et trouvent leurs propres moyens (en fonction de leurs préférences, de ce qui semble faisable pour eux, de ce qui leur procure plus de bien-être,...) de bouger plus et de perdre du poids de manière durable. De plus, à leur tour ils pourraient amener leur entourage à améliorer leurs habitudes de vie ou à les encourager à consulter à la MME ou ailleurs.

Il est important de souligner que cet outil ne remplace pas un suivi diététique ou médical professionnel. Il est utilisé dans le cas où le patient ne souhaite pas/plus consulter un diététicien et qu'il demande explicitement de l'aide à la MME.

En tant que professionnel de la santé, nous avons tous un rôle de prévention à jouer afin de limiter le surpoids et l'obésité.

L'outil élaboré dans ce mémoire pourrait être peaufiné en fonction des retours du terrain. En effet, cet outil est un premier jet et n'a, pour certaines raisons, pas pu être évalué sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE

Accueil. (s. d.). *Maison Médicale Essegheem*. Disponible à l'adresse :

<https://maisonmedicaleessegheem.be/accueil/>, consulté le 26 octobre 2022.

Activité physique. (s. d.). *Organisation Mondiale de la Santé*. Disponible à l'adresse

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>, consulté le 12 janvier 2023.

ALBUQUERQUE, D., NOBREGA C., MANCO, L. & PADEZ C. (2017). The contribution of genetics and environment to obesity. *British Medical Bulletin*, 123(1), 159-173.

<https://doi.org/10.1093/bmb/ldx022>, consulté le 12 janvier 2023.

BARON, M., FROGUEL, P., & BONNEFOND, A. (2020). Du nouveau dans la génétique des formes monogéniques d'obésité et son impact pour mieux en comprendre la physiopathologie. *Médecine/sciences*, 36(10), Article 10.

<https://doi.org/10.1051/medsci/2020156>, consulté le 22 février 2023.

BARRADA, J. R., CATIVIELA, B., VAN STRIEN, T., & CEBOLLA, A. (2020). Intuitive Eating. *European Journal of Psychological Assessment*, 36(1), 19-31.

<https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000482>, consulté le 12 janvier 2023.

BAYON V., LAABAN J.P., LEGER D. (2007). *La revue du praticien*, 57.

BENYAMINA, A. (2016). Modèle transthéorique du changement. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 311-314). Lavoisier. <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-p-311.htm>, consulté le 12 février 2023.

BERDAH, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(3), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.03.010>, consulté le 12 février 2023.

Bienvenue sur Food in Action—Info nutrition & diététique. (2017, février 2). *Food in action*. <https://www.foodinaction.com/>, consulté le 16 mars 2023.

CARDINELLI, C. S., SALA, P. C., ALVES, C. C., TORRINHAS, R. S., & WAITZBERG, D. L. (2015). Influence of Intestinal Microbiota on Body Weight Gain : A Narrative Review of the Literature. *Obesity Surgery*, 25(2), 346-353. <https://doi.org/10.1007/s11695-014-1525-2>, consulté le 16 février 2023.

Carte des Communes. (s. d.). *BeBrussels*. Disponible à l'adresse : https://be.brussels/a-propos-de-la-region/les-communes-de-la-region-de-bruxelles-capitale/carte-des-communes/image_view_fullscreen, consulté le 26 octobre 2022.

CHAPUT, J.-P. (2014). Sleep patterns, diet quality and energy balance. *Physiology & Behavior*, 134, 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2013.09.006>, consulté le 25 février 2023.

CIANGURA, C., FAUCHER, P., & OPPERT, J.-M. (2014). Activité physique, nutrition et obésité. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28(4), 279-286. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2014.08.001>, consulté le 16 mars 2023.

CLAVREUL, H., & ALBUQUERQUE, S. (2020). *La recherche-action, une démarche méthodologique pour renforcer la pratique* [Application/pdf]. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V6N1.172>, consulté le 16 mars 2023.

CROCQ, M.-A., & GUELFY, J.-D. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd). *Elsevier Masson*.

