Éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité et rôle du pharmacien d'officine

Gwendoline Foucher

▶ **To cite this version:**

Gwendoline Foucher. Éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité et rôle du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03064841

HAL Id: dumas-03064841

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03064841

Submitted on 14 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE

U.F.R. Santé
Faculté des Sciences Pharmaceutiques

THESE

Pour obtenir le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

Éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité et rôle du pharmacien d'officine

Présentée par
Gwendoline FOUCHER

Soutenue publiquement le 22 juin 2020
devant le jury composé de

Mme Virginie PREVOST	Docteur en pharmacie et Enseignant Chercheur UFR santé de Caen et Unité de Recherche Interdisciplinaire pour la Prévention et le Traitement des Cancers Centre François Baclesse de Caen	Président du jury et directeur de thèse
Mme Lola CARAVACA	Infirmière diplômée d'État et coordinatrice ETP à PLANETH Patient	Co-directeur de thèse
Mme Mathilde LECHEVREL	Docteur en pharmacie et Enseignant Chercheur UFR santé de Caen et département de toxicologie	Examinateur

Thèse dirigée par Virginie Prévost et Lola Caravaca

UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE

U.F.R. Santé
Faculté des Sciences Pharmaceutiques

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS

Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques
Professeur Michel BOULOUARD

Assesseurs
Professeur Pascale SCHUMANN-BARD
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe
Madame Emmanuelle BOURDON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel* ..... Physiologie, Pharmacologie
BUREAU Ronan..... Biophysique, Chémoinformatique
COLLOT Valérie* ..... Pharmacognosie
DALLEMAGNE Patrick* ..... Chimie médicinale
DAUPHIN François* ..... Physiologie, Pharmacologie
DELEPEE Raphaël..... Chimie analytique
FABIS Frédéric* ..... Chimie organique
FRERET Thomas..... Physiologie, Pharmacologie
GARON David*..... Botanique, Mycologie, Biotechnologies
GIARD Jean-Christophe ..... Bactériologie, Virologie
MALZERT-FREON Aurélie..... Pharmacie galénique
ROCHAIS Christophe ..... Chimie organique
SCHUMANN-BARD Pascale* ..... Physiologie, Pharmacologie
SICHEL François*..... Toxicologie
SOPKOVA Jana..... Biophysique, Drug design
VOISIN-CHIRET Anne-Sophie*..... Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR* ..... Biochimie, Toxicologie
BOUET Valentine – HDR..... Physiologie, Pharmacologie

CAILLY Thomas – HDR..... Chimie bio-inorganique, Chimie organique
DENOYELLE Christophe – HDR..... Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie
DHALLUIN Anne* ..... Bactériologie, Virologie, Immunologie
ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR* ..... Parasitologie, Mycologie médicale
GROO Anne-Claire*..... Pharmacie galénique
KIEFFER Charline* ..... Chimie médicinale
KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier) **– HDR*** ..... Biologie clinique
LAPORTE-WOJCIK Catherine* ..... Chimie bio-inorganique
LEBAILLY Pierre – HDR..... Santé publique
LECHEVREL Mathilde – HDR* ..... Toxicologie
LEGER Marianne* ..... Physiologie, Pharmacologie
LEPAILLEUR Alban – HDR..... Modélisation moléculaire
N'DIAYE Monique* ..... Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique
PAIZANIS Eleni*..... Physiologie, Pharmacologie
PEREIRA-ROSENFELD Maria de Fatima ..... Chimie organique et thérapeutique
POTTIER Ivannah..... Chimie et toxicologie analytiques
PREVOST Virginie – HDR* ..... Chimie analytique, Nutrition, Éducation thérapeutique du patient
QUINTIN Jérôme*..... Pharmacognosie
RIOULT Jean-Philippe*..... Botanique, Mycologie, Biotechnologies
SINCE Marc* ..... Chimie analytique
VILLEDIEU Marie – HDR..... Biologie et thérapies innovantes des cancers

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

PRICOT Sophie..... Anglais

PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)

SAINT-LORANT Guillaume* ..... Pharmacie clinique
SEDILLO Patrick* ..... Pharmacie officinale
RICHARD Estelle* ..... Pharmacie officinale

UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

U.F.R. Santé
Faculté des Sciences Pharmaceutiques

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

JOURDAN Jean-Pierre*

***Enseignants titulaires du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie**

Remerciements

À Madame Virginie Prévost

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. Je vous suis reconnaissante de votre implication et de l'intérêt que vous avez porté pour mon travail. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir l'éducation thérapeutique ; c'est grâce à vos enseignements que j'ai pu trouver mon sujet de thèse.

À Madame Lola Caravaca

Je vous remercie d'avoir accepté de codiriger cette thèse. Je vous sais gré de votre implication, votre aide précieuse que vous m'avez apportée tout au long de ce travail et de tous les conseils lors de la correction de cette thèse.

À Madame Mathilde Lechevrel

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury. Votre implication pendant la formation en ETP notamment en addictologie a été une grande source d'inspiration à mes travaux.

À tous les professionnels de santé de PLANETH PATIENT

Je vous remercie d'avoir accepté que je participe à vos ateliers. La découverte de la pratique de l'éducation thérapeutique et le partage de vos expériences m'a été indispensable pour la bonne réalisation de cette thèse.

À mes parents

Merci pour votre présence, votre patience et votre soutien tout au long de ces années d'études. Vous êtes des parents formidables, je vous aime.

À mon frère et ma sœur

Merci pour tous ces moments passés ensemble et le soutien dans les moments difficiles. J'espère que vous irez loin dans toutes vos études.

À mes amis (Anne-Laure, Antoine, Benjamin, Camille, Chloé, Claire, Clara, Juliette, Quentin)

A tous ces moments que nous avons passés ensemble : cours, matinées, après-midi, soirées, vacances … J'espère qu'il y en aura encore pleins d'autres. Un merci tout particulier à mes deux acolytes officinaux Camille et Claire, pour ces deux dernières années d'études à nous soutenir mutuellement. Merci aussi à Quentin pour tous les « dimanche-thèse ».

À ma binôme Gaëlle

Merci pour ton sérieux et ton implication lors des travaux pratiques/dirigés et présentations orales. Nous avons toujours réussi à maintenir notre amitié malgré nos nombreuses disputes pendant ces travaux.

A ma belle-famille

Pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé dès le premier jour et la gentillesse dont vous faites chaque fois preuve à mon égard.

Enfin : à toi mon amour,

Merci pour ton humour, ton soutien quotidien et pour tout le reste depuis toutes ces années… Surtout de me supporter malgré mon caractère. La fin de cette thèse coïncide avec, je l'espère, le début de jolies choses pour nous.

Sommaire

Table des abréviations 7

Table des figures 9

Table des tableaux 11

Introduction 13

1. Rappels élémentaires sur l'obésité 15

1.1 Description 15

1.1.1 Définitions 15

1.1.2 Les compartiments corporels 15

1.2 Diagnostic 16

1.2.1 Indice de masse corporelle 17

1.2.2 Le périmètre abdominal ou tour de taille 18

1.2.3 Le rapport tour de taille/ tour des hanches 19

1.3 Épidémiologie de l'obésité 20

1.3.1 Prévalence dans le monde 20

1.3.2 Prévalence en France 20

1.3.2.1 Inégalité entre les sexes 21

1.3.2.2 Déséquilibre entre les âges 22

1.3.2.3 Disparités socio-économiques 23

1.3.2.4 Disparités régionales 24

1.4 Éléments physiologiques et physiopathologiques 26

1.4.1 Régulation de la prise alimentaire 26

1.4.1.1 Centres de régulation de la prise alimentaire 26

1.4.1.2 La régulation hormonale 27

1.4.2 Physiopathologie de l'obésité 29

1.4.2.1 Phase dynamique ou de constitution 29

1.4.2.2 Phase de maintien ou statique de l'obésité 30

A. Modification du tissu adipeux 30

B. Résistance à la leptine 30

1.5 Les facteurs de risques 31

1.5.1 Terrain génétique 31

1.5.1.1 Obésités monogéniques 31

1.5.1.2 Obésités polygéniques 32

1.5.2 Facteurs environnementaux et nutritionnels 32

1.5.2.1 Modification de l'alimentation 32

1.5.2.2 Sédentarité 33

1.5.2.3 Changement d'habitudes de vie 33

1.5.2.4 Diminution du temps de sommeil 34

1.5.3 Causes psychologiques 34

1.5.4 Causes iatrogènes 34

1.5.5 Causes endocriniennes 35
1.5.6 Flore intestinale 35
1.6 Conséquences de l'obésité 36
1.6.1 Physiopathologie des complications 36
1.6.2 Différents types de complications 37
1.6.2.1 Complications métaboliques 39
1.6.2.2 Complications cardiovasculaires 39
1.6.2.3 Complications veineuses et thromboemboliques 40
1.6.2.4 Complications respiratoires 40
1.6.2.5 Complications hépato-digestives 40
1.6.2.6 Complications rénales 41
1.6.2.7 Complications rhumatologiques et ostéo-articulaires 41
1.6.2.8 Complications urogénitales 41
1.6.2.9 Complications dermatologiques 41
1.6.2.10 Complications psychologiques et sociales 42
1.6.2.11 Cancers 42
1.6.2.12 Modifications pharmacocinétiques 43
1.7 Les diverses prises en charge 45
1.7.1 Conseils diététiques 46
1.7.1.1 Recommandation pour l'ensemble de la population 46
A. Anciennes recommandations alimentaires 46
B. Nouvelles recommandations alimentaires : PNNS 4 (2019- 2023) 47
1.7.1.2 Les points de vigilance nutritionnels pour la personne obèse 51
1.7.1.3 Le Nutri-score 53
1.7.2 Activité physique 53
1.7.2.1 Définition 53
1.7.2.2 Fréquence 54
1.7.2.3 Intensité 54
1.7.2.4 Bénéfices de la pratique d'une activité physique 55
1.7.2.5 Inconvénients de la pratique d'une activité physique 57
1.7.3 Traitement médicamenteux 57
1.7.4 Traitements chirurgicaux de l'obésité 58
1.7.4.1 Indications de la chirurgie 58
1.7.4.2 Contre-indications 59
1.7.4.3 Le suivi préopératoire 59
1.7.4.4 Différentes techniques de chirurgie bariatrique 60
1.7.4.5 Le suivi post-opératoire 64
1.7.4.6 Adaptations posologiques après chirurgie bariatrique 64
1.7.5 Approches non médicamenteuses 65
1.7.5.1 TCC 65
1.7.5.2 Pleine conscience 65
1.7.5.3 Hypnose 66

1.7.5.4 Image corporelle 66
1.7.5.5 EMDR 66
1.7.5.6 Approche systémique 67
1.7.6 Autre démarche non prouvée : les compléments alimentaires 67
1.8 Conclusion 68
2. Éducation thérapeutique de la personne obèse 69
2.1 Généralités sur l'ETP 69
2.1.1 Définition 69
2.1.2 Objectif et finalités de l'ETP 70
2.1.2.1 Acquisition de compétences d'auto-soins 70
2.1.2.2 Acquisition de compétences d'adaptation 71
2.1.3 Qui peut bénéficier d'une éducation thérapeutique du patient ? 72
2.1.3.1 Le patient 72
2.1.3.2 L'entourage du patient 72
2.1.4 Les acteurs de l'ETP 73
2.1.4.1 Les professionnels de santé 73
2.1.4.2 Les autres professionnels 73
2.1.4.3 Les associations et les patients ressources 73
2.1.5 Les compétences pour exercer de l'ETP 73
2.1.5.1 Compétences relationnelles 74
2.1.5.2 Compétences pédagogiques et d'animation 74
2.1.5.3 Compétences méthodologiques et organisationnelles 74
2.1.5.4 Compétences biomédicales et de soins 75
2.1.6 Comment un patient peut-il intégrer un programme d'ETP ? 75
2.1.7 Étapes de l'ETP 75
2.1.7.1 Première étape : Élaborer un diagnostic éducatif 76
2.1.7.2 Deuxième étape : Définir un programme personnalisé d'ETP 77
2.1.7.3 Troisième étape : Planifier et mettre en œuvre des séances d'ETP 78
2.1.7.4 Quatrième étape : Réaliser une évaluation des compétences acquises par le patient 78
2.1.8 Place de l'ETP dans le parcours de soin 79
2.1.9 Les outils utilisés en ETP 79
2.1.9.1 Les outils de communication 79
2.1.9.2 Les outils d'animations 80
2.1.10 La pluridisciplinarité et pluri professionnalité 80
2.2 Élaboration d'un programme d'ETP 80
2.3 Prise en charge d'un parcours patient en situation d'obésité en ambulatoire en Normandie : Exemple du programme ETP porté par PLANETH PATIENT Calvados 81
2.3.1 Présentation de la plateforme 81
2.3.2 Présentation du programme d'ETP sur l'obésité 82
2.3.3 Diagnostic éducatif 82
2.3.4 Différentes séances collectives proposées 82
2.3.4.1 Comprendre sa maladie « Obésité » 82

2.3.4.2 Mieux vivre avec sa maladie « Image de soi » 85
2.3.4.3 Connexion à ses sensations alimentaires (cycle de 6 ateliers) 87
2.3.4.4 Émotions et alimentation 92
2.3.4.5 Mieux vivre son alimentation « Équilibre alimentaire » 96
2.3.4.6 Sucres et graisses 100
2.3.4.7 Lecture des étiquettes 104
2.3.4.8 Adapter son activité physique : Bénéfice de l'activité physique 106
2.3.4.9 Chirurgie de l'obésité : modalités d'intervention chirurgicale 109
2.3.4.10 Chirurgie bariatrique : et après, quelle alimentation ? 111
2.3.5 Séances individuelles 113
2.3.6 Bilan de fin de parcours 113
2.3.7 Outils mis à disposition 113
2.3.8 Modification du programme 113
2.3.9 Retour personnel sur mon expérience de ce programme 114
2.4 ETP de la personne obèse dans le cadre de la prise en charge hospitalière 115
2.4.1 Différentes hospitalisations 115
2.4.1.1 Hospitalisation « nutrition » 115
2.4.1.2 Hospitalisation « chirurgie bariatrique » 115
2.4.1.3 Hospitalisation « post-chirurgie bariatrique » 116
2.4.2 Qu'est-ce qui différencie le milieu hospitalier du milieu ambulatoire (type Planeth patient) ? 116
2.4.3 Journée européenne de l'obésité 116
2.5 Conclusion 117
3. La place du pharmacien dans l'ETP 119
3.1 Les nouvelles missions du pharmacien : loi HPST 119
3.2 Rôle du pharmacien dans une ETP structurée 121
3.2.1 Diagnostic éducatif 121
3.2.2 Ateliers 122
3.2.3 Entretien de fin de parcours 122
3.2.4 Atouts et difficultés de l'ETP structurée 122
3.2.4.1 Les atouts 122
A. Un lieu privilégié d'information 122
B. Un lieu de proximité 123
C. Une relation de confiance pharmacien/ patient 123
D. Un suivi 123
3.2.4.2 Les difficultés 123
A. Manque d'espace 123
B. Manque de temps 124
C. Isolement géographique 124
3.3 Rôle du pharmacien dans le cadre de son exercice officinal hors ETP structurée 124
3.3.1 Activités éducatives ciblées de proximité 125
3.3.2 Posture éducative 126

3.3.2.1 Principe 127
3.3.2.2 Mise à disposition d'informations 127
3.3.2.3 Campagnes de communication 128
3.3.2.4 Observance des supplémentations en post-chirurgie bariatrique 128
3.3.3 Techniques de sensibilisation 128
3.3.3.1 Entretien motivationnel 128
B. Les stades de Prochaska et Di Clemente (1982) 130
3.3.3.2 Intervention brève 133
3.3.3.3 Réalisation d'une méthode d'intervention brève sur la prise en charge de l'obésité 134
A. Stratégie A1 137
B. Stratégie A2 139
C. Stratégie A3 139
D. Stratégie A4 140
E. Stratégie A5 141
3.3.3.4 Test d'évaluation ou auto-questionnaire 145
3.4 Conclusion 147
Conclusion 149
Bibliographie 151

Table des abréviations

AgRP : Agouti Related Peptide
ANAE : Animation des Ateliers d'Éducation
ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS : Agence Régionale de Santé
AUT : Aliments Ultratransformés
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BMI : Body Mass Index
CART : Cocain and Amphetamine Related Transcript
CCK : Cholécystokinine
CESPHARM : Comité d'Éducation Sanitaire et sociale de la Pharmacie française
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ERET : Espace Régional d'Éducation Thérapeutique de Basse-Normandie
ESTEBAN : Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
FOGD : Fibroscopie Œso-Gastro-Duodénale
GLP-1 : Glucagon Like Peptide 1
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HTA : Hypertension Artérielle
IG : Indice Glycémique
IL-6 : Interleukine 6
IMC : Indice de Masse Corporelle
IMPR : Institut de Médecine Physique et de Réadaptation
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSV : Institut National du Sommeil et de la Vigilance
IRC : Insuffisance Rénale Chronique
LEP : Leptine
LEPR : Récepteur de la Leptine
MAREDIA : Maison Régionale du Diabète
MC4R : Récepteur 4 aux mélanocortines

MDRD : Modification of Diet in Renal Disease

NPY : Neuropeptide Y

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAI-1 : Plasminogen Activator Inhibitor -1

PC1 : Proconvertase 1

PLANETH PATIENT : Plateforme Normande d'Éducation Thérapeutique du Patient

PNNS : Programme National Nutrition Santé

POMC : Pro-OpioMélanoCortine

PYY : Peptide YY

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

ROD : Réseau Obésité Diabète centre Manche

SNC : Système Nerveux Central

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TNF α : Tumor Necrosis Factor α

α-MSH : α-Melanocyte Stimulating Hormone

Table des figures

Figure 1 : Modèles physiologiques de composition corporelle à quatre, trois ou deux compartiments [5] 16
Figure 2 : Mesure du tour de taille chez l'adulte, source HAS [7] 18
Figure 3 : Distinction entre la morphologie androïde et gynoïde 20
Figure 4 : Répartition de la population en fonction des niveaux d'IMC, source ObEpi 2012 [9] 21
Figure 5 : Prévalence de l'obésité en fonction du sexe (masculin ou féminin) depuis 1997, source ObEpi 2012 [9] 22
Figure 6 : Prévalence de l'obésité par tranche d'âge depuis 1997, source ObEpi 2012 [9] 22
Figure 7 : Prévalence de l'obésité par niveau de revenus mensuels du foyer depuis 1997, source ObEpi 2012 [9] 23
Figure 8 : Prévalence de l'obésité selon la catégorie socio-professionnelle, source ObEpi 2012 [9] 24
Figure 9 : Prévalence de l'obésité par niveau d'instruction depuis 1997, source ObEpi 2012 [9] 24
Figure 10 : Prévalence de l'obésité en France par régions, source ObEpi 2012 [9] 25
Figure 11: Mécanisme du comportement alimentaire, source Revue Médicale Suisse [10] 27
Figure 12 : Cascade de la voie hypothalamique 32
Figure 13 : Taux de mortalité en fonction de l'IMC, source ASTERES [26] 38
Figure 14 : Nouvelles recommandations PNNS 2019, source Manger Bouger [38] 48
Figure 15 : Nutri-score classe A, source Manger Bouger [42] 53
Figure 16 : Courbe dose-réponse de la relation entre le temps d'activité physique et le gain en termes de santé, source OMS [48]AP ; Activité physique 56
Figure 17 : Technique de l'anneau gastrique, source HAS [46] 61
Figure 18 : Technique de la gastrectomie longitudinale, source HAS [53] 62
Figure 19 : Technique du bypass gastrique, source HAS [48] 63
Figure 20 : Les quatre étapes de la démarche de l'ETP, source HAS [53] 75
Figure 21 : Exemple de Brainstorming « Comment on prend du poids ? » 84
Figure 22 : Exemple de Brainstorming « Comment on perd du poids ? » 84
Figure 23 : Exemple de schémas réalisés par la thérapeute pour expliquer le phénomène de faim et de stockage 88
Figure 24 : Exemple de Brainstorming " Qu'est-ce qui peut mettre en échec une décision de perdre du poids ?" 94

Figure 25 : Expérience de la dégustation 95
Figure 26 : Exemples d'équivalences abordées en séance 99
Figure 27 : Exemple de Brainstorming sur les objectifs attendus 101
Figure 28 : Exemple de Brainstorming réalisé sur la liste des ingrédients 105
Figure 29 : Exemple de Brainstorming sur le tableau nutritionnel 105
Figure 30 : Exemple de freins et de solutions évoqués lors de la conférence 117
Figure 31 : Double balance décisionnelle 130
Figure 32 : Les stades de changement de comportement, source Prochaska et DiClemente. 131
Figure 33 : Graphique en réponse à la question 1 "Quelle est votre profession ?" 142
Figure 34 : Graphique en réponse à la question 2 "Que pensez-vous de la clarté du support ?" 143
Figure 35 : Graphique en réponse à la question 5 "Cette intervention brève vous semble-t-elle réalisable à l'officine ?" 144
Figure 36 : Graphique à la question 7 "Note globale de satisfaction de l'outil ?" 145

Table des tableaux

Tableau 1 : Classification en fonction de l'indice de masse corporelle, source INSERM[6] 17
Tableau 2 : Résultat du périmètre abdominal chez les femmes et les hommes, source INSERM [6] 19
Tableau 3 : Principaux signaux impliqués dans la régulation de la prise alimentaire, source Revue Médicale Suisse [10] 29
Tableau 4 : Médicaments favorisant une prise de poids, source HAS [7] 35
Tableau 5 : Principales complications liées à l'obésité [4] 37
Tableau 6 : Indications des différents traitements de l'obésité [4] 45
Tableau 7 : Équivalence de l'activité physique, source Collège Aquitain de prévention cardio-vasculaire [46] 55
Tableau 8 : Principaux bénéfices pour la santé d'une pratique d'activité physique régulière chez l'adulte [4] 56
Tableau 9 : Compétences à acquérir par un patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique (matrice de compétences développée en 2001 par JF d'Ivernois et R Gagnayre) [69] 72
Tableau 10 : Comprendre sa maladie l'obésité 83
Tableau 11 : Image de soi 85
Tableau 12 : Connexion à ses sensations alimentaires 87
Tableau 13 : Exemple d'expérience de la faim 89
Tableau 14 : Exemple d'exercice sur les différentes faims 90
Tableau 15 : Exemple d'exercice sur le rassasiement 91
Tableau 16 : Émotions et alimentation 92
Tableau 17 : Exemple d'arguments pour et contre 94
Tableau 18 : Équilibre alimentaire et chirurgie bariatrique 97
Tableau 19 : Assiette équilibrée normale et après chirurgie bariatrique 100
Tableau 20 : Sucre et graisses 101
Tableau 21 : Exemple de Brainstorming sur les glucides 102
Tableau 22 : Exemple de Brainstorming sur les lipides 103
Tableau 23 : Quelques exemples d'aliments en fonction du nombre de morceaux de sucre et de cuillères d'huile 103
Tableau 24 : Lecture des étiquettes 104
Tableau 25 : Bénéfice de l'activité physique 107
Tableau 26 : Exemple de Brainstorming sur l'activité physique 108

Tableau 27 : Exemple de Brainstorming sur les avantages et inconvénients de l'activité physique 108
Tableau 28 : Modalités d'intervention chirurgicale 110
Tableau 29 : Et après, quelle alimentation ? 112
Tableau 30 : Interventions du soignant selon les étapes de changement 132
Tableau 31 : Modèle des 5A pour la prise en charge de l'obésité 136
Tableau 32 : Stratégie A1 (Ask = Poser des questions) 138
Tableau 33 : Stratégie A2 (Advise = Conseiller le patient) 139
Tableau 34 : Stratégie A3 (Assess = Évaluer le degré de motivation) 140
Tableau 35 : Stratégie A4 (Assist = Aider à mettre en œuvre) 140
Tableau 36 : Stratégie A5 (Arrange = Organiser) 141
Tableau 37 : Tests à dispositions des pharmaciens d'officine 146

Table des annexes :

Annexe 1 : Recommandation officielles de la HAS pour la mise en place ETP, source HAS [67] 157
Annexe 2 : Projet personnalisé d'éducation Obésité de PLANETH PATIENT [73] 158
Annexe 3 : Charte d'engagement du professionnel de santé de PLANETH PATIENT 159
Annexe 4 : Brochure journée européenne de l'obésité du CHU de Caen 161
Annexe 5 : Questionnaire sur les consommations alimentaires en lien avec le PNNS 162
Annexe 6 : Questionnaire de Marshall 164
Annexe 7 : Questionnaire de Ricci et Gagnon 165
Annexe 8 : Support d'intervention brève au comptoir de l'officine avant évaluation 166
Annexe 9 : Support d'intervention brève au comptoir de l'officine après évaluation 168

Table des équations :

Équation 1 : Formule de l'IMC 17
Équation 2 : Formule simplifiée du MDRD 44

Introduction

Dans la société actuelle, l'apparence est un sujet au cœur des conversations. La minceur est devenue une sorte de « norme physique ». Cependant, cette nouvelle « norme » ne correspond pas à la grande majorité de la population. En effet, avec les différents changements de mode de vie, l'accès à une mauvaise alimentation et la sédentarité, le nombre de personne en surpoids et obèse prend de l'ampleur. L'obésité est devenue un problème majeur de santé public. Le nombre de personne atteinte de cette pathologie est en augmentation en France mais également dans le monde entier. Selon les dernières estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2016 plus de 1,9 milliards d'adultes (18 ans et plus) étaient en surpoids et plus de 650 millions étaient obèses. La prévalence de l'obésité a presque triplé au niveau mondial entre 1975 et 2016 [1]. L'obésité est aujourd'hui considérée comme une maladie chronique par l'OMS car il s'agit d'un état qui met en jeu le bien-être physique. L'obésité altère la qualité de vie des patients. L'éducation thérapeutique de ces patients, qui est un concept récent, devient nécessaire pour améliorer leur état de santé.