DURRER D., SCHUTZ Y. (2009). Utilité des outils pratiques pour la prise en charge de l'obésité au cabinet médical. *PrimaryCare*, 9(07), 132-136. <https://doi.org/10.4414/pc-f.2009.08335>, consulté le 23 février 2023.

Dépense énergétique (s. d.). *LAROUSSE*. Disponible à l'adresse : https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/d%C3%A9pense_%C3%A9nerg%C3%A9tique/12440, consulté le 8 janvier 2023.

Emploi et chômage. (s.d.) *Statbel*. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/marche-du-travail/emploi-et-chomage#panel-11>, consulté le 21 décembre 2022.

En quelques mots... (2013). *Fédération des maisons médicales*. Disponible à l'adresse <https://www.maisonmedicale.org/En-quelques-mots.html>, consulté 25 octobre 2022.

Faim (s. d.). LAROUSSE. Disponible à l'adresse <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/faim/51033>, consulté 15 avril 2023,

FAUCHER, P., & POITOU, C. (2016). Physiopathologie de l'obésité. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 83(1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2015.08.002>, consulté le 12 février 2023.

FORTINI, C., & DAEPPEN, J.-B. (2011). L'entretien motivationnel : Développements récents. *Psychothérapies*, 31(3), 159-165. <https://doi.org/10.3917/psys.113.0159>, consulté le 16 février 2023.

FULTON, M., & SRINIVASAN, V. N. (2023). Obesity, Stigma And Discrimination. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554571/>, consulté le 23 mars 2023.

GIUSTI, V. (2006). Le parcours thérapeutique du patient obèse. *Revue Médicale Suisse*. Consulté le 21 février 2023.

GOLAY, A., CARRARD, I., HAENNI, C., & REINER, M. (2005). Obésité et troubles du comportement alimentaire : Comment faire ? *Rev Med Suisse*, 012, 825-829.

GUGGENBUHL N. (2019). La «Goutte des Boissons». *Food in action*. <https://www.foodinaction.com/la-goutte-des-boissons/>, consulté le 21 mars 2023.

Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. (2023, 11 janvier). *Haute Autorité de Santé*. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-02/guide._parcours_surpoids-obesite_de_ladulte.pdf, consulté le 18 avril 2023.

HandPortions. (s. d.). *Nubel*. Disponible à l'adresse <https://www.nubel.be/handportions/>, consulté le 18 avril 2023.

HEADEY, D. D., & ALDERMAN, H. H. (2019). The Relative Caloric Prices of Healthy and Unhealthy Foods Differ Systematically across Income Levels and Continents. *The Journal of Nutrition*, 149(11), 2020-2033. <https://doi.org/10.1093/jn/nxz158>, consulté le 18 avril 2023.

HEINDEL, J. J., NEWBOLD, R., & SCHUG, T. T. (2015). Endocrine disruptors and obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, 11(11), Article 11. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2015.163>, consulté le 21 février 2023.

Historique. (s.d.). *Maison Médicale Essegheem*. Disponible à l'adresse : <https://maisonmedicaleesseghem.be/historique/>, consulté le 26 octobre 2022.

Jette (s.d.). *IBSA*. Disponible à l'adresse : <https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/jette>, consulté 26 octobre 2022.

L'Aventure Sensorielle dans l'Alimentation. (s. d.). *PIPSa*. Disponible à l'adresse <https://www.pipsa.be/outils/detail-2139613920/l-aventure-sensorielle-dans-l-alimentation.html#>, consulté 14 avril 2023.

LAWRENCE V. J., KOPELMAN P. G. (2004). Medical consequences of obesity. *Clinics in Dermatology*, 22(4), 296-302. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2004.01.012> , consulté le 11 octobre 2022.

Maison médicale : Une prise en charge forfaitaire des soins de santé. (2022). *INAMI*. Disponible à l'adresse : https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-medicales/Pages/default.aspx#%E2%80%8BQu_est-ce_qu'une_maison_m%C3%A9dicale , consulté le 20 octobre 2022.

Maisons médicales. (2016). *SPF Santé publique*. Disponible à l'adresse : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/normes-6>, consulté le 20 octobre 2022.