Dans ce travail, nous verrons d'abord les rappels élémentaires de l'obésité. En effet, il existe divers facteurs de prise de poids dont des facteurs génétiques, psychologiques, iatrogènes, endocriniens ou liés à des nouvelles habitudes de vie (la sédentarité, les jeux vidéo, les fast food etc …). Les conséquences pour la santé sont nombreuses avec notamment l'apparition d'un diabète de type II, d'une hypertension artérielle, des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires, des problèmes articulaires etc… Ces conséquences peuvent être graves pour le patient et entrainer une diminution de l'espérance de vie. La prise en charge est importante et associe une alimentation équilibrée, la pratique d'activités physiques et un équilibre psychologique. Pour les cas d'obésité sévère, la chirurgie est le dernier moyen de recours pour la prise en charge de cette maladie. Ceci implique une bonne préparation à cette intervention passant par l'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

Nous aborderons ainsi dans la seconde partie, l'éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité. L'ETP est un élément primordial dans la prise en charge de cette maladie chronique. En effet, on prend compte des besoins du patient, de son expérience et de la gestion de sa maladie. Les objectifs sont l'acquisition et le maintien par le patient des compétences dont il a besoin pour améliorer sa qualité de vie. Nous verrons un exemple de programme d'ETP obésité, créé par la plateforme PLANETH PATIENT.

Enfin, nous envisagerons comment le pharmacien peut s'impliquer dans l'ETP de la personne obèse à l'officine. Le rôle du pharmacien l'autorise à participer à l'éducation thérapeutique. Il participe à la prévention et la sensibilisation du problème au sein de son officine. Pour cela, dans le cadre de ce travail, nous allons proposer un protocole d'intervention brève à réaliser au comptoir de l'officine.

L'objectif de cette thèse est de faire le point sur cette maladie afin d'y sensibiliser le grand public mais également le patient. La prise en charge et la prévention de cette pathologie sont essentielles. Cette thèse a aussi pour but de permettre aux pharmaciens, de savoir comment l'aborder et optimiser au mieux leur accompagnement à l'officine car il s'agit d'une pathologie complexe, prenant en compte à la fois des aspects nutritionnels et psychologiques.

1. Rappels élémentaires sur l'obésité

Le poids idéal est quelque chose de très subjectif. Il s'agit de l'état dans lequel on se sent bien avec son corps, c'est-à-dire où le poids n'est pas un facteur de risque pour sa santé. Cependant, à partir du moment où le poids devient un risque pour la santé, cela devient une situation d'obésité. L'obésité est un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur. Dans cette première partie, nous définirons l'obésité d'un point de vue physiopathologique. Nous étudierons les différents facteurs de risque de prise de poids ainsi que les conséquences possibles sur la santé. Puis, nous parlerons des diverses prises en charge de cette maladie.

1.1 Description

1.1.1 Définitions

Selon l'OMS, le surpoids se définit par « une accumulation anormale de masse grasse dû à une proportion importante de tissu adipeux ». L'obésité représente donc une forme sévère de surpoids. L'OMS définit ainsi l'obésité comme « un excès de masse grasse entrainant des conséquences néfastes pour la santé » [2].

L'obésité est aujourd'hui considérée comme une maladie chronique, pouvant provoquer des problèmes pour la santé, et altérer la qualité de vie. Elle augmente la mortalité et la morbidité des patients atteints [3]. Cette reconnaissance de l'obésité comme maladie a pour but de déculpabiliser les patients dans cette situation. Cette maladie peut être la conséquence de nombreux facteurs comportementaux, et environnementaux. Néanmoins, d'autres facteurs génétiques ou sociaux peuvent également participer à la genèse d'une obésité [4].

1.1.2 Les compartiments corporels

La masse corporelle, c'est-à-dire le poids exprimé en kilogramme, représente un ensemble très hétérogène [2]. Le corps humain peut être divisé en plusieurs compartiments, dont il existe différents modèles physiologiques en nutrition, en fonction du nombre de compartiments (Figure 1). Sur cette figure, on retrouve 3 modèles différents [2] :

- Le modèle à deux compartiments : il s'agit du modèle le plus simple avec la séparation du poids en une masse grasse et une masse maigre ; la masse maigre correspond à la

masse de l'ensemble des muscles, des os et des organes (cerveau, cœur, rein, foie…), tandis que la masse grasse correspond à l'ensemble du tissu adipeux ;

- Le modèle à trois compartiments : ce modèle prend en compte la masse minérale (masse calcique osseuse) ;
- Le modèle à quatre compartiments : ce modèle sépare la masse maigre en une masse cellulaire active (les protéines de l'organisme) et en liquides extracellulaires.

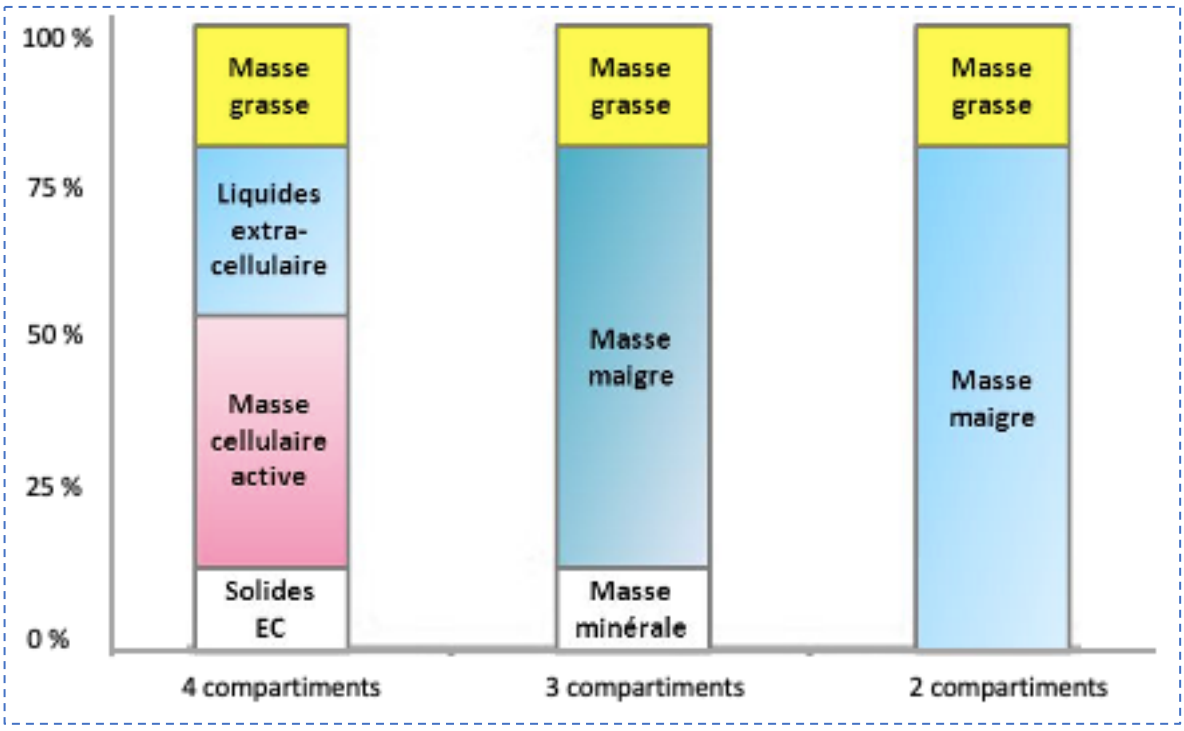


Figure 1 : Modèles physiologiques de composition corporelle à quatre, trois ou deux compartiments [5]

EC : extracellulaire

La masse maigre est à privilégier par rapport à la masse grasse. En effet, cette dernière peut entrainer des conséquences néfastes pour la santé. Chez un adulte en pleine forme, la masse grasse représente environ 10 à 15% du poids chez l'homme et 20 à 25% chez la femme. L'étude de la composition corporelle du corps est primordiale [2].

1.2 Diagnostic

Pour pouvoir diagnostiquer une obésité, les professionnels de santé s'aident de plusieurs mesures telles que l'indice de masse corporel et le périmètre abdominal.

1.2.1 Indice de masse corporelle

La première mesure réalisée en clinique est l'indice de masse corporelle (IMC), également appelé indice de Quételet ou en anglais « Body Mass Index » (BMI). Il s'agit d'une première mesure, réalisée pour avoir une estimation de la corpulence. Cette mesure (Équation 1) correspond au rapport entre le poids (exprimé en kilogramme) et la taille (exprimée en mètre carré) [4].

Équation 1 : Formule de l'IMC

$$IMC\ (kg/m^2) = Poids / Taille^2$$

Cet indice permet d'évaluer l'état de la masse grasse et d'évaluer la sévérité de l'obésité d'une personne adulte. Chez l'enfant, cela est différent. Il faut tenir compte de la courbe de croissance (taille et poids) ainsi que de l'âge de l'enfant [1]. On ne peut pas prendre en compte l'IMC car il y a des variations de poids en fonction de l'âge [4].

On a pu définir plusieurs seuils de statut pondéral : dénutrition, maigreur, poids normal, excès pondéral et obésité (Tableau 1). Cette classification s'applique aux hommes et aux femmes dont l'âge est compris entre 18 et 65 ans. Une personne commence à être en surpoids à partir de 25 kg/m² et atteint une situation d'obésité à partir de 30 kg/m². Au sein de l'obésité, on distingue 3 grades : l'obésité modérée, l'obésité sévère et l'obésité morbide. L'IMC, le plus favorable pour la santé, c'est-à-dire un poids normal, se situe entre 18,5 et 24,9 kg/m² [6].

Tableau 1 : Classification en fonction de l'indice de masse corporelle, source INSERM[6]

Résultat IMC	**Classification OMS**
IMC < à 16,5 kg/m²	Dénutrition
16,5 < IMC < 18,4 kg/m²	Maigreur
18,5 < IMC < 24,9 kg/m²	Poids normal = Valeur de référence
25 < IMC < 29,9 kg/m²	Excès pondéral ou surpoids
30 < IMC < 34,9 kg/m²	Obésité de grade I ou obésité modérée
35 < IMC < 39,9 kg/m²	Obésité de grade II ou obésité sévère
IMC > à 40 kg/m²	Obésité de grade III ou obésité morbide

Cependant, il faut être conscient des faiblesses de cette mesure. L'IMC ne tient pas compte des variations individuelles liées à une masse musculaire supérieure aux normes. Cette mesure doit être considérée comme une indication approximative car elle ne reflète pas la composition corporelle [1]. Pour un même IMC, on peut avoir deux personnes ayant une composition corporelle totalement différente. Une personne en situation d'obésité peut avoir le même IMC qu'une personne sportive de haut niveau ou un travailleur de force ayant une masse musculaire importante [4]. Il existe donc des prises de poids qui ne sont pas liées à une augmentation de la masse grasse comme le syndrome œdémateux généralisé, l'augmentation de la masse musculaire (sportif de haut niveau) etc... [2]

1.2.2 Le périmètre abdominal ou tour de taille

La mesure précédente ne prend pas en compte une importante masse maigre. Il est nécessaire de réaliser d'autres mesures afin de réaliser le diagnostic. Il existe une deuxième mesure plus poussée, permettant de déceler une obésité. Il s'agit de la mesure du périmètre abdominal, également appelé le tour de taille. Cela consiste à mesurer la longueur abdominale au niveau de l'ombilic, en-dessous des dernières côtes, à l'aide d'un mètre ruban (Figure 2). Le tour de taille permet de connaitre la localisation des graisses [7]. C'est un moyen de déterminer la présence d'un facteur de risque cardiovasculaire [2].

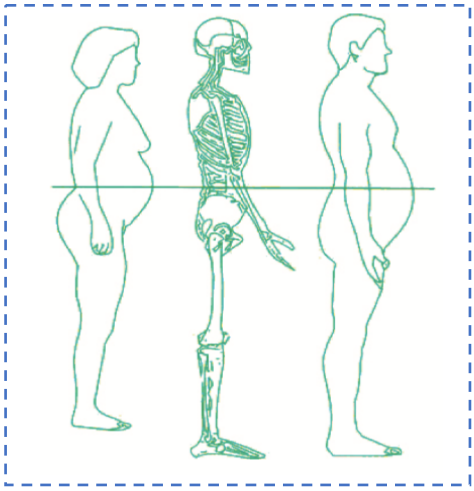


Figure 2 : Mesure du tour de taille chez l'adulte, source HAS [7]

L'obésité abdominale est présente à partir d'un tour de taille supérieur à 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme (Tableau 2). Il existe deux seuils de tour de taille prédictifs d'anomalies cardiovasculaires et métaboliques. Le risque est augmenté ou élevé lorsque la personne est en surpoids. Le risque est élevé ou très élevé lorsque la personne est en obésité [6].

Tableau 2 : Résultat du périmètre abdominal chez les femmes et les hommes, source INSERM [6]

Interprétation du périmètre abdominal	Taille (en centimètre) du périmètre abdominal chez les femmes	Taille (en centimètre) du périmètre abdominal chez les hommes
Normal	< 80 cm	< 95 cm
Surpoids	80 - 88 cm	95 - 102 cm
Obésité abdominale	> 88 cm	> 102 cm

1.2.3 Le rapport tour de taille/ tour des hanches

A la suite de la mesure du périmètre abdominal, on peut réaliser la mesure du tour de hanche. Cette fois-ci on prend la mesure à l'endroit le plus large des hanches. On peut ainsi obtenir un ratio entre le tour de taille et le tour des hanches. Ce rapport permet de voir s'il existe des risques cardio-vasculaires importants. Pour une femme le rapport doit être compris entre inférieur à 0,85 et pour un homme, le rapport doit être inférieur à 1 [8].

Ce rapport permet de constater deux types de morphologies de l'obésité (Figure 3) [8]:

- La morphologie androïde : silhouette dite en forme de pomme, cette morphologie touche surtout les hommes. Il s'agit de la morphologie mettant le plus en danger les personnes. En effet, les graisses se situent dans la partie supérieure du corps, au niveau viscéral. On observe un élargissement du thorax et des épaules. Les complications sont de types cardiovasculaires et métaboliques, entrainant des effets délétères sur la santé ;
- La morphologie gynoïde : silhouette dite en forme de poire, elle se définit comme un excès de masse grasse localisé au niveau de la partie inférieure du corps (hanches, cuisses, fesses…). On observe un élargissement des hanches et du bassin. Elle touche en priorité les femmes. Elle est à l'origine de complications veineuses et articulaires.

Figure 3 : Distinction entre la morphologie androïde et gynoïde

1.3 Épidémiologie de l'obésité

1.3.1 Prévalence dans le monde

A l'échelle mondiale, le nombre de personne en excès de poids est en constante augmentation, en particulier dans les pays industrialisés. La prévalence du nombre de personnes obèses a pratiquement triplé depuis 1975 [1]. On compte en 2016 environ 650 millions de personnes en situation d'obésité dans le monde. Cela correspond à 13 % des adultes. Les pourcentages d'obésité sont différents selon les pays [4] : par exemple en Allemagne 20 %, aux États-Unis 55 %, en France 15 %. Cela devient donc une nécessité de prévenir l'obésité [2].

1.3.2 Prévalence en France

En France, comme dans les pays industrialisés, l'obésité est en augmentation. Pour cela, l'étude ObEpi, réalisée par le laboratoire Roche, permet d'évaluer tous les 3 ans la prévalence du surpoids et de l'obésité en fonction de l'IMC. Elle est réalisée depuis 1997 et évaluée en fonction de la région, de l'âge, du sexe et des critères socio-économiques. Les résultats sont basés sur la déclaration d'environ 25 000 participants français adultes [9].

La dernière enquête nationale datant de 2012, rapporte que 32,3% des français de plus de 18 ans sont en surpoids et 15% présentent une obésité (10,7% pour l'obésité grade I ; 3,1% pour l'obésité de grade II et 1,2% pour l'obésité de grade III) (Figure 4). La proportion de l'obésité est passée de 8,5 % en 1997 à 15 % en 2012 [2]. De plus, on observe un accroissement

de l'obésité de grade III qui atteint 1,2% en 2012 alors que le chiffre n'était que de 0,3% en 1997 [9].

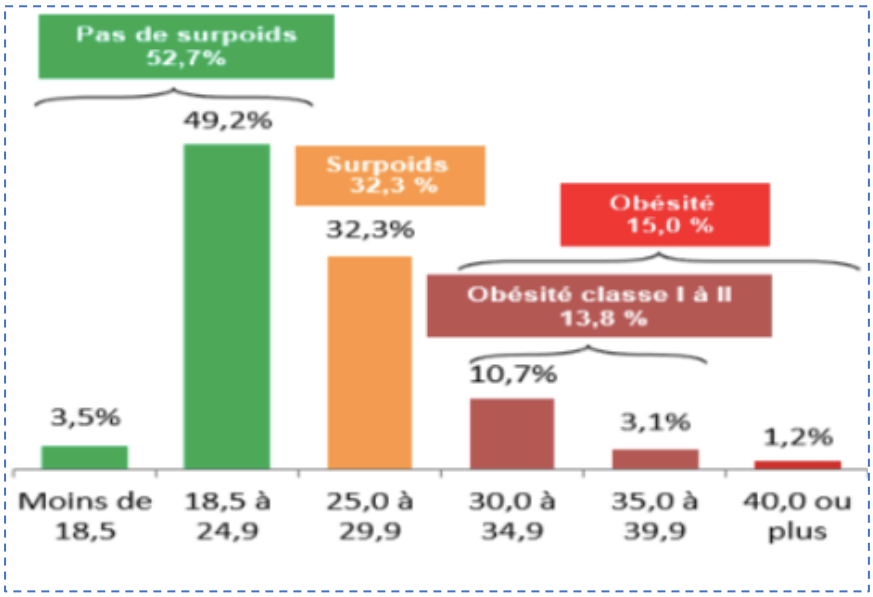


Figure 4 : Répartition de la population en fonction des niveaux d'IMC, source ObEpi 2012 [9]

Au cours de l'enquête ObEpi, on observe des facteurs de variations de la prévalence de l'obésité en fonction de certains paramètres dont le sexe, l'âge, les facteurs socio-économiques et le lieu d'habitation [9].

1.3.2.1 Inégalité entre les sexes

On distingue au sein de l'enquête ObEpi 2012 des inégalités liées au sexe. L'augmentation de la prévalence de l'obésité est en défaveur des femmes, plus touchées par l'obésité. Elle est de 15,7 % pour les femmes contre 14,3 % pour les hommes (Figure 5). Le surpoids touche quant à lui 38,8 % des hommes contre 26,3 % de femmes. Les deux sexes sont touchés par l'augmentation de sa prévalence mais on observe un ralentissement de la progression chez les deux sexes [9].

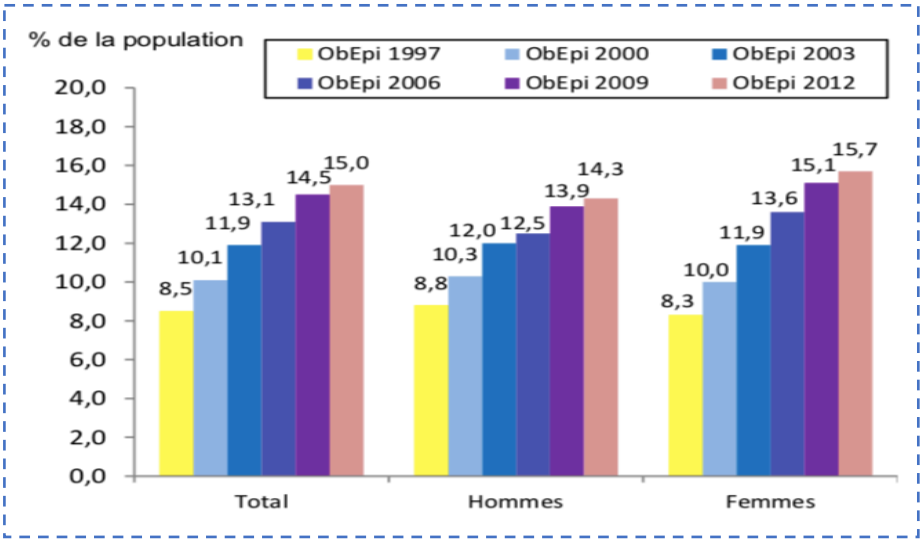


Figure 5 : Prévalence de l'obésité en fonction du sexe (masculin ou féminin) depuis 1997, source ObEpi 2012 [9]

1.3.2.2 Déséquilibre entre les âges

La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans pour les deux sexes comme on peut le voir sur le graphique (Figure 6). Selon l'enquête ObEpi de 2012, on a une prévalence de 18,7 % chez les plus de 65 ans [9]. L'IMC moyen passe de 24,3 kg/m^2 en 1997 à 25,4 kg/m^2 en 2012 [9].

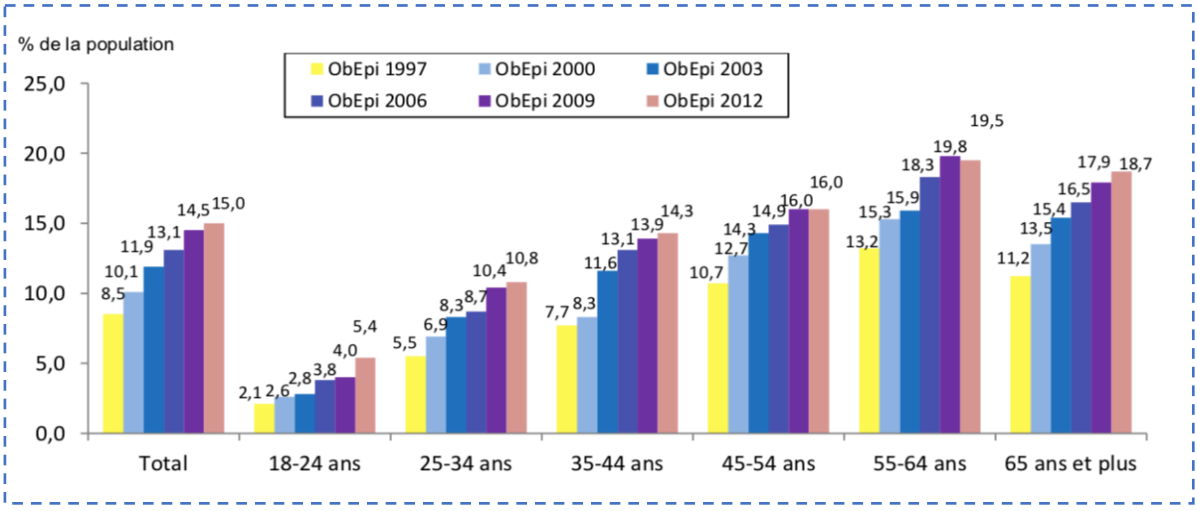


Figure 6 : Prévalence de l'obésité par tranche d'âge depuis 1997, source ObEpi 2012 [9]

1.3.2.3 Disparités socio-économiques

La prévalence de l'obésité est également influencée par des facteurs socio-économiques. Les disparités socio-économiques sont évaluées à partir de 3 critères : le revenu, la catégorie socio-professionnelle ainsi que le niveau d'instruction.