Manger trop vite favorise obésité et syndrome métabolique. (2018, janvier 31). *Food in action*. <https://www.foodinaction.com/manger-vite-obesite-syndrome-metabolique/>, consulté le 12 mars 2023.

MASTELLOS, N., GUNN, L. H., FELIX, L. M., CAR, J., & MAJEED, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database of*

Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008066.pub3>, consulté le 8 février 2023.

MCVAY, M., STEINBERG, D., ASKEW, S., & BENNETT, G. G. (2019). Provider Counseling and Weight Loss Outcomes in a Primary Care-Based Digital Obesity Treatment. *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 992-998. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04944-5>, consulté le 12 mars 2023.

MORIN, M.-C. (2007). Méthodes d'évaluation de la prise alimentaire. In N. Cano, D. Barnoud, S. M. Schneider, M.-P. Vasson, M. Hasselmann, & X. Leverve (Éds.), *Traité de nutrition artificielle de l'adulte* (p. 541-553). Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-287-33475-7_39, consulté le 8 février 2023.

Mouvement sur Référence. (s. d.). *Huis voor Gezondheid*. Disponible à l'adresse <https://www.huisvoorgezondheid.be/zorgverlener/innovatie/mouvementsurreferentie/>, consulté 1 avril 2023.

Notre philosophie. (s.d.). *Maison Médicale Esseghem*. Disponible à l'adresse <https://maisonmedicaleesseghem.be/la-philosophie-du-forfait/>, consulté le 26 octobre 2022.

Nutrigraphics : Comment est calculé le Nutri-Score? (2019, juillet 23). *Food in action*. <https://www.foodinaction.com/nutrigraphics-calcule-nutri-score/>, consulté le 8 avril 2023.

Obéissance (psychologie), Une explication : L'état agentique. (s.d.). *Encyclopædia Universalis*.

Disponible à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/obeissance-psychologie/2-une-explication-l-etat-agentique/>, consulté 2 avril 2023.

Obésité de l'adulte : Améliorer la prise en charge médicale des cas les plus sévères. (s. d.).

Haute Autorité de Santé. Disponible à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3346198/fr/obesite-de-l-adulte-ameliorer-la-prise-en-charge-medicale-des-cas-les-plus-severes, consulté 6 février 2023.

Obésité et surpoids. (2020). *Organisation Mondiale de la Santé*. Disponible à l'adresse

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, consulté le 22 septembre 2022.

PAQUOT, N. (s. d.). L'obésité : Un modèle d'interactions complexes entre génétique et environnement. *Rev Med Liège*. Consulté le 21 février 2023.

Prise en charge de l'obésité de l'adulte. (2010). *La Presse Médicale*, 39(9), 930-944.

<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2010.05.017>, consulté le 21 mars 2023.

QUILLIOT, D., ROCHE, G., MOHEBBI, H., SIRVAUX, M.-A., BÖHME, P., & ZIEGLER,

O. (2010). Prise en charge de l'obésité de l'adulte. *La Presse Médicale*, 39(9), 930-944.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2010.05.017>, consulté le 14 mars 2023.

Revenu d'intégration sociale (s.d.). *Droits Quotidiens - Le langage juridique clair*. Disponible à l'adresse <https://www.droitsquotidiens.be/fr/lexique/revenu-dintegration-sociale>, consulté 21 décembre 2022.

SAMDAL, G. B., EIDE, G. E., BARTH, T., WILLIAMS, G., & MELAND, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>, consulté le 14 mars 2023.

Satiété : Définition simple et facile du dictionnaire. (2021, janvier 4). *L'Internaute*. Disponible à l'adresse : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/satiete/>, consulté le 8 avril 2023.

STADLER, M., TOMANN, L., STORKA, A., WOLZT, M., PERIC, S., BIEGLMAYER, C., PACINI, G., DICKSON, S. L., BRATH, H., BECH, P., PRAGER, R., & KORBONITS, M. (2014). Effects of smoking cessation on β -cell function, insulin sensitivity, body weight, and appetite. *European Journal of Endocrinology*, 170(2), 219-227. <https://doi.org/10.1530/EJE-13-0590>, consulté le 14 février 2023.

Technique de la gastrectomie longitudinale. (2009). *Haute Autorité de Santé*. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_gastrectomie_080909.pdf, consulté le 23 novembre 2022.

Technique du bypass gastrique (2009). *Haute Autorité de Santé*. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/fiche_technique_bypass_080909.pdf, consulté le 23 novembre 2022.

Une assiette équilibrée. (s. d.). *Diabète Québec*. Disponible à l'adresse : <https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/alimentation/trucs-et-conseils/une-assiette-equilibree/>, consulté 11 avril 2023.

WHARTON S., LAU D. C. W., VALLIS M., SHARMA A. M., BIERTHO L., CAMPBELL-SCHERER D., ADAMO K., ALBERGA A., BELL R., BOULE N., BOYLING E., BROWN J., CALAM B., CLARKE C., CROWSHOE L., DIVALENTINO D., FORHAN M., FREEDHOFF Y., GAGNER M., ... WICKLUM S. (2020). Obesity in adults : A clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 192(31), E875-E891. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1503/cmaj.191707>, consulté le 13 octobre 2022.

VAN DER SCHUEREN B., THISSEN J.P., BAREA M., LANNOO M., GIES I., DEVLIEGER R., BEAULOYE V., LEMBO B., DIRINCK E., VERRIJKEN A., VISSERS D. (2020). Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité. *Belgian Association for the Study of Obesity*. 1 – 195. Disponible à l'adresse : https://belgium.easo.org/wp-content/uploads/2020/02/BASO_consensus_2020_French_main.pdf, consulté le 22 novembre 2022.

VELAPATI, S. R., SHAH, M., KUCHKUNTLA, A. R., ABU-DAYYEH, B., GROTHE, K.,

HURT, R. T., & MUNDI, M. S. (2018). Weight Regain After Bariatric Surgery : Prevalence, Etiology, and Treatment. *Current Nutrition Reports*, 7(4), 329-334. <https://doi.org/10.1007/s13668-018-0243-0>, consulté le 23 février 2023.

Vignette thérapeutique de l'étudiant. Obésité et troubles du comportement alimentaire. (s. d.). *Revue Médicale de Liège*. Disponible à l'adresse : <https://rmlg.uliege.be/article/3430?lang=en>, consulté 6 avril 2023.

WATERMAN, H., TILLEN, D., DICKSON, R., & de KONING, K. (2001). Action research : A systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment*, 5(23). <https://doi.org/10.3310/hta5230>, consulté le 22 janvier 2023.

WEHMEYER, M. L., SHOGREN, K. A., LITTLE, T. D., & LOPEZ, S. J. (Éds.). (2017). *Development of Self-Determination Through the Life-Course*. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-024-1042-6>, consulté le 14 mars 2023.

YUMUK, V., TSIGOS, C., FRIED, M., SCHINDLER, K., BUSETTO, L., MICIC, D., & TOPLAK, H. (2015). European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obesity Facts*, 8(6), 402-424. <https://doi.org/10.1159/000442721>, consulté le 1 avril 2023.

ZERON-RUGERIO, M. F., HERNAEZ, Á., PORRAS-LOAIZA, A. P., CAMBRAS, T., & IZQUIERDO-PULIDO, M. (2019). Eating Jet Lag : A Marker of the Variability in Meal Timing and Its Association with Body Mass Index. *Nutrients*, 11(12), Article 12. <https://doi.org/10.3390/nu11122980>, consulté le 18 avril 2023.

ANNEXES

Annexe 1. L'Épi Alimentaire

Annexe 2. Test de succès thérapeutique

Annexe 3. Carnet alimentaire

Annexe 4. La Goutte des Boissons

Annexe 5. Une assiette équilibrée

Annexe 6. Jeu de mains, jeu de portions

Annexe 7. Questionnaire de Marshall

Annexe 8. Obstacles ressentis et conseils

Annexe 9. Les dépenses énergétiques

Annexe 10. Fiche pour suivi patient : Accompagnement d'une personne en surpoids ou obèse

Annexe 11. Fiche pour professionnel : Accompagnement d'une personne en surpoids ou obèse