La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les personnes ayant un faible revenu. L'obésité touche ainsi les populations les plus défavorisées. Cela souligne les inégalités sociales dans la population. On remarque selon les données ObEpi de 2012 (Figure 7) que 25,6% de la prévalence d'obèses concerne les personnes ayant un revenu inférieur à 900 euros, alors qu'on compte seulement 7% pour les personnes ayant un revenu supérieur à 5301 euros [9].

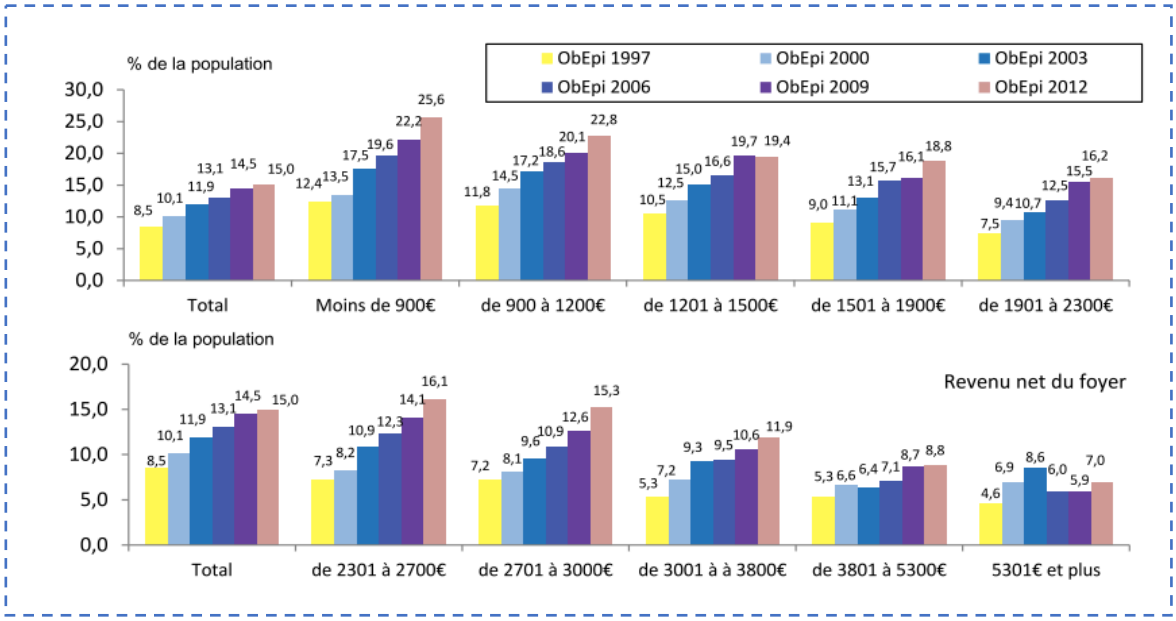


Figure 7 : Prévalence de l'obésité par niveau de revenus mensuels du foyer depuis 1997, source ObEpi 2012 [9]

Il existe d'importantes différences de prévalence entre catégories socio-professionnelles. On remarque que la prévalence de l'obésité augmente en fonction du métier comme par exemple pour les retraités (18,9%), pour les agriculteurs (17,9%), pour les artisans-commerçants (17,2%). Par comparaison, chez les cadres supérieurs et les professions libérales, la prévalence évaluée à 8,7%, est moins élevée (Figure 8) [9].

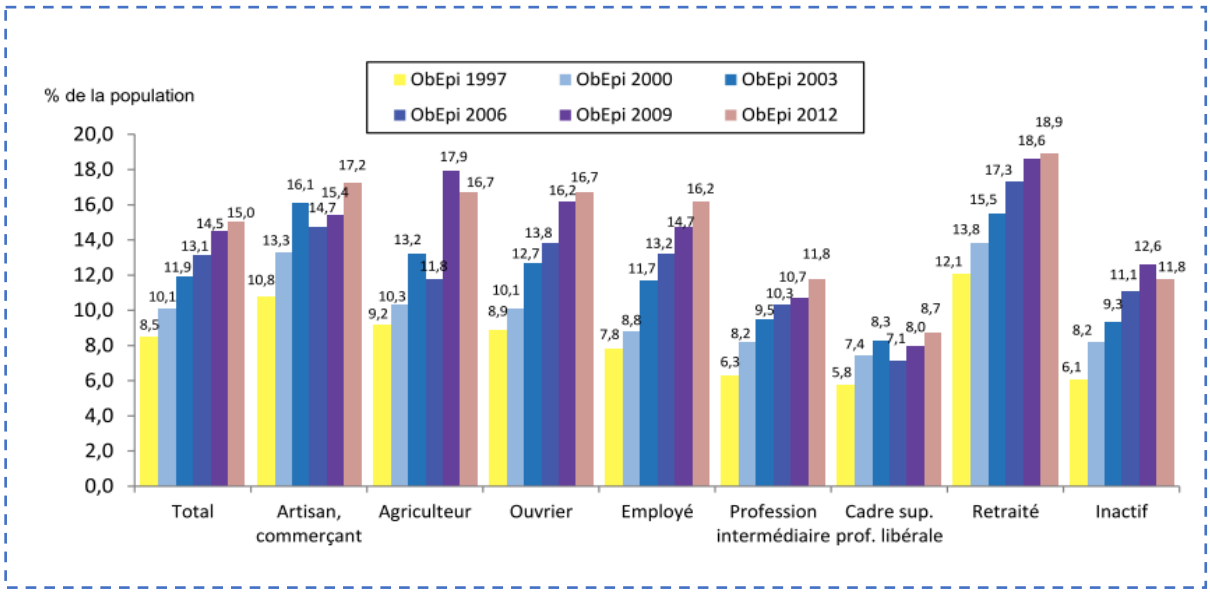


Figure 8 : Prévalence de l'obésité selon la catégorie socio-professionnelle, source ObEpi 2012 [9]

On observe les mêmes écarts en ce qui concerne le niveau d'étude. Comme le montre le graphique (Figure 9), le poids est inversement proportionnel au niveau d'instruction. Les personnes les plus touchées par l'obésité sont celles ayant un niveau d'instruction s'arrêtant en classe de primaire (24,5%), au niveau 3ème (21,5%), et technique court (18,5 %). Le niveau d'instruction joue donc un rôle dans la prévalence de l'obésité [9].

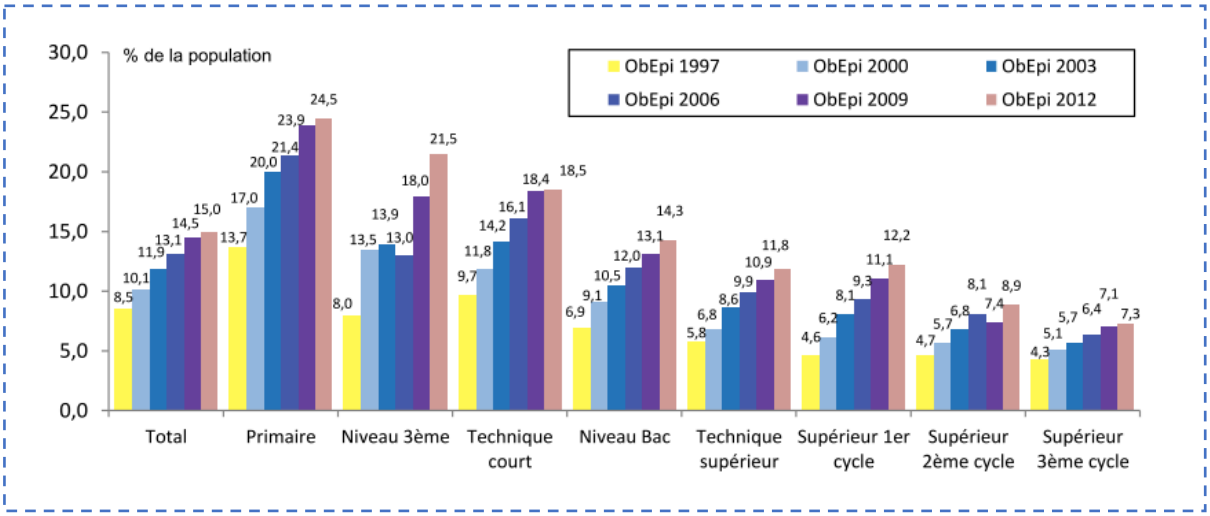


Figure 9 : Prévalence de l'obésité par niveau d'instruction depuis 1997, source ObEpi 2012 [9]

1.3.2.4 Disparités régionales

Selon ObEpi 2012, il existe des disparités régionales dans la prévalence de l'obésité. On observe une augmentation du nombre de personnes obèses dans toutes les régions de France (Figure 10). Cependant, le Nord a la plus forte prévalence d'obésité avec 21,8% contre 12,3% dans l'Ouest. En deuxième position vient le bassin parisien avec 17,8% et en troisième position

l'est avec 17,1 %. A l'inverse les régions les moins touchées par l'obésité sont l'Ouest et la Méditerranée. L'obésité est répartie de manière inégale entre les régions avec le marquage d'un gradient Nord Est/Sud-Ouest [9].

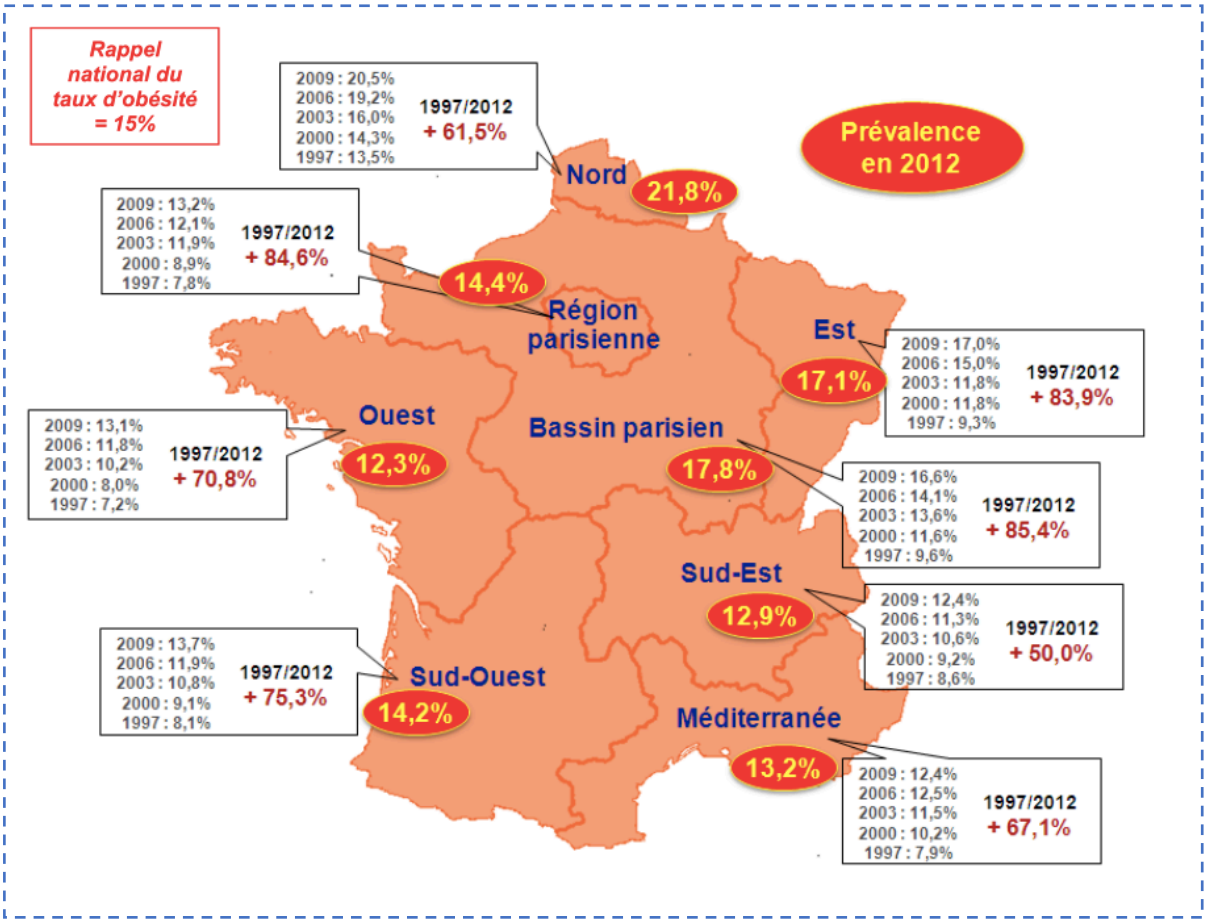


Figure 10 : Prévalence de l'obésité en France par régions, source ObEpi 2012 [9]

Les données de l'ObEpi vont dans le même sens que l'étude ESTEBAN (étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition), réalisée en 2015. Cette étude s'inscrit dans le cadre du programme national nutrition santé mis en place par le ministère en charge de la Santé. Elle fait suite à l'étude nationale nutrition santé menée en 2006 et montre une stabilisation de la prévalence du surpoids. La prévalence du surpoids (obésité incluse) des adultes est de l'ordre de 49 %. Cette prévalence augmente avec l'âge et reste supérieure chez les personnes les moins diplômées.

En conclusion, le surpoids et l'obésité chez l'adulte représentent un problème majeur de santé publique en France, mais également dans le monde [1].

1.4 Éléments physiologiques et physiopathologiques

L'obésité est la conséquence d'un déséquilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques. La régulation du comportement alimentaire est produite par divers systèmes mettant en jeu des hormones, des enzymes et autres molécules sous le contrôle du système nerveux [10].

1.4.1 Régulation de la prise alimentaire

La principale fonction physiologique du comportement alimentaire est de couvrir tous les besoins nutritionnels. Cela nécessite l'apport de substrats énergétiques et de composés biochimiques pour les cellules de l'organisme. L'ingestion d'aliments provoque au niveau abdominal une distension gastrique. Les mécanorécepteurs de l'estomac stimulés transmettent des informations au Système Nerveux Central (SNC) par l'intermédiaire du nerf vague. De plus, la libération de certaines hormones digestives envoie des informations au cerveau. Ceci correspond à la régulation à court terme, dépendante de la prise alimentaire. Mais il existe une régulation à long terme, effectuée par des hormones spécifiques. Le comportement alimentaire normal intègre l'aspect nutritionnel, hédonique, relationnel et affectif. Cependant, un défaut de régulation de la prise alimentaire peut être à l'origine d'une situation d'obésité [2].

1.4.1.1 Centres de régulation de la prise alimentaire

Le cerveau est l'élément central de la régulation de la prise alimentaire. Le comportement alimentaire est en effet contrôlé par le SNC. Les principaux centres de contrôle du comportement de prise alimentaire sont situés dans le noyau arqué de l'hypothalamus et le tronc cérébral. Ils jouent un rôle fondamental dans l'intégration des message de la satiété et de la faim [10].

Le noyau arqué reçoit de nombreuses informations venant d'autres régions cérébrales, du système nerveux entérique et directement de facteurs sanguins circulants sécrétés au niveau digestif. Il est constitué principalement de deux types de neurones interconnectés qui ont des effets différents (Figure 11) [10]:

- Les neurones exprimant le Neuropeptide Y (NPY) et l'Agouti-Related Peptide (AgRP) qui favorisent la prise alimentaire ; ils sont orexigènes ;

- Les neurones exprimant la Pro-OpioMélanoCortine (POMC) qui inhibe la prise alimentaire ; ils sont anorexigènes.

Dans le tronc cérébral, on retrouve d'autres régions qui sont impliquées par la régulation du contrôle alimentaire comme le nerf vague, activé par les hormones du système digestif.

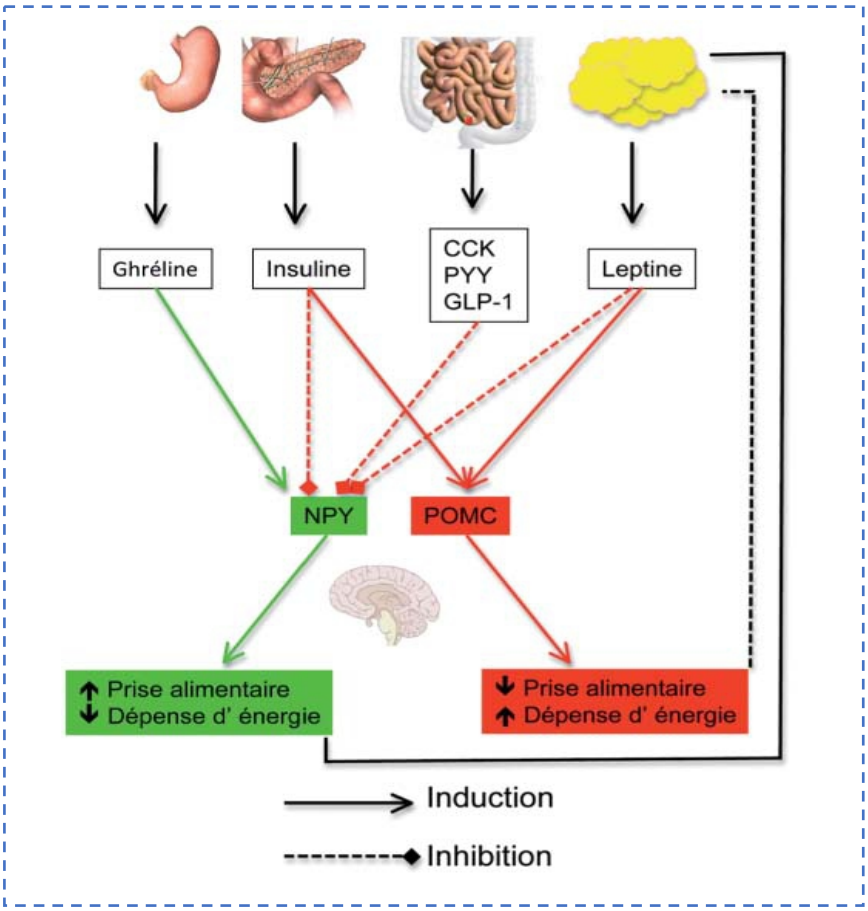


Figure 11: Mécanisme du comportement alimentaire, source Revue Médicale Suisse [10]

CCK : Cholécystokinine ; PYY : peptide YY ; GLP-1 : Glucagon-Like peptide 1 ; NPY : Neuropeptide Y ; POMC : Pro-OpioMélanoCortine

1.4.1.2 La régulation hormonale

L'arrivée d'aliments dans l'estomac provoque la sécrétion d'hormones entéro-digestives. Elles permettent la régulation alimentaire à court terme, informant l'organisme de la satiété. L'hypothalamus reçoit des signaux qui l'informent sur la quantité d'aliments ingérés, digérés et métabolisés. Pour la régulation à court terme, les hormones impliquées sont :

- La cholécystokinine (CCK), produite par l'intestin grêle participe à la diminution de la prise alimentaire par l'intermédiaire des récepteurs situés sur les terminaisons du nerf vague[10] ;

- Le peptide YY (PYY), produit également par l'intestin grêle également diminue la prise alimentaire en inhibant la sécrétion de NPY dans le noyau arqué. Les taux de PYY sont plus bas chez les personnes en situation d'obésité [10] ;
- Le GLP-1, produit par l'intestin en réponse de la prise alimentaire, a également un effet inhibiteur sur la prise alimentaire. On retrouve ses récepteurs dans le tronc cérébral et dans le noyau arqué [10].

Il existe d'autres hormones qui réalisent une régulation alimentaire à long terme (Tableau 3) :

- La leptine (hormone synthétisée par le tissu adipeux) permet de renseigner sur les stocks énergétiques de notre corps. La leptine est sécrétée de façon proportionnelle à la quantité de masse grasse [2]. Une administration de leptine entraine une diminution de la prise alimentaire et une augmentation de la dépense énergétique, grâce à l'induction de POMC et du Cocain and Amphetamine Related Transcript (CART) et l'inhibition de NPY et AgRP au niveau hypothalamique. Elle permet un rétrocontrôle négatif sur la prise alimentaire. Après études, les taux de leptine chez les personnes obèses sont élevés par rapport aux personnes ayant un IMC normal. Cela suggère que ces personnes souffrent d'une forme de résistance à la leptine. Ainsi ces résistances de la leptine rendent inefficace la régulation du comportement alimentaire, pouvant entrainer une prise alimentaire importante et créer une obésité [10].
- L'insuline, produite par les cellules β du pancréas, est une hormone hypoglycémiante. Elle transmet un signal anorexigène au cerveau en inhibant les neurones NPY-AgRP et activant les neurones POMC-CART [10].
- La ghréline est l'hormone qui stimule la prise alimentaire (hormone orexigène). Elle est sécrétée par l'estomac. Il s'agit de l'hormone de la faim car son injection stimule la prise alimentaire. Elle joue un effet central, en activant la sécrétion de NPY et AgRP [10].

Tableau 3 : Principaux signaux impliqués dans la régulation de la prise alimentaire, source Revue Médicale Suisse [10]

POMC : pro-opiomélanocortine ; NPY : neuropeptide Y ; CCK : cholécystokinine ; PYY : peptide YY ; GLP-1 : *glucagon-like peptide-1*.

Médiateurs	Lieux de production	Actions sur la prise alimentaire
POMC	Système nerveux central	• Inhibition
NPY		• Augmentation
Ghréline	Estomac, intestin grêle	Augmentation, en diminuant le NPY et la sécrétion de POMC
CCK	Intestin grêle	• Inhibition, via le nerf vague
PYY		• Inhibition, en diminuant le NPY
GLP-1		• Inhibition
Leptine	Tissus adipeux	Inhibition, jouerait également un rôle dans la plasticité neuronale
Insuline	Cellules β du pancréas	Inhibition

En conclusion, il existe différentes hormones qui régulent le comportement alimentaire dont les principales sont l'insuline, la CCK, le PYY et le GLP-1 dont la sécrétion exerce un rétrocontrôle négatif et la ghréline qui exerce un rétrocontrôle positif [2]. Un dérèglement d'un de ces mécanismes de régulation de la prise alimentaire peut impliquer une pathogénèse de l'obésité.

1.4.2 Physiopathologie de l'obésité

L'obésité est une maladie chronique qui évolue en différentes phases. Tout d'abord, elle commence par une première phase dynamique dite de constitution (phase de prise de poids), puis une seconde phase statique dite de maintien (phase d'obésité constituée), avec des possibles phases de perte de poids ou de rechutes entre deux [2].

1.4.2.1 Phase dynamique ou de constitution

Il s'agit d'une phase au cours de laquelle l'excès de poids commence à prendre de l'ampleur dû à un déséquilibre de l'homéostasie énergétique. Normalement, le poids corporel reste stable tout au long de la vie. Les apports alimentaires sont adaptés en fonction des dépenses énergétiques. Cependant, lors d'une situation d'obésité, il y a une mise en échec du système régulation de l'homéostasie énergétique. On a donc un excès d'apport alimentaire par

rapport aux dépenses. L'excès est stocké dans le tissu adipeux. Le bilan énergétique devient positif. Cet excès d'apport peut être dû à de nombreux facteurs : génétiques, environnementaux, psychologiques, sociétaux … La durée de cette phase est variable d'un individu à l'autre [2].

1.4.2.2 Phase de maintien ou statique de l'obésité

Il s'agit d'une phase où le poids se stabilise après une phase dynamique. Lors de cette période, de nombreux changements d'adaptation anatomique et biologique interviennent [2].

A. Modification du tissu adipeux

Le tissu adipeux est le plus grand réservoir d'énergie de l'organisme, composé d'adipocytes et de cellules stromas vasculaires. Ce tissu peut être déformable et s'adapte au corps. Il est d'une grande plasticité. Lors d'une prise de poids, on a une augmentation de la taille des adipocytes (hypertrophie). Puis lorsque les adipocytes ne peuvent plus stocker, on a une augmentation du nombre de pré-adipocytes (hyperplasie) [2].

Les adipocytes, les pré-adipocytes et les macrophages aboutissent au processus inflammatoire et au dysfonctionnement métabolique et endothélial. Les adipocytes secrètent des hormones dont la leptine (permettant la régulation de la prise alimentaire) et l'adiponectine. Des cytokines peuvent être libérées par les adipocytes, comme l'Interleukine 6 (IL-6), le Tumor Necrosis Factor (TNF) α et le Plasminogen Activator Inhibitor-1 (PAI-1) provoquant une inflammation chronique du tissu adipeux, pouvant donner lieu à une insulinorésistance (complication de l'obésité) [2].

B. Résistance à la leptine

Malgré l'augmentation de la libération de leptine par les adipocytes, ces derniers ne parviennent pas à réduire la prise alimentaire. En effet, un état de résistance à la leptine s'installe (mécanisme vu dans la partie précédente) [2].

1.5 Les facteurs de risques

On compte de nombreux facteurs de risques possibles qui sont responsables d'une prise de poids. L'obésité est en effet une maladie multifactorielle.

1.5.1 Terrain génétique

La génétique est un facteur de risque d'obésité. De nombreuses études réalisées sur des jumeaux élevés ensemble et séparément, montrent que le poids est influencé par des facteurs génétiques. Un enfant, dont les deux parents sont obèses, a un risque d'obésité trois fois plus important par rapport à un enfant ayant des parents minces [11]. On retrouve deux types d'obésités génétiques : les obésités monogéniques et les obésités polygéniques [2].

1.5.1.1 Obésités monogéniques

Les obésités monogéniques sont des situations très rares et très sévères. Il s'agit de la mutation d'un seul gène. En général, la prise de poids est importante dès les premiers mois de vie associée à des problèmes endocriniens (insuffisance gonadotrope et thyréotrope). Ces différentes anomalies génétiques affectent des facteurs intervenant dans la voie hypothalamique de la leptine et des mélanocortines [12].

Cette voie s'active lorsque la leptine (produite par le tissu adipeux) se lie à son récepteur au niveau du noyau arqué de l'hypothalamus (Figure 12). Le signal, régulant la prise alimentaire est ensuite propagé *via* le système POMC et CART, synthétisant le peptide anorexigène α-Melanocyte Stimulating Hormone (α-MSH). L'autre type de neurone synthétise le peptide orexigène NPY et l'AgRP, qui agissent comme des inhibiteurs des récepteurs 3 et 4 de la mélanocortine (MC3R et MC4R). Ces obésités sont dues à des mutations intervenant dans cette cascade, en impliquant les gènes codant pour la leptine (LEP), le récepteur de la leptine (LEPR), POMC, la Proconvertase 1 (PC1) ou le Récepteur 4 aux mélanocortines (MC4R), présents depuis la naissance [12].

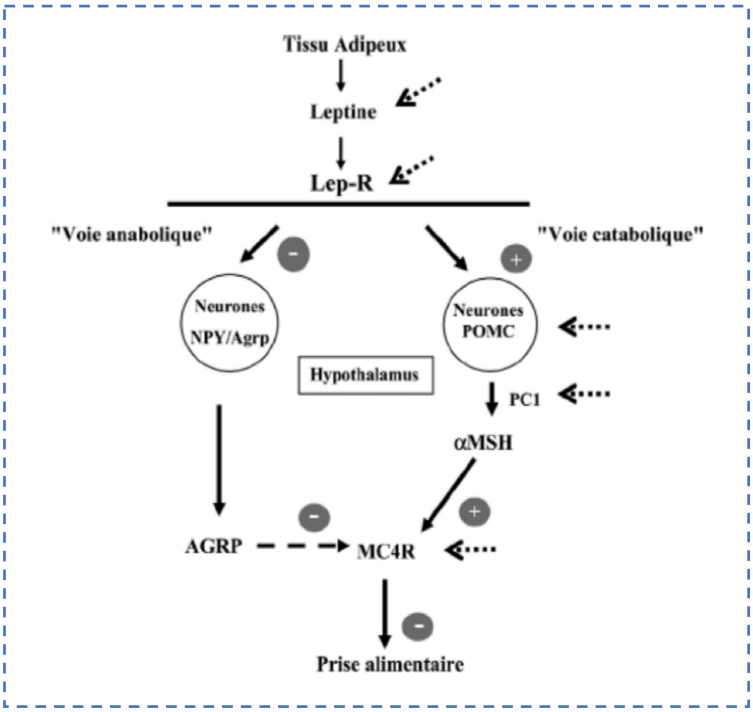


Figure 12 : Cascade de la voie hypothalamique

Lep- R : Récepteur la leptine ; NPY : Neuropeptide Y ; AgRP : Agouti Related Protein ; POMC : Pro-OpioMélanoCortine ; PC1 : Proconvertase 1 ; αMSH : α-Melanocyte Stimulating Hormone ; MC4R : Récepteur 4 de la mélanocortine.

1.5.1.2 Obésités polygéniques

Les obésités polygéniques sont plus fréquentes et sont dues à l'interaction de plusieurs gènes. Chaque gène séparément a peu d'impact sur le poids. Ce n'est que l'association de différents gènes et des facteurs environnementaux qui peut contribuer à participer à l'obésité. Les gènes impliqués sont ceux participant au contrôle de la prise alimentaire (NMB, HTR2C), la dépense énergétique (UCP1, UCP2, UCP3, ADRB2) et le métabolisme des lipides et des glucides (ADIPOQ, ADRB3, GNB3, NR3C1, PPARG) [2].

1.5.2 Facteurs environnementaux et nutritionnels

1.5.2.1 Modification de l'alimentation

La modification de l'alimentation joue un rôle dans la genèse de l'obésité que ce soit sur le plan quantitatif (la quantité de nourriture ingérée) ou qualitatif (la densité nutritionnelle des aliments).

La surconsommation de certains aliments comme les aliments riches en graisses, en glucides, ou la prise de boissons alcoolisées augmente l'apport calorique. Ceci est la conséquence d'un changement de mode de vie de la population. On trouve maintenant plus facilement de la nourriture bon marché, à forte densité énergétique, une augmentation des produits transformés (riches en graisses et en sucres), un accès à une restauration rapide avec des « fast food », la livraison à domicile [13]. Ces nouveaux modes de consommation incitent à la consommation et participent à la prise de poids. La publicité participe aussi à la consommation de certains aliments [14].

1.5.2.2 Sédentarité

La diminution de la dépense énergétique quotidienne est une des causes de prise de poids. La dépense énergétique est composée du métabolisme de base ou de repos, la thermogénèse induite par l'alimentation et l'activité physique. Il s'agit de la cause majeure en dehors d'une alimentation non équilibrée [2]. Le seuil minimal d'activité physique est de 30 minutes de marche soutenue au moins cinq fois par semaine. 40 % des hommes et 60 % des femmes ne respectent pas le seuil minimal. La sédentarité peut venir d'une augmentation du temps passé devant la télévision ou les jeux vidéo, au détriment des jeux extérieurs. On diminue également les trajets à pieds au profit des trajets en voitures. Notre mode de vie est responsable de la prise de poids.

1.5.2.3 Changement d'habitudes de vie

La diminution des repas en famille joue un rôle dans la prise alimentaire. On prend des repas sur le pouce qui dure moins longtemps, créant une sensation de faim plus rapidement. Le grignotage dans la journée peut faire basculer la balance énergétique : si l'on mange plus que l'on dépense de calories dans la journée.

L'arrêt de tabac joue un rôle dans la prise de poids. En effet, après un arrêt de tabac, on a fréquemment une prise de poids due au sevrage en nicotine. Les fumeurs ont un poids de 4 à 5 kg inférieurs par rapport aux non-fumeurs. Ceci s'explique par l'effet coupe faim de la cigarette, diminuant les apports alimentaires et l'augmentation de la dépense énergétique de repos créée par la nicotine. A la suite d'un arrêt de tabac, ils reprennent ces 4-5 kg ayant l'impression de prendre du poids, cependant on assiste à un retour à la normale. Il faut qu'ils augmentent leur activité physique pour ne pas reprendre ces kilos, car le métabolisme de base

est diminué. A l'officine, il faut bien conseiller et expliquer ce phénomène car les effets bénéfiques de l'arrêt de tabac sont importants (diminution des maladies cardiovasculaires) par rapport à la légère prise de poids [15].

1.5.2.4 Diminution du temps de sommeil

Selon les études, notamment celle de l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance (INSV), le manque de sommeil joue un rôle dans la prise de poids. Il existe un lien fort entre les individus ayant un sommeil court (inférieur à 6h par 24h) et la présence d'une obésité. Les recherches ont montré qu'une diminution du temps de sommeil est associée à une augmentation de la quantité de ghréline (hormone qui stimule l'appétit) et une diminution de la quantité de leptine (hormone qui diminue l'appétit) [16]. La qualité et la quantité de sommeil sont importantes pour la bonne régulation du comportement alimentaire [17] [18].

1.5.3 Causes psychologiques

L'obésité ne provient pas seulement d'erreurs nutritionnelles. Des causes psychologiques peuvent entrer en jeu. L'anxiété, la dépression ou le stress peuvent déclencher des mécanismes de compensations avec une prise excessive d'aliments pour pouvoir s'évader. Les émotions influencent notre prise alimentaire : mauvaise estime de soi, mauvaise image corporelle etc... Ceci devient un cercle vicieux car ces personnes s'isolent plus facilement, diminuant l'activité physique en collectif.

1.5.4 Causes iatrogènes

Certains médicaments sont à l'origine d'une prise de poids comme par exemple les neuroleptiques, certains antidépresseurs, antiépileptiques, antidiabétiques ou les glucocorticoïdes... La liste est importante comme on peut le voir dans le tableau (Tableau 4). Ils ont des mécanismes d'action différents agissant sur les systèmes de régulation de la prise alimentaire [7].

Tableau 4 : Médicaments favorisant une prise de poids, source HAS [7]

Classes pharmacologiques	Dénomination commune internationale
Neuroleptiques	
Normothymiques	Lithium
Antidépresseurs	Tricycliques antihistaminiques : amitriptyline Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : duloxétine
Antimigraineux	Pizotifène Methysergide Flunarizine
Antiépileptiques	Valproate de sodium Gabapentine Prégabaline Lévétiracétam
Traitements hormonaux	Contraceptifs oraux Acétate de cyprotérone, mégestrol, pegvisomant, danazol, raloxifène, Bazédoxifène
Corticoïdes	
Antidiabétiques	Insuline Sulfamides hypoglycémiants
Antihistaminiques antiallergiques	Cyproheptadine Kétotifène Cinnarizine

1.5.5 Causes endocriniennes

L'obésité peut être la conséquence de dérégulations métaboliques observées dans certaines pathologies comme un déficit en hormone de croissance, l'hypothyroïdie et le syndrome de Cushing [19].

1.5.6 Flore intestinale

Ces dernières années, la connaissance du microbiote intestinal a pris de l'ampleur. Ces découvertes ont montré que le microbiote intestinal joue un rôle dans le développement et le maintien de l'obésité [20].

Le microbiote intestinal, appelé également la flore intestinale est consitutée d'un microbiote dominant, d'un microbiote sous-dominant et d'un microbiote de passage. Ce microbiote est composé de plus de 500 espèces et contient environ 10^{14} bactéries. Les 3 familles

bactériennes prédominant le microbiote dominant sont : les *Firmicutes* (Gram positif), les *Bacteroidetes* (Gram négatif) et les *Actinobacteria* (Gram positif) [2]. Le microbiome (génome microbien) code ainsi un ensemble de gènes dépassant de 150 fois le génome humain. Le microbiote joue un rôle important en offrant des fonctions biologiques et métaboliques utiles pour l'hôte, qui ne peuvent pas être effectuées par le métabolisme humain. Cette symbiose complexe est dépendante d'interactions entre la génétique de l'hôte et des microbes, et de l'environnement [21].Chacun possède son propre microbiote intestinal. La composition finale de l'intestin est influencée par de nombreux facteurs [22], parmi eux on compte le type d'accouchement, le type d'alimentation, l'introduction des aliments solides, la génétique et l'environnement (Dewulf et al, 2011).

Deux études (Cotillard et al 2013 [23], Le Chatelier et al 2013 [24]) ont permis d'observer que les personnes obèses avaient un profil de microbiote intestinal particulier. Ces études montrent qu'il existe un lien entre la présence importante de certaines bactéries intestinales et l'obésité. Chez une personne obèse, on a une augmentation de l'efficacité de l'écologie microbienne dans l'extraction de l'énergie provenant de l'alimentation. Ceci a une action directe sur l'augmentation des triglycérides et du glucose par le foie. De plus, une personne obèse présente plus de bactéries *Firmicutes* et moins de *Bacteroidetes* [2].

Enfin, l'intestin est considéré comme notre deuxième cerveau. Les troubles du comportement alimentaire pourraient être liés à la composition du microbiote intestinal dont les recherches sont en cours.

1.6 Conséquences de l'obésité

L'excès de poids peut provoquer de nombreuses conséquences pour la santé.

1.6.1 Physiopathologie des complications

Les complications de l'obésité sont différentes d'un patient à l'autre, en fonction du niveau d'obésité, de la morphologie du tissu adipeux, de l'ancienneté de la prise de poids et des facteurs de risques cardiovasculaires pouvant être associés : âge, antécédents familiaux, tabac, diabète, hypertension artérielle, et dyslipidémie.

De plus, la localisation de la masse grasse, soit au niveau cutané ou soit au niveau viscéral, implique des complications différentes [2]:

- Une augmentation de la masse grasse sous-cutanée entraine des effets mécaniques : la charge articulaire est augmentée, la compliance thoracique est réduite, une hyperpression abdominale est présente, il y a fermeture précoce et rétrécissement des voies aériennes supérieures, le travail ventilatoire est augmenté et le retour veineux diminué ;
- Une augmentation de la masse grasse viscérale entraine des effets sécrétoires (des effets métaboliques et cardiovasculaires) : insulinorésistance, activation du système sympathique et activation du système rénine-angiotensine.

1.6.2 Différents types de complications

L'obésité est un problème de santé publique, entrainant des troubles médicaux. De nombreuses complications sont possibles pour les personnes en situation d'obésité comme des complications métaboliques, cardiovasculaires, respiratoires, ostéo-articulaires, digestives … (Tableau 5) [25]. On peut observer aussi l'augmentation du risque de certains cancers et des répercussions psychologiques.

Tableau 5 : Principales complications liées à l'obésité [4]

Métaboliques	- Insulinorésistance - Diabète de type 2
Cardiovasculaires	- Hypertension artérielle - Coronaropathie - Accidents vasculaires cérébraux - Insuffisance cardiaque - Thrombose veineuse
Respiratoires	- Syndrome d'apnées du sommeil - Hypoventilation alvéolaire - Insuffisance respiratoire
Ostéo-articulaire	- Gonarthrose - Coxarthrose - Lombalgies
Digestives	- Stéatose hépatique - Lithiases biliaires

	- Hernie hiatale - Reflux gastro-œsophagien
Rénales	- Hyalinose segmentaire et focale - Protéinurie
Gynécologiques	- Syndrome des ovaires polykystiques - Troubles de la fertilité
Cutanées	- Mycoses des plis - Lymphœdème - Lipœdème
Néoplasiques	- Cancer de l'œsophage, du colon-rectum, du pancréas, du rein, du sein post-ménopausique et de l'endomètre.
Psychosociales	- Dépression - Discrimination - Diminution de la qualité de vie

La prise en charge de la personne en situation d'obésité passe par la prise en charge des complications. Selon les études sur la relation entre IMC et mortalité (Figure 13), on remarque un risque accru de mortalité en fonction de l'IMC. Plus l'IMC augmente, plus le risque est élevé [26]. Lorsqu'une personne est en situation d'obésité, elle est sujette à de nombreuses maladies, augmentant le risque de mortalité.

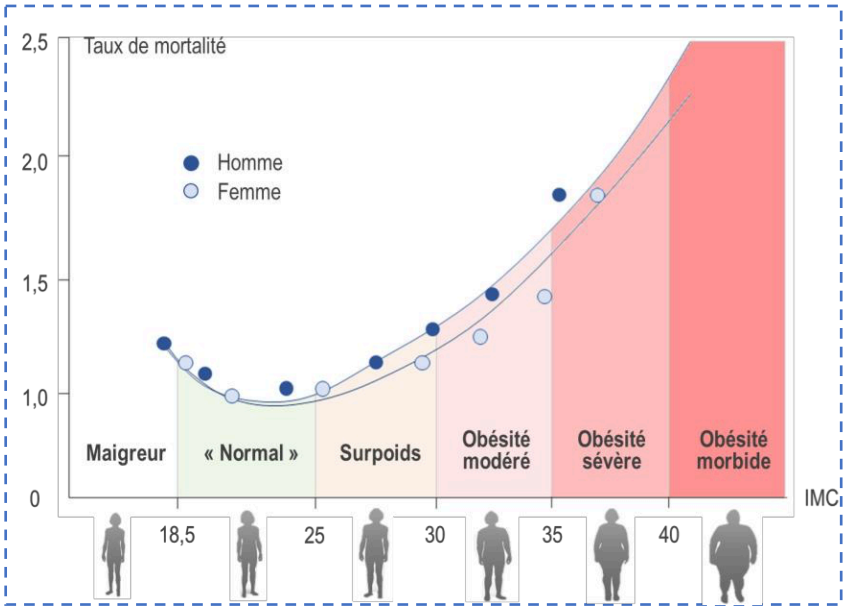


Figure 13 : Taux de mortalité en fonction de l'IMC, source ASTERES [26]

1.6.2.1 Complications métaboliques

Les complications métaboliques sont surtout liées au rôle sécrétoire et inflammatoire du tissu adipeux viscéral.

Une des complications possibles d'un excès de poids est l'apparition d'un diabète de type 2. L'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 est étroitement liée à la recrudescence de l'obésité. On estime qu'environ 90% du diabète de type 2 est attribuable à un excès de poids [27]. Le diabète se manifeste par une augmentation de la glycémie. Cependant, le diabète est une comorbidité car il faut en effet un défaut de sécrétion d'insuline. Lors d'une prise de poids, le pancréas ne peut plus assurer correctement son rôle de sécrétion d'insuline, entrainant ainsi une augmentation de la glycémie. Le diabète de type 2 est la conséquence d'une insulinorésistance musculaire et hépatique et d'un déficit sécrétoire insulinique de la cellule β pancréatique [2].

On peut aussi voir apparaitre un syndrome métabolique. Ce dernier associe une hypertriglycéridémie (supérieure à 1,5 g/l), un HDL-cholestérol bas (inférieur à 0,4 g/l chez l'homme et inférieur à 0,5 g/l chez la femme), une hypertension artérielle et une glycémie élevée (supérieure à 1 g/l). Pour être qualifié de syndrome métabolique, il faut au moins la présence de 2 des critères cités précédemment en plus d'un tour de taille élevé (supérieur à 94 cm pour l'homme et supérieur à 80 cm pour la femme) [2].

1.6.2.2 Complications cardiovasculaires

De nombreuses maladies cardiovasculaires [2] peuvent apparaître à cause de l'obésité. L'obésité viscérale augmente notamment le risque d'Hypertension Artérielle (HTA) ; cela se caractérise par une pression systolique supérieure à 140 mmHg et une pression diastolique supérieure à 90 mmHg (par activation du système sympathique et du système rénine angiotensine). Il y a trois fois plus de risque d'hypertension artérielle chez les personnes obèses que chez les non obèses. Les antihypertenseurs sont prescrits pour la prise en charge de l'HTA. L'obésité augmente également le risque d'insuffisance cardiaque. Cette insuffisance est favorisée par de nombreux autres facteurs : hypertension artérielle, insuffisance coronarienne, hypertension artérielle pulmonaire. Enfin, elle favorise la survenue d'évènements cardiovasculaires dont l'insuffisance coronarienne, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), l'infarctus du myocarde.

1.6.2.3 Complications veineuses et thromboemboliques

Les complications veineuses et thromboemboliques sont favorisées par l'augmentation de la pression abdominale sur le flux veineux des membres inférieurs. Cette pression entraine une stase veineuse provoquant certaines complications comme les varices [2].

1.6.2.4 Complications respiratoires

L'obésité peut entrainer de nombreuses conséquences sur le système respiratoire, diminuant la qualité de vie [2]. Elle peut provoquer un syndrome respiratoire restrictif, un syndrome d'apnée-hypopnées obstructives du sommeil, un syndrome d'hypoventilation alvéolaire ou d'un asthme.

Le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil couramment appelé apnée du sommeil, est favorisé par la présence de graisses viscérales. On observe des obstructions répétées complètes ou partielles des conduits respiratoires de l'arrière-gorge. Il s'agit de la survenue d'épisodes fréquents d'interruption (apnée) ou de réductions (hypopnées) de la respiration durant le sommeil. Les pauses durent de 10 à 30 secondes et peuvent se répéter plusieurs fois durant la nuit. On compte 20 % de personnes obèses qui ont ce syndrome et 70 % des personnes qui ont ce syndrome présentent une obésité. On reconnait un syndrome d'apnée du sommeil grâce à des signes cliniques évocateurs : ronflements, pauses respiratoires pendant le sommeil, nycturie, sommeil non réparateur, céphalées au réveil, somnolence diurne. Une amélioration de ce syndrome voire une guérison peut être observée à la suite d'une perte de poids. La prise en charge de ce syndrome est la ventilation par pression positive continue [28].

Le syndrome d'hypoventilation alvéolaire associe une hypoxémie (Pression partielle de l'oxygène inférieure à 70 mm Hg) et une hypercapnie (Pression partielle de dioxyde de carbone supérieure à 45 mmHg).

1.6.2.5 Complications hépato-digestives

L'obésité augmente le nombre de complications digestives et hépatiques [2]. Le Reflux Gastro-Œsophagien (RGO) peut être induit par une pression abdominale ou par de mauvaises habitudes alimentaires. Sa prise en charge repose sur des mesures hygiéno-diététiques (par exemple : éviter les aliments entrainant le RGO, ne pas s'allonger après le repas) et les

traitements antiacides. On retrouve d'autres complications comme la lithiase biliaire et la stéatose hépatique.

1.6.2.6 Complications rénales

L'obésité entraine un changement de morphologie du glomérule rénal (à cause de l'augmentation de la charge et de la rétention sodées). Ainsi, il est possible pour une personne en situation d'obésité d'avoir une protéinurie, pouvant évoluer vers une Insuffisance Rénale Chronique (IRC). Il faut ainsi être vigilant avec ces personnes car une modification cinétique est possible et cela induit une modification du cycle de vie du médicament dans l'organisme [2].

1.6.2.7 Complications rhumatologiques et ostéo-articulaires

L'excès de poids peut avoir des conséquences néfastes sur le squelette, en particulier les articulations, entrainant une souffrance des articulations du rachis et des membres inférieurs. Les conséquences les plus fréquentes sont la gonarthrose fémorotibiale, les lombalgies et les lombosciatalgies. La perte de poids permet d'améliorer la qualité de vie en préservant ces articulations [2].

1.6.2.8 Complications urogénitales

Une des complications urogénitales est l'apparition d'une incontinence urinaire surtout chez les femmes à cause de l'augmentation de la pression intra-abdominale. La pression augmente les contraintes sur la vessie pouvant provoquer une incontinence d'effort, par impériosité ou mixte. Chez les personnes en situation d'obésité, des troubles de la fertilité sont fréquents : soit directement liés à l'obésité (troubles de l'ovulation dus à l'hyperœstrogénie), soit lié au syndrome des ovaires polykystiques (entrainant un risque élevé de fausse couche) [2].

1.6.2.9 Complications dermatologiques

Dans les complications dermatologiques, on retrouve les mycoses des plis sous mammaires et inguinaux, le lymphœdème (qui apparait lors d'un défaut de drainage lymphatique) avec parfois un érysipèle, l'insuffisance veineuse, les vergetures (qui sont plus ou moins marquées en fonction d'une prise rapide ou lente de poids). Dans des cas très rares, on

peut avoir une pathologie de type *Acanthosis Nigricans,* parfois associée au diabète. On la reconnait par un aspect grisâtre au niveau du cou et de la nuque [2].

1.6.2.10 Complications psychologiques et sociales

Les différentes complications possibles énoncées précédemment peuvent altérer la qualité de vie. Cela peut entrainer des conséquences psychologiques avec un risque de dépression, d'anxiété et des troubles du comportement alimentaire.

Il existe une corrélation entre l'obésité et la dépression. Des enquêtes mondiales indiquent qu'environ 5% de la population mondiale (environ 300 millions de personnes) souffre de troubles de l'humeur (OMS, 2017)[29]. Les données épidémiologiques indiquent que les personnes obèses ont un risque accru de développer des troubles de l'humeur tels que le trouble dépressif majeur, qui représente le type de dépression le plus répandu (Mansur et al., 2015). La relation entre l'obésité et la dépression est bidirectionnelle : les personnes souffrant de dépression ont un risque 50% plus élevé de développer l'obésité et, à l'inverse, les personnes obèses ont un risque accru de développer des symptômes dépressifs et des épisodes maniaques [29]. Cela concerne les deux sexes, mais de manière plus importante les femmes. L'étude (Tyrrell et al, 2019) montre en effet que l'état dépressif est plus élevé chez une femme obèse par rapport à celle ayant un IMC normal [30].

L'anxiété est également importante chez les personnes en obésité pour deux principales raisons. D'une part, l'obésité est une source de discrimination sociale entrainant une anxiété. Ces patients obèses peuvent en effet se sentir stigmatisés, ce qui peut générer une perte de confiance en eux [2]. D'autre part, certaines personnes obèses ont un style de vie peu actif entrainant des questionnements plus importants sur eux à l'origine d'une anxiété [31]. Une prise en charge psychologique peut par conséquent s'avérer nécessaire dans la perte de poids pour se réapproprier l'image de soi [31].

1.6.2.11 Cancers

Selon les données en France de l'Institut National du Cancer (INCa) de 2015, l'obésité augmente le risque de la fréquence de certains cancers comme le cancer du sein post-ménopausique, du colon-rectum, de l'œsophage, du pancréas, du rein et de l'endomètre. Pour

ces cancers, le niveau de preuve est convaincant [32]. En France 1,4 % des cancers de l'homme et 2,3 % des cancers de la femme sont liés au surpoids et à l'obésité [2].

1.6.2.12 Modifications pharmacocinétiques

Les phénomènes de modification pharmacocinétique sont complexes et ne se résument pas seulement à une augmentation du volume de distribution. La personne en situation d'obésité a un changement de ces paramètres pharmacocinétiques (distribution, métabolisme et élimination) modifiant le cycle de vie du médicament. Cependant, il faut garder à l'esprit que les caractéristiques individuelles du patient rentrent en jeu.

A. Absorption

Il n'y a pas de modification de l'absorption des médicaments *per os*. Les médicaments absorbés par voie orale sont très peu modifiés. Les seuls cas de modification d'absorption des médicaments possibles par voie orale concernent les personnes ayant réalisé la méthode du bypass gastrique (technique de chirurgie bariatrique qui induit un syndrome de malabsorption) [33]. Il est préférable d'éviter la voie sous-cutanée car cette voie est peu précise en cas de couche lipidique importante.

B. Distribution : liaison aux protéines et volumes de distribution

L'obésité entraine un syndrome inflammatoire augmentant les protéines de l'inflammation. Ainsi, l'α1-glycoprotéine acide est augmentée chez ces personnes. Cette protéine lie les agents faiblement basiques, diminuant la fraction libre (active) de ces agents. Par exemple, cela concerne l'érythromycine, la lidocaïne, le propranolol et le vérapamil [33].

De plus, on observe une modification des volumes de distribution chez les personnes obèses. On retrouve une augmentation du compartiment de la masse grasse mais également une augmentation du volume sanguin et des principaux organes. On doit donc administrer des doses plus importantes de médicaments pour obtenir le même effet. L'augmentation de la masse grasse entraine par conséquent dans une moindre mesure une augmentation de la masse maigre. Le volume de distribution est modifié et la distribution des médicaments hydrosolubles l'est également. La distribution des médicaments à travers la masse graisseuse dépend de leur solubilité, exprimée par le coefficient de partage P octanol/eau. Ainsi, un médicament

hydrosoluble (comme le salicylate ou la digoxine) aura un volume de distribution peu modifié tandis qu'un médicament lipophile (comme une benzodiazépine) aura une concentration circulante diminuée [33].

C. Métabolisme

Des modifications de l'hémodynamique influent sur la cinétique des médicaments. Le débit cardiaque ainsi que le volume sanguin total sont augmentés. Chez les personnes obèses, le foie est plus important du fait d'une augmentation du nombre et de la taille des cellules parenchymateuses. Cependant, on peut avoir une infiltration graisseuse du foie voire une fibrose hépatique, compromettant la fonction de cet organe. La clairance de la plupart de médicaments qui subissent un métabolisme de phase I (oxydation, réduction, hydrolyse) est peu modifiée en dépit d'une activité marquée de certains cytochromes P450. Par contre, la clairance hépatique des agents conjugués subissant un métabolisme de phase II (glucuroconjugaison) augmente de façon proportionnelle au poids du corps [33].

D. Élimination rénale

L'élimination des médicaments passe par le rein. Le rein est de taille plus importante comme la plupart des organes chez une personne obèse avec une augmentation du débit de filtration glomérulaire et de sécrétion tubulaire. Il est nécessaire de calculer le débit de filtration glomérulaire (DFG) chez une personne obèse pour éviter les sous-dosages ou surdosages. Cependant la formule habituelle de Cockcroft et Gault n'est pas adaptée aux personnes ayant un IMC supérieur à 30 kg/m^2. On utilise alors la formule dite MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) (Équation 3) [33].

Équation 2 : Formule simplifiée du MDRD

$$Cl\ cr = 186{,}3 \times (créat \times 0{,}0113)^{-1{,}154} \times Age^{-0{,}203} (\times 0{,}742 \text{ si femme}) \text{ en ml/min/1,73m}^2$$

Avec :

Cl cr : estimation de la clairance de la créatinine en mL/min/1,73m^2

Créat : créatininémie en µmol/L

Age : âge en années.

Ces paramètres sont primordiaux à prendre en compte. Cependant ils sont difficiles à appréhender car il y a également de nombreuses variabilités interindividuelles. Pour le professionnel de santé, il faut être vigilant avec ces personnes pour lesquelles l'adaptation posologique est essentielle car les risques de surdosage ou sous-dosage sont importants.

En conclusion, de très nombreuses complications sont générées par l'obésité. De plus, l'impact économique est très important [34]. Le coût social des personnes obèses ou en surpoids est d'environ 660 euros par personne en 2012, selon le ministère de l'économie. Comme leur nombre s'accroit, il est essentiel de mettre en œuvre des mesures de santé publique [35].

1.7 Les diverses prises en charge

La prise en charge de l'obésité repose sur une perte de poids de 5 à 10 % par rapport au poids initial selon la HAS et surtout sur le maintien de ce poids dans la durée. La perte de poids au-delà de 5 à 10% de son poids actuel nécessite de passer par la chirurgie bariatrique.

La prise en charge de ces patients consiste également à améliorer leur qualité de vie. Le traitement optimal de l'obésité nécessite l'association de conseils alimentaires, de recommandations concernant l'activité physique et un soutien psychologique. Des traitements médicamenteux ou une chirurgie bariatrique sont parfois nécessaires dans certaines situations, en fonction de l'IMC du patient (Tableau 6) [4]. Tout ceci peut s'intégrer dans une démarche d'éducation qui fera l'objet de la deuxième partie de la thèse.

Tableau 6 : Indications des différents traitements de l'obésité [4]

IMC (kg/ m²)	25-27	27-30	30-35	35-40	> 40
Mesures hygiéno-diététiques	+	+	+	+	+
Médicaments		Si comorbidités	+	+	+
Chirurgie				Si comorbidités	+

1.7.1 Conseils diététiques

Tout d'abord, la thérapeutique de première intention d'une personne en situation d'obésité repose sur des mesures hygiéno-diététiques. On conseille de diminuer la quantité d'aliments si la quantité ingérée est supérieure aux besoins de la personne en termes de calories. Un homme consomme entre 2 200 et 2 500 calories par jour et une femme entre 1 900 et 2 200 calories par jour. Ce sont des estimations car un sportif de haut niveau a besoin de plus de calories par rapport à une personne ne pratiquant aucune activité physique. Si ce n'est pas le cas, on conseille de diminuer les aliments à forte densité énergétique comme par exemple les apports de lipides. La lecture des étiquettes est également primordiale pour connaitre les divers apports. Pour cela, des repères nutritionnels sont transmis aux français. Nous verrons dans un temps les recommandations pour l'ensemble de la population et dans un second temps les points de vigilance particulièrement importante pour la personne en situation d'obésité.

1.7.1.1 Recommandation pour l'ensemble de la population

A. Anciennes recommandations alimentaires

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS), lancé en janvier 2001, a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition. Le PNNS 3 (2011-2015) propose les repères suivants [36] :

- Fruits et légumes : au moins 5 par jour,
- Produits laitiers : 3 par jour (lait, yaourt, fromage)
- Féculents : à chaque repas et selon l'appétit,
- Viandes, poissons, œufs : 1 à 2 fois par jour,
- Matières grasses : à limiter (privilégier les matières grasses végétales),
- Produits sucrés : à limiter,
- Sel : à limiter,
- Eau : à volonté pendant et entre les repas,
- Augmenter son activité physique.

B. Nouvelles recommandations alimentaires : PNNS 4 (2019- 2023)

Santé publique France a formulé de nouvelles recommandations sur la nutrition et l'activité physique basées sur les rapports de l'ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail) et l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique. Ces recommandations ont pour objectif d'être comprises par toute la population française, d'être réalisables par tous en réduisant les inégalités sociales [37].

Ces nouvelles recommandations simplifiées [37] sont non quantifiées rendant les recommandations plus simples (Figure 14). On recommande une augmentation de la consommation en fruits et légumes, en particulier les fruits à coque et les légumes secs. Le fait maison doit être privilégié et l'activité physique également.

Au niveau nutritionnel, Santé Publique France recommande de se diriger vers une alimentation Bio, en privilégiant les aliments de saison et les produits locaux. De plus, on conseille une alternance de consommation de poissons gras et maigres, une consommation de pain complet ou aux céréales, l'utilisation d'huiles végétales (type colza, olive…).

Dans les nouvelles recommandations, on recommande de réduire sa consommation de viande (porc, bœuf, mouton, veau, agneau, abats), de charcuterie, de boissons et produits sucrés, de produits salés et d'alcool. Pour aider les personnes dans leur choix nutritionnels, un nutri-score a été créé dont nous allons l'aborder en détail dans le chapitre suivant « Nutri-score ». Il est recommandé de réduire la consommation de produits ayant un nutri-score D et E. Enfin, il faut réduire l'inactivité, le temps passé assis car la sédentarité est devenue un problème majeur d'augmentation de l'obésité.

Figure 14 : Nouvelles recommandations PNNS 2019, source Manger Bouger [38]

Pour les personnes qui souhaitent avoir des précisions supplémentaires, des recommandations plus détaillées intégrant notamment la taille des portions conseillées sont également formulées [37].

Augmenter :

- Les fruits et légumes : il est recommandé de manger au moins 5 fruits et légumes par jour, sous n'importe quelle forme (qu'ils soient frais, surgelés ou en conserve). Cependant, s'il est trop difficile pour certaines personnes de manger 5 fruits et légumes,

il faut noter qu'une augmentation même légère de sa consommation de fruits et légumes est bénéfique pour sa santé. Les fruits sous forme de jus sont très sucrés et pauvres en fibres, il n'est donc pas recommandé d'en boire plus d'un verre par jour mais de préférer un fruit pressé. La recommandation pour les fruits séchés est une consommation occasionnelle car ce sont des aliments très sucrés. Par rapport aux précédentes recommandations du PNNS, on voit apparaitre des recommandations concernant la consommation des fruits à coque. Il est recommandé d'en consommer une petite poignée par jour car ce sont des aliments riches en oméga 3 comme par exemple les noix, noisettes, amandes, pistaches etc…

- Les légumes secs : lentilles, haricots, pois chiches … Il est recommandé de consommer au moins deux fois par semaine des légumes secs car ce sont des aliments riches en fibres et en protéines végétales.

- L'activité physique : Santé Publique France recommande au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour. L'activité physique est bénéfique pour la santé. Il est recommandé de pratiquer deux fois par semaines des activités de renforcement musculaire, d'assouplissement et d'équilibre. De plus, dans le quotidien, on peut trouver de nombreuses occasions d'être plus actif, par exemple dans les activités du quotidien (prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur, se déplacer à pied ou à vélo à la place de prendre la voiture) ou par la pratique d'activités physiques de loisirs (natation, jeux de ballon, jardinage…). Cependant, il est recommandé d'y aller progressivement dans l'augmentation de son activité physique surtout s'il s'agit d'une reprise de sport. Ce point sera développé au chapitre 1.7.2.

<u>Aller vers</u> :

- Les féculents complets : Santé Publique France recommande de consommer au moins un féculent complet par jour car ils sont riches en fibres (pain complet ; riz complet ; pâtes complètes…).

- Le poisson : en ce qui concerne la consommation de poisson, il est recommandé de manger deux fois par semaine du poisson dont un poisson gras (par exemple sardines, maquereau, hareng, saumon …) car ces derniers sont riches en acides gras oméga 3. La consommation de poissons sous diverses formes, frais, surgelés ou en conservés sont tout aussi bonnes pour la santé. Il existe ainsi une grande variété de poissons et de

recettes possibles. Cependant, il est préférable d'alterner la consommation de espèces diverses car certaines peuvent contenir des polluants.

- L'huile de colza, de noix et d'olive : les matières grasses ajoutées comme l'huile, la margarine et le beurre, peuvent être consommées en petites quantités tous les jours. Cependant, il est préférable de privilégier comme les huiles de colza ou de noix, qui sont riches en oméga 3 et bénéfiques pour la santé.

- Les produits laitiers (yaourts, fromage, fromage blanc…) : les nouvelles recommandations passent de 3 à 2 produits laitiers par jour. On peut alterner les diverses formes de laitage pour varier les plaisirs. Par contre, la crème fraiche et le beurre ne sont pas considérés comme des produits laitiers car même s'ils sont issus du lait, ils sont riches en graisses. Il en va de même pour les desserts lactés (crèmes desserts, flans…) car ceux-ci sont souvent trop riches en sucres et ne contiennent en général que très peu de lait.

- Le bio : il est recommandé d'acheter des produits bio.

<u>Diminuer</u> :

- L'alcool : Selon Santé Publique France, il est recommandé de limiter sa consommation d'alcool à deux verres par jour maximum et de ne pas avoir une consommation quotidienne. Les risques d'une santé altérée augmentent avec la quantité consommée. Pour les personnes consommant de l'alcool régulièrement, il est recommandé de ne pas consommer plus de 10 verres par semaines et pas plus de 2 verres par jour, en ayant des jours sans consommation pour éviter la dépendance et les risques associés. Lors des occasions de consommation d'alcool, il est recommandé de boire lentement, pendant les repas, en alternance avec de l'eau pour permettre de réduire la quantité totale d'alcool consommée.

- Les boissons sucrées, aliments gras, sucrés, salés et « ultratransformés » (AUT) : il est conseillé de diminuer leur consommation. On recommande de boire de préférence de l'eau, qu'on peut prendre sous forme de thé, café ou d'infusions non sucrés, en limitant la consommation de jus de fruits, de boissons sucrées, de sodas, et des boissons énergisantes…

- Les produits salés : la réduction du sel est recommandée. Par exemple, on peut diminuer la quantité de sel que l'on ajoute en cuisinant nos plats. Les épices, condiments, aromates, et fines herbes peuvent être utilisés à la place du sel pour assaisonner et donner du goût aux plats. Si l'on prend du sel, il est préférable de privilégier le sel iodé.

- La charcuterie : concernant la charcuterie, il est préférable de réduire sa consommation de charcuterie à 150 g par semaine (soit pour avoir une signification plus précise 3 tranches de jambon blanc). Il existe divers aliments de charcuterie : saucisses, lardons, bacon, jambon de volaille… Mais il est recommandé de privilégier le jambon blanc ou encore le jambon de volaille.

- La viande : la recommandation principale est de privilégier la volaille et limiter la consommation des autres viandes à 500 g par semaine. Pour le plaisir, il est bien d'alterner dans la semaine la viande, la volaille, les œufs et le poisson.

- Le temps passé assis : il est bénéfique pour la santé de réduire le temps passé assis et de prendre le temps de marcher. Il faut faire également attention au temps passé devant les écrans.

Santé publique France a adapté ces recommandations en fonction de l'adhésion et de la mise en pratique des consommateurs. D'ailleurs le terme des « repères » nutritionnels présents dans tous les anciens messages de nutrition est remplacé par « recommandations » car mieux accueilli par les personnes ayant participé à l'étude.

1.7.1.2 Les points de vigilance nutritionnels pour la personne obèse

Pour les personnes en situation d'obésité, il faut promouvoir l'équilibre alimentaire mais sans interdits alimentaires. Ils peuvent manger de tout mais en quantité raisonnable.

Il est conseillé de garder un rythme pour les repas, de réaliser 3 repas à heure fixe et assis, avec une collation dans l'après-midi. Pour cela, il est déconseillé de sauter des repas pour garder un rythme et ne pas manger entre deux. Le partage des repas en famille participe à la bonne régulation du comportement alimentaire, en réalisant des repas équilibrés et variés. Il faut faire un repas commun et adapter la quantité en fonction des besoins de chacun (ne pas consommer au-dessus de ses besoins) [39].

Le patient en situation d'obésité doit réapprendre à manger équilibré, lentement et être attentif aux signaux de rassasiement et de faim. Il faut insister sur l'allongement des temps de mastication et d'ingestion (au moins 20 minutes pour un repas) qui sont souvent réduit et renforcer l'attention sur les sensations gustatives. Ceci est important afin de limiter les grignotages.

Il ne faut pas faire de régime. Un régime trop restrictif et déséquilibré comporte des risques. En effet, si cela entrainer une perte de poids, la reprise des anciennes habitudes alimentaires induira une reprise du poids encore plus importante (avec moins de muscles) [13]. Cela fait culpabiliser les patients qui n'arrêtent pas d'avoir un effet « yoyo » avec leur poids. Il s'agit du cercle vicieux des régimes [2].

Les patients en situation d'obésité doivent limiter la consommation d'aliments dits « Ultratransformés » (AUT) d'origine industrielle. Les aliments sont définis AUT par la classification NOVA comme « des substances alimentaires modifiées par les processus chimiques et assemblés au sein de produits alimentaires et de boissons peu chers, faciles d'emploi, hyperpalatables, contenant divers additifs » [40]. L'étude épidémiologique française NutriNet-Santé montre qu'une consommation plus élevée d'ATU était associée à des risques plus élevés de maladies cardiovasculaires, coronariennes ainsi que certains cancers notamment du sein [41]. Cependant, l'étude est réalisée chez des personnes ayant un niveau socio-culturel et une qualité supérieure à la moyenne nationale, donc il est probable que dans la population générale, leur consommation soit plus importante avec des sur-risque. Lors de létude, on remarque que les plus fort consommateurs d'ATU ont un IMC plus élevé, 85 % des aliments classés E par le Nutri-score figurent dans les AUT. Les ATU considérés ici appartiennent à tous les groupes d'aliments mais seuls les boissons, graisses et sauces, viandes-poisson-œuf et produits sucrés ultra-transformés sont significativement associés au risque mais non les fruits et légumes. Il est ainsi recommandé de limiter leur consommation quotidienne à 20 % de notre alimentation journalière [40].

1.7.1.3 Le Nutri-score

Il s'agit d'un logo présent sur les emballages des produits alimentaires transformés et des boissons. Certains produits dit non transformés comme les fruits, légumes ou poisson frais ne sont pas concernés par le Nutri-score. Il en est de même pour les boissons alcoolisées. Ce logo n'est pas obligatoire. Il s'agit d'un choix de la part des agroalimentaires et des distributeurs de mettre ce logo sur les produits pour informer les consommateurs. Les produits sont classés entre 5 niveaux (Figure 15) allant du produit le plus favorable sur le plan nutritionnel (Classe A) au moins favorable (Classe E). Ce score est conçu en prenant compte la teneur en nutriments, les aliments à favoriser (fibres, protéines, fruits et légumes) et la teneur en nutriments à limiter (sucre, sel, acides gras saturés…). Ainsi une lettre est donnée en fonction de ces critères. Cela permet d'aider les consommateurs à faire un choix entre plusieurs produits [42].

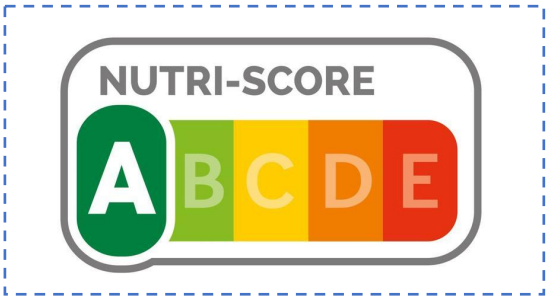


Figure 15 : Nutri-score classe A, source Manger Bouger [42]

1.7.2 Activité physique

L'activité physique est également essentielle dans la prise en charge de l'obésité. Elle constitue à part entière un élément de la prise en charge. Elle permet dans une faible mesure de perdre du poids, mais elle permet avant tout de développer une masse maigre (les muscles), diminuant les complications de l'obésité (métaboliques, respiratoires et cardiovasculaires) et améliorant la qualité de vie.

1.7.2.1 Définition

Selon l'OMS, l'activité physique correspond à tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la valeur de repos [2]. Les activés physiques sont classées en 4 domaines [43] :

- les activités physiques liées aux transports (déplacements actifs, pour se rendre sur le lieu de travail, etc.) ;

- les activités domestiques (travaux de bricolage, d'entretien domestique, etc.) ;
- les activités professionnelles ;
- les activités de loisirs (activités pratiquées pendant les temps de loisirs, incluant les sports et les exercices physiques).

1.7.2.2 Fréquence

Les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins 150 minutes d'activités d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue par semaine. Cependant, pour obtenir des bénéfices sur la santé, la fréquence doit être augmentée. La fréquence d'activité physique recommandée pour avoir des bénéfices optimums sur la santé est 300 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou 150 minutes d'intensité soutenue par semaine [44]. On parle d'inactivité physique lorsque le niveau d'activité physique est inférieur au seuil d'activité physique recommandé [45].

1.7.2.3 Intensité

Dans l'activité physique, on distingue 3 niveaux d'intensités : faible, modérée et élevée qui correspondent à différents types d'activités (Tableau 7) [46].

Tableau 7 : Équivalence de l'activité physique, source Collège Aquitain de prévention cardio-vasculaire [46]

	Intensité	Faible	Modérée	Élevée
Activités physiques	Quotidienne	Laver la vaisselle, Repasser, Dépoussiérer, Bricoler, Arroser le jardin	Laver les vitres ou voiture, Passer l'aspirateur, Jardiner, Ramasser les feuilles	Bêcher le jardin
	De déplacement	Marche lente, Faire du vélo tranquillement	Marche rapide, Faire du vélo	Marche sportive, Grimper une côte à vive allure, Faire du vélo à vive allure
	De travail	Travail de bureau ou sur ordinateur, Cuisiner	Débroussailler Tondre la pelouse	Faire des travaux de force, Soulever/ déplacer de lourdes charges
	De loisir	Jouer un instrument de musique, Pétanque, Billard, Bowling, Tennis de table, Danse de salon	Danser, Jardiner, Faire du bricolage, Vélo, Natation, Ski alpin	Courir, Nage rapide, VTT, Football, Basketball, Volleyball, Tennis, Sport de combat, Squash
	Temps	45 minutes	30 minutes	20 minutes

1.7.2.4 Bénéfices de la pratique d'une activité physique

Les bénéfices que l'activité physique peut provoquer sont nombreux notamment : le maintien de l'état de santé, la prévention des pathologies chroniques, l'amélioration et le traitement des pathologies chroniques (Tableau 8) [47].

Tableau 8 : Principaux bénéfices pour la santé d'une pratique d'activité physique régulière chez l'adulte [4]

Maintien de l'état de santé	- Réduction de la mortalité prématurée - Amélioration de la qualité de vie - Maintien de l'autonomie chez la personne âgée - Régulation du poids corporel : aide à brûler davantage de calories
Prévention des pathologies chroniques	- Cancer - Maladies cardio-vasculaires - Maladies métaboliques (diabète de type 2, dyslipidémie) - Ostéoporose
Amélioration et traitement des pathologies chroniques	- Anxiété, dépression - Cardiomyopathie ischémique - BPCO - Obésité, diabète de type 2 - Maladies neurologiques, rhumatismales et dégénératives

On peut constater que l'activité physique réduit la mortalité (Figure 16). La relation observée entre la quantité d'activité physique pratiquée et le gain en termes de santé suit une courbe curvilinéaire. Les effets bénéfiques en termes de santé (cardiovasculaire) sont liés à la quantité quotidienne et non à son intensité [2].

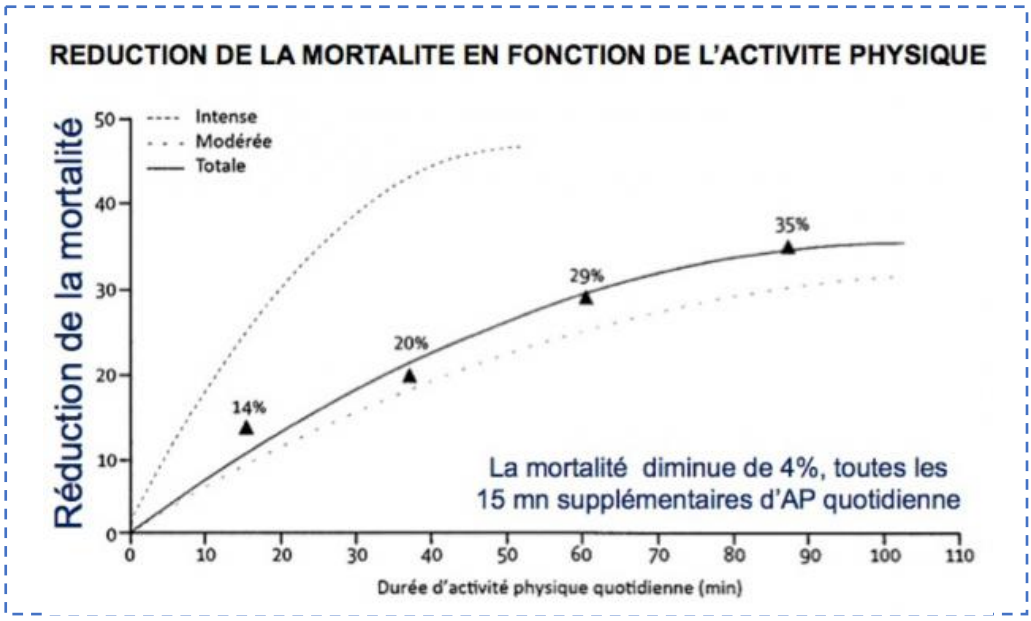


Figure 16 : Courbe dose-réponse de la relation entre le temps d'activité physique et le gain en termes de santé, source OMS [48] *AP ; Activité physique*

Enfin, l'activité physique influe positivement sur le moral et contribue au mieux-être. Il s'agit d'un moyen de se détendre, se faire plaisir, déstresser et se vider la tête. Le sport permet la production d'endorphine (hormone du plaisir) qui donne une sensation de bien-être après l'activité.

1.7.2.5 Inconvénients de la pratique d'une activité physique

L'activité physique n'a pas de retentissement négatif sur la santé, en dehors de douleurs qui peuvent être ressenties après la reprise d'une activité physique plus intense. L'activité physique n'est contre indiquée que dans quelques pathologies. On recommandera alors l'avis d'un cardiologue et un équilibre nutritionnel optimal. Il y a plus d'avantages à réaliser une activité sportive qu'à ne pas en faire [49].

1.7.3 Traitement médicamenteux

Les traitements médicamenteux sont envisagés uniquement s'il y a eu un échec des mesures hygiéno-diététiques, pour les personnes ayant un IMC supérieur à 30 kg/m^2 ou ayant un IMC supérieur à 27 kg/m^2 avec des comorbidités.

Après de nombreux retraits de traitements, un seul médicament est autorisé en France. Il s'agit de l'Orlistat (Xenical ®) commercialisé par le laboratoire Roche. C'est un inhibiteur de la lipase intestinale, permettant la diminution de l'absorption intestinale des graisses. Il est sous forme de gélules dosées à 120 mg. Il est indiqué dans le traitement de l'obésité pour les personnes ayant un IMC supérieur à 30 kg/m^2 ou dans le traitement du surpoids s'il présente un IMC supérieur à 27 kg/m^2 associé à des facteurs de risque. Tout médecin peut prescrire ce médicament. Cependant, l'effet thérapeutique est modeste (moins de 3 kg au bout de 4 ans de traitement selon les études) avec de nombreux effets indésirables en particulier digestifs. C'est un médicament non remboursé [50].

Les autres médicaments, présents sur le marché il y a plusieurs années, ont été retirés à cause de leurs effets secondaires. Des études sont en cours pour trouver de nouvelles thérapeutiques comme par exemple les molécules agissant sur la régulation de l'appétit (neuropeptides d'action centrale, modulateurs de la neurotransmission monoaminergique), les peptides intestinaux et leurs analogues (analogue Glucagon-Like Peptide 1), ou encore la

leptine. De plus, la modulation du microbiote apparait comme une voie possible de thérapeutique, car ce dernier joue un rôle dans l'obésité [2].

1.7.4 Traitements chirurgicaux de l'obésité

La dernière prise en charge possible de l'obésité est la chirurgie bariatrique. Ce n'est pas un choix de première intention. Elle intervient après l'échec des mesures hygiéno-diététiques et psychologiques menées pendant au moins 6 mois. Ce n'est pas une intervention anodine, car elle peut engendrer de nombreuses complications par la suite. Elle doit être réfléchie et accompagnée d'une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, nutritionnelle, psychologique …) avant et après opération. Cependant, cette prise en charge a pour but d'améliorer la qualité de vie des patients [51].

1.7.4.1 Indications de la chirurgie

Selon la HAS, pour accéder à la chirurgie, il faut respecter certaines indications afin de pouvoir être remboursé [51]:

- Soit avoir un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m^2,
- Soit avoir un IMC supérieur ou égal à 35 kg/m^2 associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée par la chirurgie, telle que l'hypertension artérielle, le syndrome d'apnée du sommeil, le diabète de type 2, les maladies ostéo-articulaires invalidantes, la stéatohépatite non alcoolique, les maladies neurologiques… On ne peut pas réaliser une opération en dessous d'un IMC inférieur à 35.

De plus, la personne doit répondre à d'autres critères [51] :

- Être âgé entre 18 et 60 ans,
- Avoir suivi sans succès un traitement nutritionnel et psychothérapeutique bien conduit pendant environ 6-12 mois,
- Absence de perte de poids suffisante ou de maintien de la perte de poids,
- Personnes bien informées au préalable et ayant bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge préopératoire pluridisciplinaire,
- Patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical post-opératoire à vie,
- Risque opératoire acceptable.

La décision d'intervention de la chirurgie bariatrique est prise au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

1.7.4.2 Contre-indications

La chirurgie présente diverses contre-indications [51] :

- Les troubles cognitifs ou mentaux sévères (comme la schizophrénie) ;
- Les troubles sévères du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, compulsions alimentaires sévères) ;
- La dépendance à l'alcool (alcoolisme) ou substances psychoactives licites et illicites (toxicomanie) ;
- La contre-indication à l'anesthésie générale ;
- Les maladies mettant en jeu le pronostic vital ;
- L'absence de prise en charge médicale préalable identifiée ;
- L'incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé.

Lors d'une RCP, le rejet de chirurgie peut venir du chirurgien s'il trouve que le rapport bénéfice/risque n'est pas adapté, du psychologue s'il remarque que l'opération risque d'occulter une maladie psychiatrique, du diététicien si le patient souffre d'addiction aux sucres ou présente un mauvais équilibrage alimentaire, de l'endocrinologue si le patient prend des traitements ou souffre de pathologies et qu'il n'est pas encore équilibré, de l'anesthésiste s'il trouve son état de santé à risque. Dans certains cas la chirurgie peut être reportée, après une prise en charge adéquate [51] .

1.7.4.3 Le suivi préopératoire

Pour pouvoir réaliser une chirurgie bariatrique, il faut faire un suivi préopératoire. Entre l'accord du chirurgien pour réaliser la chirurgie et l'acte chirurgical, il faut minimum 6 mois, mais la plupart des chirurgiens conseillent 1 an pour que le patient se prépare bien à cette chirurgie. Au cours de cette période de préparation, les patients sont hospitalisés pour suivre des ateliers de diététique, une prise en charge psychologique et réaliser des examens médicaux. L'hospitalisation dure 3 jours. Cela sera développé au chapitre 2.1.1.1. Certains patients intègrent des programmes d'éducation thérapeutique pour bien se préparer.

1.7.4.4 Différentes techniques de chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique vise à modifier l'anatomie du tube digestif. Il existe deux sortes de techniques de chirurgie bariatrique [51] :

- Soit les techniques restrictives pures : l'anneau gastrique (réversible) et la sleeve/ gastrectomie longitudinale (irréversible). Dans ces techniques, on observe une réduction de la capacité gastrique, diminuant l'ingestion alimentaire et induisant de la satiété.
- Soit les techniques mixtes (restrictives et malabsorptives) : le bypass gastrique. On a cette fois une réduction de la capacité gastrique associée à une malabsorption intestinale.

Le nombre de personne utilisant la chirurgie bariatrique a doublé entre 2006 et 2011 passant de 15 000 à 30 000. On remarque que l'anneau gastrique est de moins en moins utilisé au fil des années, tandis que la sleeve et le bypass prennent de l'ampleur. La sleeve est la plus utilisée car il reste la possibilité de réaliser des interventions par la suite.

A. Anneau gastrique

L'anneau gastrique est une technique restrictive pure qui est réversible, cependant cette technique est de moins en moins pratiquée. Le principe de cette chirurgie consiste à placer un anneau en silicone autour de la partie supérieure de l'estomac, créant un petit compartiment (Figure 17). Il est relié à un boitier sous-cutané permettant par injection de liquide de changer le diamètre (serrer ou desserrer). Ainsi une fois le réservoir supérieur rempli, le cerveau est informé de la satiété précoce ce qui induit l'arrêt de prise alimentaire. Cette intervention impose au patient de changer ses habitudes alimentaires, avec une alimentation variée et équilibrée comprenant de plus petites quantités [52].

L'inconvénient de cette technique est que l'on doit enlever l'anneau au bout de quelques années. Cette technique, de plus en plus oubliée par les chirurgiens, est réservée à des indications particulières : femmes jeunes, avec un IMC autour de 40, en bonne forme physique [52].

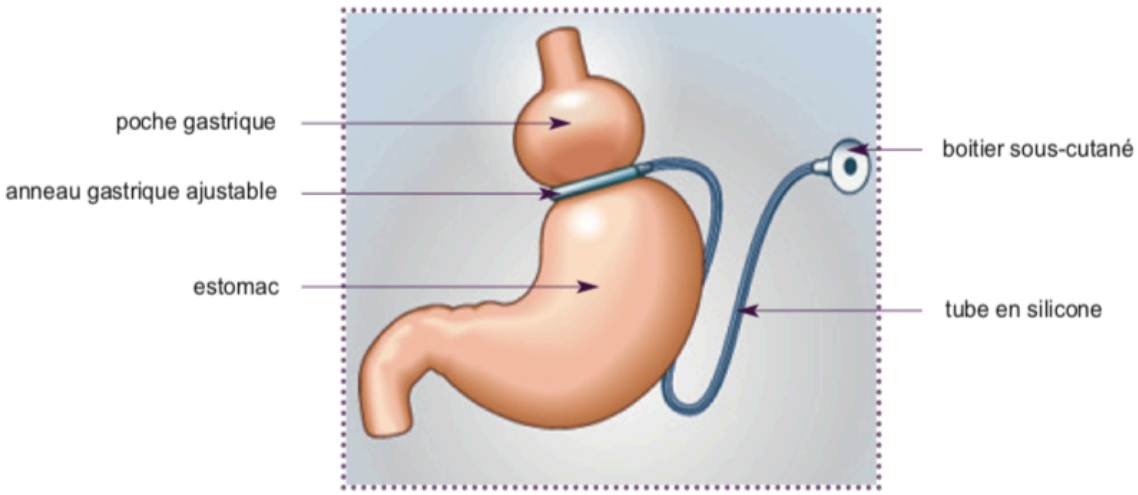


Figure 17 : Technique de l'anneau gastrique, source HAS [46]

La perte de poids peut aller de 40 à 60% de l'excès de poids, soit 20 à 30 kg. Il y a peu de complications mais des complications mécaniques peuvent apparaitre [52]:

- Problèmes liés au boitier : risque d'infection, de déplacement du boitier sous la peau, de douleur au niveau du boitier …
- Glissement de l'anneau et dilatation de la poche au-dessus de l'anneau ;
- Vomissement et intolérance alimentaire ;
- Risque carence en vitamine B1 en cas de vomissements prolongés ;
- Lésion de l'estomac provoquée par l'anneau.

Ces complications peuvent entrainer le retrait de l'anneau et la reprise du poids.

B. Sleeve ou gastrectomie longitudinale

La sleeve est une technique restrictive pure qui est irréversible car on enlève une partie de l'estomac. C'est une technique qui précède d'autres interventions. Elle consiste à couper une partie de l'estomac (les 2/3) notamment la partie qui sécrète la ghréline (hormone qui stimule l'appétit) (Figure 18) [53]. On est ainsi rassasié plus rapidement et cela limite la faim.

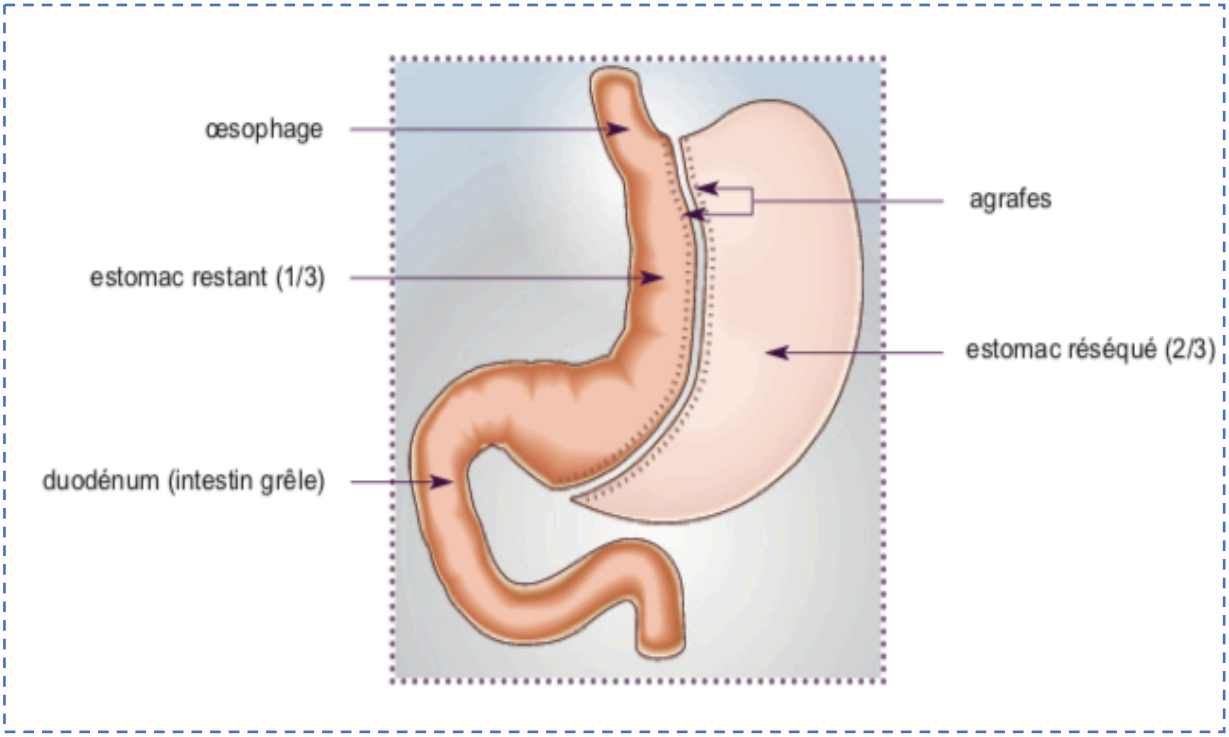


Figure 18 : Technique de la gastrectomie longitudinale, source HAS [53]

Cette technique est indiquée lorsque l'IMC est supérieur à 50kg/m². La perte de poids attendue va de 45 à 65% de l'excès de poids, soit 25 à 35 kg. La contre-indication de cette chirurgie est le RGO. La mortalité liée à l'intervention est estimée à 0,2% [53]. Les principaux risques de complications sont [53] :

- Fistules gastriques localisées sur la ligne d'agrafes ;
- RGO et inflammation de l'œsophage ;
- Hémorragies postopératoires précoces ;
- Carences nutritionnelles possibles ;
- Ulcère, fuites ou rétrécissement de l'estomac ;
- Dilatation de l'estomac.

C. Bypass gastrique

Le bypass gastrique est une technique restrictive et malabsorptive, une portion de l'intestin grêle est raccordée à la poche gastrique. C'est une technique réversible et mixte. On crée une petite poche gastrique combinée à une dérivation entre l'estomac et l'intestin par une anse intestinale montée en Y (Figure 19) [54]. Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont assimilé en moindres quantités.

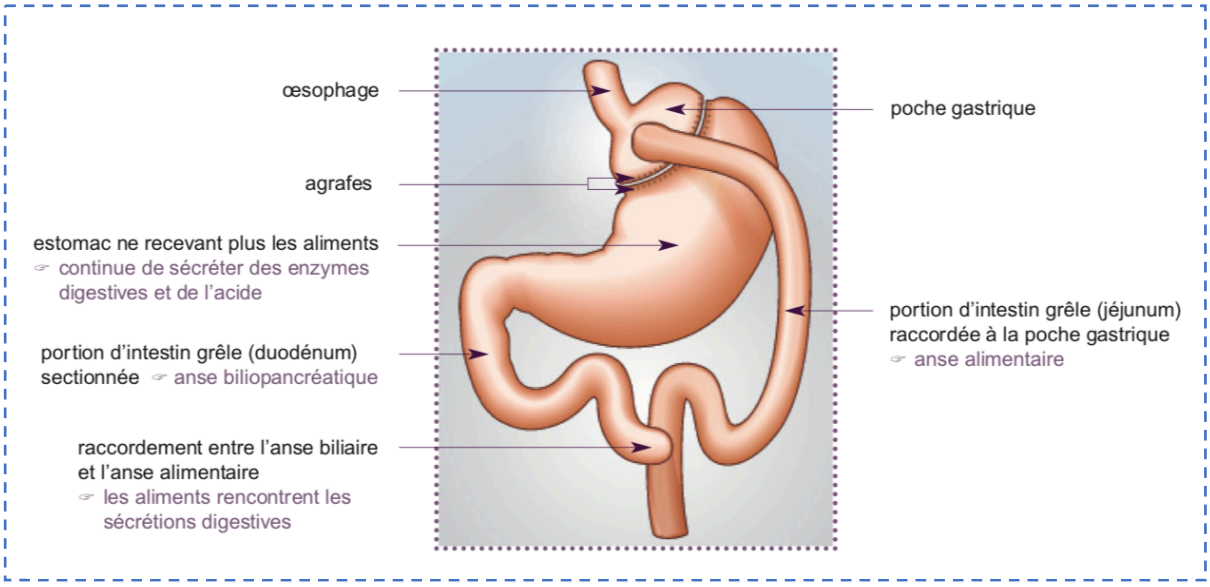


Figure 19 : Technique du bypass gastrique, source HAS [48]

Cette technique est indiquée lorsque l'IMC est inférieur à 50 kg/m², lorsque le patient est atteint d'obésité ou après l'échec de la sleeve ou de l'anneau. La perte de poids attendue va de 70 à 75% de l'excès de poids, soit 35-40 kg [54]. Les ventres multi-opérés sont contre-indiqués à cette chirurgie. La mortalité liée à l'intervention est estimée à 0,5 %. Les principales complications sont [54] :

- Complications chirurgicales : ulcère, hémorragies, occlusion de l'intestin ;
- Carences nutritionnelles ;
- Complications fonctionnelles : hypoglycémie après le repas, dumping syndrome (sensation de malaise juste après le repas dû à l'arrivée d'aliments riches en graisses ou sucres dans l'intestin), constipation.

D. Autres techniques

On peut également avoir des techniques de chirurgie bariatrique beaucoup moins répandues comme la méthode du « Bypass en oméga ». L'avantage de cette technique est d'avoir une seule couture, cependant elle est moins bien tolérée que le bypass classique donc n'est pas recommandée par la HAS. Il existe d'autres techniques que l'on ne va pas détailler car peu pratiquées comme la technique de la dérivation biliopancrétique et la technique de la gastroplastie verticale calibrée.

1.7.4.5 Le suivi post-opératoire

Après l'opération, les patients ressentent des douleurs. La fatigue est également présente dans les premiers mois après l'opération. De plus, la chirurgie entraine de nombreuses carences. Nous allons voir dans la dernière partie de la thèse que le rôle du pharmacien est primordial. Les patients doivent être observants sur leurs supplémentations vitaminiques et le pharmacien doit faire attention aux modifications pharmacocinétiques induites par la chirurgie, susceptibles de modifier la cinétique des médicaments. Cependant, près d'un patient sur deux n'est plus suivi et est perdu de vue en post-chirurgie.

Après une chirurgie, les patientes désirant entamer un projet de grossesse doivent attendre un an et demi. (Il faut éviter la pilule microdosée et utiliser une contraception mécanique).

1.7.4.6 Adaptations posologiques après chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique nécessite des précautions et des adaptations de posologie avec certains médicaments dont nous allons étudier. A la suite d'une chirurgie, la solubilité du médicament et le temps de contact avec la muqueuse seront modifiés. Un médicament plus soluble en pH acide sera absorbé par l'estomac tandis qu'un médicament plus soluble en milieu alcalin sera absorbé par l'intestin. On peut avoir une diminution de l'absorption de certains médicaments solubles en milieu acide. Ainsi, des modifications de doses peuvent être nécessaires pour certains médicaments [51].

Chaque médicament devra être évalué selon son site d'absorption, son mécanisme d'absorption, au moyen de certains enzymes ou transporteurs ainsi que selon les paramètres pouvant influencer son efficacité ou inefficacité. De plus, la variabilité interindividuelle peut modifier la pharmacocinétique et pharmacodynamique du médicament. La principale conséquence pharmacocinétique observée au cours de la période post-chirurgie est une absorption plus ou moins élevée des médicaments administrés par voie orale [55]. Cela concerne principalement les chirurgies malabsorptives.

Certains médicaments sont à éviter à cause de leurs effets indésirables ou de leurs formes galéniques. Après chirurgie bariatrique, on évite de prendre des médicaments pouvant provoquer des saignements gastro-intestinaux ou des ulcères tels que les traitements à base

d'Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS), les corticostéroïdes et antiplaquettaires. Ce sont des médicaments augmentant le risque d'ulcère. S'il est indispensable pour le patient de prendre l'un de ces traitements, une prescription concomitante d'inhibiteur de pompes à protons sera nécessaire. De plus, les bisphophonates pourraient entrainer des ulcères gastro-intestinaux après la diminution de l'estomac [56]. Certaines formes galéniques sont à déconseiller. On évite les médicaments à libération prolongée car ils risquent d'être expulsés avant d'être absorbés, et les médicaments gastrorésistants. Cela diminue l'efficacité du traitement. On préférera les médicaments à libération immédiate. [55].

En conclusion, il s'agit du seul traitement actuel ayant démontré son effet sur le long terme, en termes de perte de poids et de réduction de certaines complications, tel que le diabète de type 2 [51].

1.7.5 Approches non médicamenteuses

Les approches non médicamenteuses sont importantes notamment s'il existe des troubles du comportement alimentaire ou des difficultés aux changements. Il existe différentes approches non médicamenteuses basées sur la psychothérapie : la thérapie psycho-cognitivo-comportementale (TCC), la pleine conscience, l'hypnose, l'image corporelle, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et l'approche systémique.

1.7.5.1 TCC

Une étude sur les TCC (Gade et al) a montré qu'elles sont efficaces pour réduire les troubles de l'alimentation. Cette méthode a pour objectif de faire évoluer les pensées et d'améliorer la gestion des émotions [57].

1.7.5.2 Pleine conscience

La pleine conscience, en complément d'une prise en charge pluridisciplinaire, est efficace pour modifier et améliorer les comportements alimentaires en lien avec l'obésité (l'hyperphagie boulimique, les compulsions alimentaires et les grignotages) [58]. Cet état de pleine conscience consiste à vivre chaque instant pleinement dans un état de non-jugement, en observant tous les événements internes (pensées, sensations...) et externes (couleurs …). Cela donne le sentiment d'être acteur de sa vie [59].

1.7.5.3 Hypnose

L'hypnose induit chez le sujet un état de conscience modifié qui est favorable au changement. Elle peut être utilisée lors de la prise en charge de l'obésité permettant un changement de comportement alimentaire. Sous hypnose, le patient va être réceptif aux suggestions amenées par le thérapeute dont la vitesse d'alimentation, le respect des sensations de faim et de satiété, et réaliser un travail sur l'image de son corps. L'hypnose permet d'augmenter l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation, indispensables dans la phase de changement [59]. Une méta-analyse montre des résultats significatifs avec une perte de poids plus importante chez des sujets ayant été suivis en TCC avec hypnose, par rapport à ceux ayant bénéficié uniquement d'une TCC [60].

1.7.5.4 Image corporelle

Cette approche est destinée aux personnes vivant difficilement leur corpulence et n'acceptant pas l'image de leur corps. Pour les aider, on leur propose un accompagnement avec pour objectif une meilleure acceptation de leur silhouette. L'accompagnement passe par des séances photos [59].

1.7.5.5 EMDR

Parmi les approches psychologiques, on retrouve l'EMDR. L'acronyme signifie la désensibilisation et la reprogrammation par le mouvement des yeux. Cette approche est indiquée lorsque le patient souffre d'un état de stress post-traumatique (accidents de voiture, abus, maltraitance…). Ces expériences sont non intégrées par le système nerveux et influence de manière inconscience le comportement. Le but de cette méthode est d'intégrer ce souvenir douloureux par le système nerveux. Ainsi, le patient peut se libérer de sa charge émotionnelle. L'EMDR réduit de manière significative les symptômes post-traumatiques, la dépression, l'anxiété et le sentiment de détresse des patients souffrant de stress post-traumatique [61].

1.7.5.6 Approche systémique

Cette approche consiste à impliquer les proches dans la démarche de perte de poids. En effet, le travail en thérapie sur les interactions familiales a montré son efficacité dans le changement de style de vie [62].

La psychothérapie participe à une meilleure gestion du poids et l'approche doit être choisit en fonction de la demande, de la problématique, de l'histoire et de la personnalité du patient.

1.7.6 Autre démarche non prouvée : les compléments alimentaires

Certains patients utilisent des compléments alimentaires pour prendre en charge leur prise de poids. On peut les trouver en officine. Le rôle du pharmacien est de les conseiller dans leur prise en charge mais également de leur donner les conseils adéquats. Un complément alimentaire peut être utilisé si le patient le désire, mais il faut lui faire prendre conscience que cela ne remplace pas une activité physique et une alimentation équilibrée et que les éventuels bénéfices concernant leur utilisation n'ont pas été démontrés scientifiquement. On trouve différents compléments alimentaires avec des mécanismes d'action différents [63] :

- Les brûleurs de graisses : ce sont des molécules (par exemple la caféine et l'acide linoléique conjugué) qui augmentent la lipolyse et les dépenses énergétiques. Les adipocytes libèrent les acides gras libres dans le sang diminuant ainsi la masse grasse. En officine, on retrouve comme produits : Anaca 3 perte de poids, Oenobiol boost minceur etc…
- Les draineurs : ce sont des molécules (comme le pissenlit, l'orthosiphon, la queue de cerise, la reine des prés, le frêne, l'hibiscus) utilisées en cas de rétention d'eau pour la prise en charge de la cellulite, des jambes lourdes. Ils sont en général utilisés de façon complémentaire avec les brûleurs de graisse (par exemple : Anaca 3 draineur, Arkopharma 4.3.2.1, XL-S draineur express etc…).
- Les modérateurs d'appétit : ce sont des molécules (comme la gomme guar, la gomme de caroube, la pectine de pomme, le fucus) qui gonflent dans l'estomac au contact de l'eau, diminuant ainsi la sensation de faim. Les exemples de produits en officine sont : Anaca 3 réducteur d'appétit, Oenobiol contrôle fringales, XL-S médical réducteur d'appétit etc…

- Les capteurs de graisse : ce sont des molécules lipophiles (par exemple : litramine, fibrocaptol, figuier de Barbarie) se fixant aux graisses. Les produits disponibles en officine : Arkopharma lipoféine, Oenobiol topslim liporéducteur, XL-S médical capteur de graisses …

1.8 Conclusion

Cette première partie nous a permis de faire le point sur les données épidémiologiques concernant l'obésité, phénomène en expansion au niveau mondial et pour lequel la France n'est pas épargnée. Cette pathologie résulte de divers facteurs tels que la génétique, le mode de vie (sédentarité, alimentation, sommeil) etc… entrainant des conséquences somatiques et psychologiques importantes. Cette maladie implique une prise en charge à la fois nutritionnelle et psychologique, associée à la pratique d'activité physique. Dans certains cas, un traitement par chirurgie est nécessaire. Les prises en charge médicamenteuses sont limitées et n'entrainent qu'une faible perte de poids. Nous allons voir dans la seconde partie comment l'éducation thérapeutique peut constituer une démarche complémentaire permettant d'accompagner au mieux la personne en situation d'obésité.

2. Éducation thérapeutique de la personne obèse

Depuis un siècle, la médecine a beaucoup évolué avec de nombreux succès comme la vaccination, l'efficacité des antibiotiques etc… Aujourd'hui, le médecin peut grâce aux médicaments observer et piloter certains paramètres, réparer ou enlever des organes défectueux, voire même les remplacer par d'autres. Longtemps le patient était exclu de ces décisions médicales et du processus de soin, mettant en jeu un soignant actif et un patient passif. Cependant, cette vision n'est plus d'actualité. Maintenant, le patient devient acteur de sa maladie et la collaboration du patient avec le professionnel de santé semble essentielle.

Ainsi, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) commence à prendre de plus en plus d'ampleur, que ce soit en milieu hospitalier ou en médecine ambulatoire. Elle va permettre au patient de devenir acteur de sa maladie, d'améliorer sa qualité de vie en lui proposant un parcours éducatif structuré.

2.1 Généralités sur l'ETP

2.1.1 Définition

L'éducation thérapeutique s'adresse principalement aux patients ayant une maladie chronique (diabète, asthme, maladie cardio-vasculaire…), mais peut également s'adresser aux patients avec des pathologies de durée limitée nécessitant un traitement ou un certain changement de comportements [64].

La définition de l'ETP formulée dans le rapport de l'OMS- Europe en 1996 est la suivante : « L'éducation thérapeutique du patient a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur famille) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie »

[65]. Avec cette définition, l'OMS désigne une soixantaine de maladies chroniques où l'éducation thérapeutique joue un rôle important [64].

La Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 donne également une définition de l'ETP par le biais de l'article L.1161-1 : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectifs de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret ». Grâce à la loi HPST, l'éducation thérapeutique est inscrite dans le code de la santé publique [66].

Cependant, il faut avoir à l'esprit que les informations orales, écrites ou les conseils donnés par un professionnel de santé ne sont pas considérés comme de l'éducation thérapeutique. Il faut bien distinguer l'éducation thérapeutique du patient de l'information. Une simple information donnée au patient sur sa maladie chronique ne permet pas de gérer le quotidien [67].

2.1.2 Objectif et finalités de l'ETP

L'ETP est un processus continu d'apprentissage et de renforcement de ses capacités. L'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient (au niveau clinique mais également biologique) et à sa qualité de vie. Le patient est acteur de sa santé. Le but des séances est de permettre au patient d'acquérir les connaissances et les compétences concernant sa maladie chronique mais également de maintenir ses compétences. On distingue des compétences d'auto-soins et des compétences d'adaptation. L'acquisition de compétences d'auto-soins est indissociable de l'acquisition ou la mobilisation de compétences d'adaptation. Ces compétences permettent de rendre le patient autonome vis-à-vis de sa maladie [64].

2.1.2.1 Acquisition de compétences d'auto-soins

Selon l'HAS, l'ETP permet d'acquérir des compétences d'auto-soins pour permettre de mieux vivre avec sa maladie chronique et consiste [68] à :

- Soulager les symptômes ;
- Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure ;

- Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement ;
- Réaliser des gestes techniques et des soins ;
- Mettre en œuvre des modifications de mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique, etc.) ;
- Prévenir des complications évitables ;
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
- Et impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

L'acquisition de ces compétences d'auto-soins a pour finalité d'améliorer le quotidien des patients. Ils peuvent ainsi gérer leur traitement, l'adapter en fonction des diverses situations. Ainsi, ils deviennent acteurs de leur pathologie et de leur traitement [68].

2.1.2.2 Acquisition de compétences d'adaptation

Ces compétences prennent en compte le vécu et l'expérience passée du patient. Ces compétences sont surtout d'ordre psycho-social, lié à l'acceptation de la maladie par le patient. Les compétences d'adaptation ont pour vocation [68] de :

- Se connaitre soi-même, avoir confiance en soi ;
- Savoir gérer ses émotions et maitriser son stress ;
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ;
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ;
- Prendre des décisions et résoudre un problème ;
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Les programmes d'ETP doivent permettre d'acquérir ces compétences d'auto-soins et d'adaptation (Tableau 9), en prenant en compte l'analyse des besoins, la motivation du patient et son vécu de la maladie. [68]

Tableau 9 : Compétences à acquérir par un patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique (matrice de compétences développée en 2001 par JF d'Ivernois et R Gagnayre) [69]

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions sociofamiliales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement.
2. Repérer, analyser, mesurer*	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.
3. Faire face, décider*	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme, etc.), décider dans l'urgence, etc.
4. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention*	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie, favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.).
5. Pratiquer, faire*	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémie, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer des gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.
6. Adapter, réajuster*	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.
7. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile ; Faire valoir des droits (travail, école, assurances, etc.). Participer à la vie des associations de patients, etc.

2.1.3 Qui peut bénéficier d'une éducation thérapeutique du patient ?

2.1.3.1 Le patient

Toute personne ayant une maladie chronique peut participer à un programme d'éducation thérapeutique du patient, quel que soit son âge (qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent, ou d'un adulte), le type de pathologie chronique, le stade et l'évolution de la maladie. Ce programme doit prendre en compte les besoins et les attentes du patient [70]. Néanmoins, il s'agit d'une proposition. Le patient est libre de refuser la participation à un programme d'éducation thérapeutique.

2.1.3.2 L'entourage du patient

L'entourage du patient (conjoint, frère/sœur, enfants, personne de confiance, parents…) peut participer au programme d'ETP, s'il veut s'impliquer dans la gestion de la maladie. Cela

peut jouer dans la motivation du patient. Le personnel soignant peut également participer s'il le souhaite en particulier pour les aidants des personnes âgées qui s'occupent de la gestion de leur maladie au domicile [67].

2.1.4 Les acteurs de l'ETP

2.1.4.1 Les professionnels de santé

L'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par les professionnels de santé ayant suivi au moins une formation de 40 heures sur l'ETP : médecins (généralistes ou spécialistes), pharmaciens, infirmiers, diététiciens, sages-femmes, aides-soignants, masseurs kinésithérapeutes etc… En fonction de leurs compétences, ils interviennent sur différents niveaux possibles [67] :

- Informer, proposer un parcours en ETP, suivre le patient ;
- Réaliser de l'ETP : élaboration du diagnostic éducatif, conduite des séances d'ETP individuelles ou collectives, évaluation du parcours.

2.1.4.2 Les autres professionnels

L'ETP peut être dispensée par des personnes extérieures au domaine médical comme les psychologues, les travailleurs sociaux, les pédagogues de la santé, les éducateurs sportifs, les sophrologues, les secrétaires, etc… [67]

2.1.4.3 Les associations et les patients ressources

Les associations de patient peuvent participer à la mise en œuvre de programme d'éducation thérapeutique du patient. Les patients experts, appelés aussi patients ressources, peuvent en dispenser. Ce sont des personnes ayant une pathologie chronique et ayant déjà fait face à diverses situations. Elles témoignent de leur expérience et de leur parcours. Ceci permet des échanges avec et entre les patients [67].

2.1.5 Les compétences pour exercer de l'ETP

Pour réaliser de l'ETP, les professionnels doivent acquérir différents types de compétences :

- Compétences relationnelles,
- Compétences pédagogiques et d'animation,
- Compétences méthodologiques et organisationnelles,
- Compétences biomédicales et de soin.

2.1.5.1 Compétences relationnelles

Les bases importantes de l'éducation thérapeutique sont l'empathie et l'écoute active. La personne doit savoir communiquer de manière empathique, en prenant le temps d'écouter le patient et en reformulant les dires du patient pour s'assurer qu'ils se sont bien compris. L'écoute active consiste à poser des questions adaptées et à écouter activement les réponses du patient, à aider le patient à s'exprimer, à prendre des décisions en commun et à faire face aux émotions du patient. On peut soutenir la motivation du patient en le valorisant.

De plus, il faut utiliser un vocabulaire adapté en fonction du patient, utiliser des mots simples et prendre en compte les caractéristiques du patient (religion, culture, niveau d'éducation…). Il ne faut en effet pas utiliser des mots compliqués qui ne seraient pas compris [67].

2.1.5.2 Compétences pédagogiques et d'animation

Les acteurs de l'ETP sont formés pour apprendre à choisir et utiliser convenablement des techniques et des outils pédagogiques mis à disposition, voir concevoir d'autres outils qui permettraient au patient une bonne compréhension en tenant compte de la personnalité du patient, de son âge, de son niveau d'étude… En effet, il faut choisir ceux-ci de manière judicieuse en fonction du patient (en prenant en compte la personnalité du patient, son âge, son niveau d'étude…) d'une part, et selon ses attentes et ses besoins d'autre part. Ces outils permettent l'acquisition des compétences d'auto-soin et d'adaptation. Il faut être capable de les choisir en fonction de la diversité des patients présents dans une séance d'ETP [67].

2.1.5.3 Compétences méthodologiques et organisationnelles

Les acteurs suivent la démarche des différentes étapes de l'ETP. Ils peuvent procéder à la conception et à l'organisation d'un programme.

2.1.5.4 Compétences biomédicales et de soins

Enfin, les acteurs doivent avoir une bonne connaissance de la maladie chronique pour laquelle ils pratiquent l'ETP et sa prise en charge. Ils doivent être capables de reconnaitre la présence de pathologies sous-jacentes chez un patient comme des troubles psychiques ou des situations de vulnérabilité [67].

2.1.6 Comment un patient peut-il intégrer un programme d'ETP ?

La proposition de participer à un parcours en ETP peut être faite au moment du diagnostic de la maladie chronique, plus tard dans l'évolution de celle-ci si le patient n'avait pas reçu d'information au sujet de l'ETP avant ou si une reprise d'éducation concernant la maladie est souhaitée. Généralement une prescription d'un parcours éducatif est à demander au médecin pour que le patient puisse bénéficier d'un parcours éducatif. Le chirurgien peut également le prescrire pour les patients voulant bénéficier d'une chirurgie bariatrique, par exemple. Ceci n'est pas toujours vrai d'une structure à une autre.

2.1.7 Étapes de l'ETP

L'ETP est une démarche structurée qui se déroule en quatre étapes [67] (Figure 20 et Annexe 1) :

1. Élaborer un diagnostic éducatif.
2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage.
3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance.
4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.

Figure 20 : Les quatre étapes de la démarche de l'ETP, source HAS [53]

2.1.7.1 Première étape : Élaborer un diagnostic éducatif

Il s'agit de la première étape du programme d'éducation thérapeutique. C'est une étape de recueil d'informations et de données sur le patient. Le but est d'apprendre à connaitre le patient, d'identifier ses besoins et ses attentes afin d'élaborer avec lui un projet personnalisé d'éducation. Lors de ce diagnostic éducatif, on aborde avec lui différents aspects de sa vie : Qu'est-ce qu'il a ? Qu'est-ce qu'il fait ? Qu'est-ce qu'il sait ? Quels sont ses projets ? Ce diagnostic individuel réalisé en une heure en général, aboutit à une synthèse commune et fait apparaitre les objectifs pour lesquels le patient et le soignant se sont entendus (contrat mutuel)[68].

A. Dimension biomédicale : Qu'est-ce qu'il a ?

Dans cette dimension, on s'intéresse au patient en lui posant des questions générales sur lui comme son nom, son prénom, son âge, l'histoire de la maladie pour laquelle il est adressé (date et circonstance de découverte), la représentation qu'il en a, les traitements médicamenteux en cours et son adhésion à ses traitements.

B. Dimension socio-professionnelle : Qu'est-ce qu'il fait ?

Lors du diagnostic éducatif, on aborde l'environnement professionnel et social. Au niveau professionnel, on demande au patient sa situation professionnelle (avec ou sans profession, en invalidé, retraité…). Pour les personnes avec un travail, on voit avec eux si leur métier leur impose des contraintes (horaires, déplacements, repas…).

Au niveau familial, on se renseigne sur la situation familiale du patient, le nombre d'enfants, les aides à domicile, les conditions de vie (leur habitat et l'environnement, leur autonomie pour le transport…). On recherche la présence éventuelle de difficultés socio-économiques, de barrière sociale/culturelle et enfin on explore ses activités, loisirs et centres d'intérêts.

C. Dimension cognitive : Qu'est-ce qu'il sait ?

Il est important de connaitre ses connaissances sur la maladie, son histoire avec la maladie, qu'est-ce qu'il souhaite savoir, ses façons préférées d'apprentissage, ses capacités d'apprentissage. Par exemple, dans le cadre d'un parcours « obésité » on peut lui demander s'il

a notion de son problème de poids, s'il pense qu'un changement de ses habitudes de vie est nécessaire (concernant son alimentation, la pratique d'une activité physique adaptée…). Ceci permet de savoir si la participation à un programme d'ETP lui serait bénéfique.

D. Dimension psychoaffective : Qu'est-ce qu'il est ?

On s'intéresse à la répercussion de la maladie, au vécu de la maladie par le patient au niveau psychologique : Comment juge-t-il son moral, son état de santé, comment estime t'il sa qualité de vie ? Par exemple, lors du diagnostic éducatif on peut demander au patient de remplir un questionnaire de qualité de vie (Échelle de Duke) pour décrire sa santé telle qu'il la ressent.

E. Dimension projective : Qu'est-ce qu'il veut ?

En fin de diagnostic éducatif, on regarde avec le patient ses projets de vie, ses envies particulières à court terme et à long terme. C'est important de les connaitre car ils sont souvent source de motivation.

En conclusion, le diagnostic éducatif est une séance qui va permettre de faire connaissance avec le patient en utilisant l'écoute et la reformulation (écoute réflective) de la part du professionnel de santé afin qu'il s'assure d'avoir bien compris les informations que le patient voulait lui transmettre. Il s'agit aussi d'identifier ses attentes et ses besoins en vue de lui proposer un programme adapté et personnalisé.

2.1.7.2 Deuxième étape : Définir un programme personnalisé d'ETP

Après la réalisation du diagnostic éducatif et à partir des informations recueillies, on explore avec le patient les différents objectifs qu'il souhaite atteindre ainsi que les compétences à acquérir. On négocie avec lui les priorités d'apprentissage. On réalise donc un contrat éducatif personnalisé en fonction de ses attentes dans le cadre d'un projet personnalisé d'éducation signé entre le professionnel de santé et le patient (Annexe 2). Les objectifs négociés doivent être réalistes et atteignables. Cela permettra de mettre en place et de planifier les séances d'ETP.

2.1.7.3 Troisième étape : Planifier et mettre en œuvre des séances d'ETP

Suite au contrat éducatif, le patient intègre les séances d'ETP de son projet personnalisé. Dans les programmes d'ETP, on peut retrouver différents types de séances, soit individuelles, soit collectives. Celles-ci sont choisies en fonction des besoins du patient et des objectifs définis dans le contrat éducatif. Lors de ces séances, les proches peuvent se joindre aux patients. Les séances peuvent durer de 45 minutes à 2 heures. Les séances peuvent se dérouler dans divers lieux :

- Dans un lieu ou une structure dédiée aux soins : par exemple les établissements de soins, cabinet libéral médical et paramédical etc…
- A domicile,
- Dans le milieu pénitentiaire.

A. Séances individuelles d'ETP

Lors des séances individuelles, la séance est personnalisée au patient et la relation est privilégiée entre l'intervenant et le patient. Elles ont l'avantage de se concentrer sur l'acquisition des compétences d'un seul patient à la fois. La durée de ces séances peut être variable. On peut retrouver au sein d'un programme pour personnes en situation d'obésité, des entretiens individuels avec un diététicien ou un psychologue par exemple.[71]

B. Séances collectives d'ETP

Les séances collectives sont tout aussi bénéfiques que les séances individuelles car elles permettent d'avoir des retours d'expériences et des échanges avec d'autres patients ayant la même pathologie et vivant les mêmes difficultés. En général les séances sont très dynamiques avec de nombreux échanges et les intervenants peuvent utiliser des outils pédagogiques plus diversifiés. Par séance, le nombre de patient est souvent limité à 8 patients pour que chacun puisse intervenir et participer.

2.1.7.4 Quatrième étape : Réaliser une évaluation des compétences acquises par le patient

L'évaluation des compétences acquises par le patient est importante. Elle peut être réalisée à tout moment dans le programme. Elle peut résulter de la demande du professionnel

de santé ou du patient lui-même. Il s'agit de faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a appris, ce qu'il sait faire maintenant, mais également ce qu'il lui reste à acquérir. Les objectifs de l'évaluation sont de faire le point sur l'attente ou non des objectifs fixés lors du diagnostic et d'analyser éventuellement quels sont les freins à leur réalisation. A la suite de cette évaluation, il peut y avoir une nouvelle offre d'ETP si les séances précédentes n'ont pas répondu à toutes les attentes du patient.

2.1.8 Place de l'ETP dans le parcours de soin

On remarque que la pratique d'ETP dans la prise en charge des maladies chroniques est au centre du parcours de soin. L'ETP est intégrée à la prise en charge thérapeutique. (Annexe 1). Les offres d'ETP peuvent être une offre pour :

- Une éducation thérapeutique initiale ;
- Une éducation thérapeutique pour un renforcement (suivi régulier) ;
- Une éducation thérapeutique pour une reprise (suivi approfondi).

2.1.9 Les outils utilisés en ETP

Les outils utilisés pour la pratique de l'éducation thérapeutique du patient sont variés et adaptés au contenu de l'enseignement. Cela rend la séance plus attractive, dynamique et permet de s'adapter au niveau de compréhension du patient. Certains outils comme le photolangage, les cartes émotions vont permettre de libérer la parole et pouvoir mettre des mots sur les ressentis et sur les représentations de la maladie.

2.1.9.1 Les outils de communication

On peut retrouver dans les outils de communication : l'écoute active, l'entretien motivationnel, l'empathie et l'encouragement. L'écoute active est une technique de communication qui repose sur l'écoute, le questionnement et la reformulation. L'entretien motivationnel est une technique de communication semi-directive qui fait face à des situations d'ambivalence, fondée par Rollnick et Miller [72].

2.1.9.2 Les outils d'animations

Lors de la réalisation de séances d'ETP, on peut utiliser comme outils des études de cas, la table ronde, des exposés interactifs, des jeux de rôle (scénarios inspirés du quotidien), des travaux pratiques, des simulations de gestes et techniques, des remue-méninges, des témoignages, de la photo-expression etc... [68]

2.1.10 La pluridisciplinarité et pluri professionnalité

L'ETP repose sur une coopération entre différents professionnels, du monde de la santé ou non, qui sont impliqués dans la prise en charge des pathologies chroniques. Elle est pluridisciplinaire, et elle est déployée en milieu hospitalier mais également en milieu ambulatoire.

2.2 Élaboration d'un programme d'ETP

Un programme d'ETP est un ensemble d'activités permettant l'éducation du patient atteint d'une maladie chronique comme l'obésité. Le programme doit répondre aux besoins spécifiques du patient. Donc, tous les patients ne suivent pas les mêmes activités du programme. Pour l'obésité, certains ont besoin de faire des séances sur l'alimentation, d'autres sur l'activité physique, la chirurgie, la psychologie… Les programmes sont personnalisés en fonction du patient.

Le programme doit répondre à certains critères [67]:

- Être centré sur le patient en fonction de ses besoins suite au diagnostic éducatif ;
- Avoir une base scientifique solide ;
- Être incorporé à la prise en charge de la maladie ;
- Permettre au patient de l'aider dans la vie quotidienne ;
- Évoluer en fonction de la maladie ;
- Être construit avec le patient ;
- Respecter la culture et niveau d'éducation du patient ;
- Faire intervenir plusieurs professionnels (multi professionnels) ;
- Intégrer une évaluation individuelle.

Dans le prochain chapitre, nous allons voir un exemple de programme d'ETP présent en Normandie pour les personnes en situation d'obésité.

2.3 Prise en charge d'un parcours patient en situation d'obésité en ambulatoire en Normandie : Exemple du programme ETP porté par PLANETH PATIENT Calvados

2.3.1 Présentation de la plateforme

Les personnes en situation d'obésité présentes sur le territoire normand peuvent recourir au programme d'ETP porté par PLANETH PATIENT, « Plateforme Normande d'Éducation Thérapeutique du Patient ».

Avec le soutien de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), l'association PLANETH PATIENT a été constituée pour franchir une nouvelle étape dans le développement de l'ETP en Normandie. Pour répondre aux besoins, les 4 associations normandes ont fusionné pour devenir PLANETH PATIENT : le Réseau Obésité Diabète centre Manche (ROD), l'Espace Régional d'Éducation Thérapeutique de Basse-Normandie (ERET), l'association Asthme 76 et la Maison Régionale du Diabète (MAREDIA) [67].

La mission de PLANETH PATIENT est d'obtenir une couverture régionale suffisante et satisfaisante de réalisation de l'ETP en proximité *via* ses 7 territoires : Calvados, Manche, Orne, Dieppe, Évreux/Vernon, Le Havre, Rouen/Elbeuf.

Les objectifs sont [73]:

- Concevoir et harmoniser les programmes d'ETP ;
- Promouvoir et développer la pratique de l'ETP et en assurer sa qualité ;
- Homogénéiser l'offre en ETP ;
- Intégrer l'éducation thérapeutique dans le projet global de soins du patient ;
- Améliorer la lisibilité de l'offre en ETP ;
- Contribuer à diminuer les complications liées à la maladie chronique.

PLANETH PATIENT porte des programmes d'ETP validés par l'ARS sur différentes thématiques notamment le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance cardiaque, prochainement les maladies respiratoires et doit s'élargir à d'autres maladies chroniques.

2.3.2 Présentation du programme d'ETP sur l'obésité

Au cours de mon travail de thèse, j'ai eu la chance de pouvoir assister aux actes d'éducation thérapeutique proposé par PLANETH PATIENT (ateliers, séances individuelles) et voir comment se déroulait le parcours éducatif. J'ai pu prendre note de la façon dont les professionnels de santé pratiquaient l'ETP. Divers outils sont utilisés et aucune séance ne se ressemble. Les patients sont acteurs de leur pathologie et participent activement aux séances. Dans cette partie, je présente le déroulement des séances ainsi que certaines méthodes et outils utilisés pour permettre l'éducation du patient en situation d'obésité.

2.3.3 Diagnostic éducatif

Sur prescription du médecin généraliste ou spécialiste, et après avoir reçu des explications sur le déroulement du parcours, le patient va rencontrer un professionnel de santé formé à l'ETP pour réaliser le diagnostic éducatif. Une liste de professionnels ayant signé la charte d'adhésion à PLANETH PATIENT (Annexe 3) lui est fournie et c'est à lui d'appeler le professionnel de son choix pour fixer le premier rendez-vous. Après cet entretien, ils vont déterminer ensemble quels sont les objectifs éducatifs à atteindre et un projet personnalisé d'éducation va être signé. Des ateliers, des séances individuelles (de diététique, d'orientation psychologique) répondant aux objectifs fixés vont être proposés. J'ai eu l'occasion d'assister à un diagnostic éducatif pendant mon travail de thèse.

2.3.4 Différentes séances collectives proposées

Dans ce programme, les participants peuvent assister à de nombreuses séances collectives. Ainsi, des séances de groupe sont proposées sur la connaissance de la maladie, l'image de soi, les émotions, l'équilibre alimentaire, la chirurgie bariatrique, les sensations alimentaires et l'activité physique.

2.3.4.1 Comprendre sa maladie « Obésité »

A. Présentation

Cet atelier a pour objectif de comprendre sa maladie (Tableau 10). Cet atelier peut se dérouler au sein des locaux de Planeth Patient ou dans le service de nutrition du CHU de Caen,

pour faciliter la disponibilité des médecins nutritionnistes. Cela permet de plus une collaboration entre professionnels ambulatoires et hospitaliers.

Tableau 10 : Comprendre sa maladie l'obésité

Objectifs de l'atelier	- Comprendre sa maladie et parler de son histoire de poids - Définir l'obésité (avec l'IMC) - Connaitre les causes de l'obésité - Être capable de citer la balance apport/perte - Connaitre les moyens de prise en charge de l'obésité - Connaitre les complications de l'obésité
Nombre participants	6 à 10 patients
Outils pédagogiques	Tableau pour brainstorming Photographies pour présenter différents IMC Powerpoint
Durée	1 h 30
Intervenants	Médecin nutritionniste (peut être accompagné de médecins, de psychologues)

B. Déroulement de l'atelier

L'atelier commence par un tour de table des intervenants et des participants : les participants abordent leur parcours, leur projet et leur vécu de la maladie. Ceci permet d'avoir un retour d'expériences sur la cause de leur prise de poids). Puis la séance se poursuit et s'organise sous forme de brainstorming à travers différentes questions posées par l'animateur.

- Comment diagnostique-t-on l'obésité ?

L'objectif de la question est de définir l'obésité, d'aborder la notion d'IMC utilisée en santé (sa signification, sa formule et ses différentes bornes). Cependant, il faut bien faire comprendre aux patients à l'aide de dessins que l'IMC ne reflète pas toujours l'obésité (exemple

avec un sportif de haut niveau). C'est un indicateur mais il ne différencie pas les différents compartiments corporels. Il faut apprendre à se détacher du poids donné par la balance.

- Comment prend-t-on du poids ?

Cela a pour but de voir les causes de l'obésité et voir quelles sont les stratégies possibles pour perdre du poids (Figure 21).

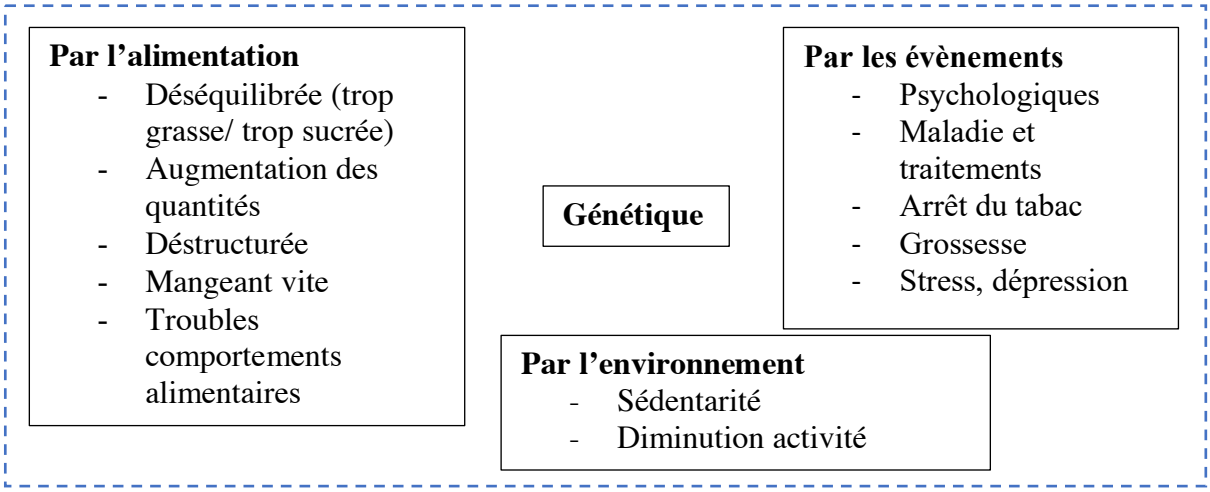


Figure 21 : Exemple de Brainstorming « Comment on prend du poids ? »

- Comment perd-t-on du poids ?

Cette question permet d'aborder la prise en charge globale de l'obésité : à la fois par l'alimentation, par l'activité physique et par une prise en charge psychologique (Figure 22).

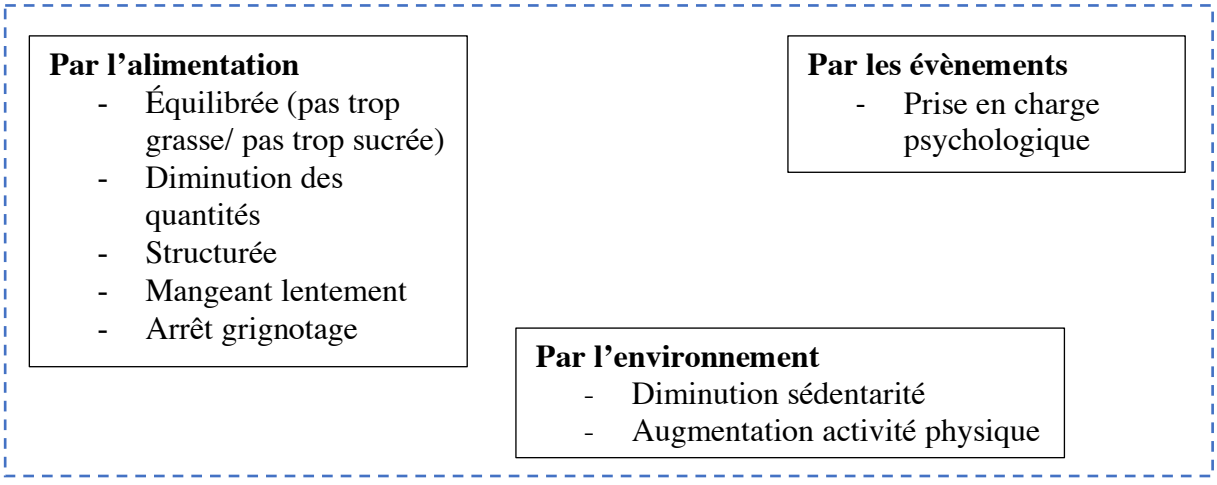


Figure 22 : Exemple de Brainstorming « Comment on perd du poids ? »

- Quels sont les postes d'énergie ?

Il faut prendre conscience du fait que la nuit on a besoin d'autant d'énergie que la journée pour fournir assez d'énergie au métabolisme de base. Les postes d'énergie

correspondent au métabolisme de base (75%), à l'activité physique (15%), à la digestion (5%) et la thermorégulation (5%).

- Combien peut-on perdre de poids après une prise en charge ?

Cette dernière question permet d'aborder la perte de poids et de leur faire prendre conscience qu'une perte de poids ne peut excéder 10 à 15%. Le corps se défend contre la perte de poids donc on ne peut pas perdre trop.

En conclusion, la compréhension de la maladie permet de prendre conscience des différentes stratégies de prise en charge, à la fois alimentaire, psychologique et liée à l'activité physique. Le but est d'améliorer la qualité de vie des patients.

2.3.4.2 Mieux vivre avec sa maladie « Image de soi »

A. Présentation

Cet atelier a pour objectif d'appréhender l'image de soi. Cette séance d'ETP est assez différente des autres, car c'est surtout l'aspect psychologique qui entre en jeu. Cette séance n'aborde pas les mêmes choses selon le groupe. Elle est co-construite par les participants, selon les besoins spécifiques énoncés par les patients pendant le tour de table. (Tableau 11).

Tableau 11 : Image de soi

Objectifs de l'atelier	- Appréhender l'image de soi - Distinguer l'image corporelle et l'image psychique - Discussion sur les besoins - Discussion sur les attentes
Nombre participants	6 à 10 patients +/- accompagnants
Outils pédagogiques	Paperboard
Durée	2 h
Intervenants	Infirmières d'éducation thérapeutique

B. Déroulement de l'atelier

Au début de la séance, intervenants et participants se présentent. Les participants expliquent leurs besoins et leurs attentes concernant l'atelier. Ils présentent leur parcours : si un projet de chirurgie est en cours, s'ils sont au début du programme d'ETP … La séance se déroule sous forme de discussion, d'échanges entre les différents participants sur le thème de l'image de soi.

- Comment je me vois ?

  Lors de la présentation des participants, deux préoccupations se dégagent :
- L'image physique/ corporelle (extérieure) : le début de la discussion s'articule sur comment les participants se voient actuellement. Comment pourrais- je m'aider à m'accepter mieux à l'heure actuelle avec mon excès de poids ou après chirurgie si c'est mon projet ?
- L'image psychique/ estime de soi (intérieure) : l'autre partie de la discussion concerne l'appréhension du corps, en abordant tout ce qui est conscient mais également inconscient.

Le but de la séance est d'avoir conscience de l'image de son corps (extérieure) et des changements possibles qui vont se produire sur le corps. Il y aura une métamorphose laquelle est très attendue mais également appréhendée par les patients. Le but est d'apprendre à s'accepter par l'écoute de son corps et de sa respiration. Se réhabituer à son nouveau corps et reprendre confiance en son image prend du temps mais c'est très important.

Il y a une partie de l'image de soi qui est psychologique. Le patient peut réaliser une prise en charge psychologique. Les patients ont des parcours de vie différents voire difficile (traumatisme conscient et inconscient). Il peut être nécessaire d'être suivi par des psychologues pour en parler et avancer. Un travail sur soi est nécessaire. De nombreux thèmes peuvent être abordés : les troubles compulsifs, les décès…

- Comment les autres me voient ?

Les proches peuvent avoir des réactions différentes à ce processus de changement du corps : par exemple être opposé, être inquiet, être d'accord… Si les patients veulent en parler, il faut attendre le bon moment, parler de façon simple et naturelle. En général, l'implication des proches est importante pour être soutenu.

En conclusion, cette séance a pour but d'entamer la discussion sur l'image du corps (physique ou psychique). Lors d'un désir du changement de son corps, il faut être prêt donc cette séance est un moyen d'aborder l'importance des séances individuelles par les psychologues et ainsi d'envisager comment mieux vivre avec sa maladie.

2.3.4.3 Connexion à ses sensations alimentaires (cycle de 6 ateliers)

A. Présentation

Cet atelier a pour objectif de réapprendre à écouter ses sensations alimentaires et de réécouter son corps (Tableau 12). Cet atelier se déroule en six séances. L'idéal est d'être présent aux six séances, car on s'aide de la séance d'avant pour avancer et il peut y avoir des exercices à réaliser pour la fois d'après.

Tableau 12 : Connexion à ses sensations alimentaires

Objectifs de l'atelier	Retrouver ses sensations alimentaires (satiété, faim, rassasiement, plaisir alimentaire)
Nombre participants	6 à 10 patients +/- accompagnants
Outils pédagogiques	Vidéos Paperboard
Durée	1 h 30 x 6 séances
Intervenants	Thérapeute des troubles du comportement alimentaire

B. Déroulement de l'atelier

- Séance n°1

Le cycle débute par une présentation de l'intervenant et de son parcours. Le but des séances est d'être à l'écoute de son corps et de prendre conscience de la faim, de la satiété et du rassasiement. Ensuite, un tour de table des participants permet d'apprendre à se connaitre : sur leur métier, leur alimentation (dont les mauvaises habitudes), les évènements de vie qui ont entrainé une prise de poids (exemple : grossesse, travail, médicaments, arrêt tabac, décès, dépression…).

Cette première séance aborde le thème de la gourmandise et de la satiété. Être gourmand signifie chercher l'aliment qui nous donne le plus de plaisir. Cette séance a pour vocation de réapprendre à manger avec la faim, se reconnecter à ses sensations alimentaires bien faire la différence entre la faim et l'envie (en fonction de l'odorat, de la vue), et de prendre conscience de ses émotions. Au quotidien, il faut essayer de manger en pleine conscience, pour profiter sans culpabilité. La séance s'organise sous forme de discussion en fonction des différentes émotions. La thérapeute explique qu'il y a 3 questions essentielles à se poser : Avez-vous faim ? De quoi avez-vous envie ? De quoi avez-vous besoin ? De plus, on aborde également le thème de l'activité physique qui est important. Il permet une connexion à son corps et c'est un régulateur émotionnel, d'où l'importance de la pratique d'une activité physique. Le but de la séance est de retrouver le sentiment de faim et de satiété.

- Séance n°2

La séance commence par les questions et les observations des participants suite à la dernière séance. Cette deuxième séance aborde le thème de la pleine conscience à l'aide d'un exercice. L'exercice consiste à déposer un grain de raisin dans la main et à suivre les instructions données par l'intervenant. Le but est d'apprendre à manger en pleine conscience ce grain de raisin, en analysant avec la vue, l'odorat, l'ouïe, le toucher, et le goût, la faim, l'esprit, le cœur… Puis on discute autour de cet exercice de pleine conscience. Enfin, vient le thème de la faim. C'est un phénomène physiologique, naturel (« faim des cellules »). On demande aux patients de définir les signes de la faim. Par exemple : creux de l'estomac, gargouillis de l'estomac, augmentation de la salive, irritabilité etc. … L'intervenant explique l'importance d'écouter les signes de la faim pour commencer à manger. Si la personne n'a pas faim, il y aura un stockage (Figure 23). Il faut attendre d'avoir faim pour manger.

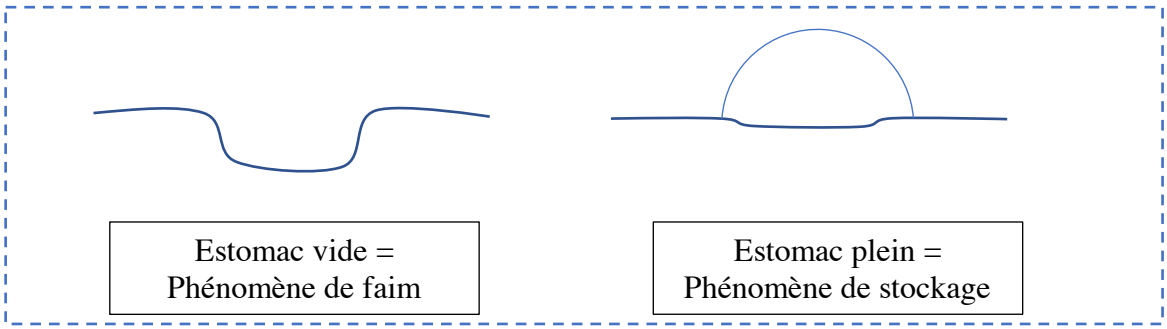


Figure 23 : Exemple de schémas réalisés par la thérapeute pour expliquer le phénomène de faim et de stockage

En fin de séance, le thérapeute présente un exercice à réaliser pour la fois d'après sur l'expérience de la faim (Tableau 13). L'expérience consiste à décaler le petit déjeuner jusqu'à apparition de la faim.

Tableau 13 : Exemple d'expérience de la faim

	Heure d'apparition de la faim	Temps d'attente	Coter la faim de 1 à 10 et décrire les signaux de la faim	Nature de la collation/ repas	Heure du repas suivant
Jour 1					
Jour 2					
Jour 3					
Jour 4					

- Séance n°3

L'atelier s'ouvre sur le retour d'expérience de l'exercice sur la faim, avec discussion sur les difficultés rencontrées. On se rend compte que certains patients sont perdus entre les séances du cycle d'équilibre alimentaire et les séances du cycle sur la connexion à ses sensations alimentaires. Cela permet de refaire le point entre les deux cycles d'ateliers. L'équilibre permet d'avoir des conseils nutritionnels et d'apprendre à faire des repas équilibrés, tandis que l'atelier sur la connexion à ses sensations alimentaires doit permettre de réécouter son corps. On termine le thème par le visionnage d'une vidéo sur l'importance d'avoir faim pour commencer à manger. Pour cela, la vidéo montre la différence entre deux personnes (une qui mange alors qu'elle est rassasiée, l'autre qui mange en ayant faim).

- La personne qui a faim ressent un appétit grâce aux cinq sens et un plaisir à manger. Puis une fois le plaisir diminué, elle arrête de manger car elle est rassasiée. Elle a un sentiment de satisfaction. On a ainsi une bonne régulation du poids.
- La personne qui n'a pas faim, mange parfois car elle est submergée par des émotions diverses. Elle n'a pas de plaisir à manger et mange trop car elle ne connait pas la limite pour s'arrêter. Elle va ressentir un sentiment de culpabilité qui va lui renvoyer une image négative d'elle-même et qui lui donne encore plus envie de manger. Ceci est un cercle vicieux. On a ainsi un stockage des aliments et une prise de poids.

Un nouvel exercice est présenté pour apprendre à expérimenter les différentes intensités de la faim : la petite, la moyenne et la grande faim (Tableau 14).

- Pour la petite faim : faire un bon repas, puis prendre une collation consistante (1 à 4h après).
- Pour la moyenne faim : on enlève le petit déjeuner et garde le déjeuner habituel.
- Pour la grande faim : on enlève le petit déjeuner et on décale l'heure du déjeuner jusqu'à avoir faim.

Tableau 14 : Exemple d'exercice sur les différentes faims

Intensité	Faim	Heure apparition de la faim	Temps d'attente	Signes physiques de la faim	Effets psychologiques de la faim	Conséquences sur le déroulement du repas
De 1 à …	Petite					
De … à …	Moyenne					
De … à 10	Grande					

- Séance n°4

La séance commence par un tour de table et par une discussion sur l'exercice des différentes intensités de faim. Dans cette séance, on aborde le thème du rassasiement. C'est le moment où le corps ne veut plus manger (uniquement si on passe à table en ayant faim et en mangeant lentement). Pour expliquer cela, l'intervenant utilise un paperboard pour réaliser un schéma, expliquant qu'il faut avoir faim et être en pleine conscience pour ressentir le plaisir et ainsi pouvoir ressentir le rassasiement. Cela a permis d'ouvrir la conversation sur divers cas de rassasiement ressentis par les patients.

L'intervenant propose un nouvel exercice sur l'expérience du rassasiement (Tableau 15). Cet exercice consiste à manger un plat unique, les même quatre jours consécutifs et il faut s'arrêter de manger quand on est rassasié.

Tableau 15 : Exemple d'exercice sur le rassasiement

	Expérience heure	Coter la faim (0 à 10)	Coter l'envie (0 à 10)	Quantité consommée	Collation, faim (0 à 10)	Envie de quoi ?	Nature de la collation
Jour 1							
Jour 2							
Jour 3							
Jour 4							

- Séance n°5

Chaque patient explique son expérience sur l'exercice du rassasiement et son ressenti, ce qui peut parfois s'avérer difficile. Certains patients ressentent une difficulté à manger le même plat 4 jours de suite. Une vidéo sur le rassasiement est diffusée pour débattre et conclure sur ce thème. Cette vidéo explique les trois cas de rassasiement :

- Le cas du mangeur pressé : Il remplit son estomac très vite, avant que le signal de rassasiement arrive au cerveau. Lorsque le signal arrive, l'estomac est déjà distendu.
- Le cas du mangeur distrait : Il ne fait pas attention à ce qu'il mange, donc il ne perçoit pas les signaux de rassasiement et de satisfaction car accaparé par ce qui le distrait (un écran de télévision par exemple), il continue de manger. C'est la distension de l'estomac qui arrête la prise alimentaire.
- Le cas du mangeur attentif : Il se concentre sur son alimentation grâce à l'activation des 5 sens. Il remplit son estomac et lorsque la limite est atteinte, il envoie un signal de rassasiement au cerveau. En état de pleine conscience, il arrête de manger.

Pour résumer, lorsque l'on a faim l'estomac déclenche, grâce au signalement de l'estomac au cerveau, la prise alimentaire et ainsi on commence à manger. On s'arrête de manger lorsque la faim disparait, qui envoie un sentiment de satisfaction au cerveau. Mais pour cela il faut prendre le temps de manger et faire attention à ce que l'on mange. Grâce à cette vidéo, les participants parlent de leur façon de prendre le repas.

On termine la séance par le thème du plaisir alimentaire. Pour cela, un exercice est proposé. L'intervenant propose de choisir une pâtisserie très appréciée, et de l'acheter en double exemplaire. La première pâtisserie est mangée en début de repas, et la deuxième pâtisserie est mangée à la fin d'un autre repas cette fois-ci. Lors de cet exercice, on demande de coter (d'une échelle de 0 à 10) la faim : le goût, le soulagement et la satisfaction.

- Séance n°6

Au début de la séance, on réalise un retour de l'exercice précédent. Il permet de montrer qu'on ressent mieux la faim avec un aliment qui nous fait plaisir. Il est préférable de choisir un aliment qu'on aime bien et qu'on mange par plaisir. Puis, on conclut sur l'ensemble des séances. La faim est une sensation physique, un creux dans l'estomac, qu'il faut savoir écouter. L'idéal est de manger uniquement lorsqu'on ressent la faim par une bonne écoute de son corps. A la fin de la séance, l'intervenant donne deux questionnaires pour connaitre le ressenti des patients sur les séances : un des questionnaires est à remplir maintenant et l'autre à transmettre dans quelques mois. Ceci a pour but de voir ce que les séances ont permis d'apporter aux patients sur le long terme.

2.3.4.4 Émotions et alimentation

A. Présentation

Cet atelier est créé pour les personnes qui n'arrivent pas à contrôler leurs émotions dont l'objectif principal est par conséquent d'atténuer les tensions émotionnelles (Tableau 16). Cette partie du programme d'ETP se déroule en cycle de 5 séances.

Tableau 16 : Émotions et alimentation

Objectifs de l'atelier	- Améliorer les relations et atténuer les tensions émotionnelles - Soutenir dans les moments difficiles, les personnes dans leurs comportements alimentaires.
Nombre participants	6 à 10 patients +/- accompagnants
Outils pédagogiques	Papier Brainstorming, paperboard Photo-expression Morceau de chocolat
Durée	1 h 30
Intervenants	Psychologue

B. Déroulement de l'atelier

- Séance n°1

Au début de la séance, l'animateur et les participants se présentent. Puis, cette première séance a pour objectif d'installer la confiance pour pouvoir s'ouvrir et améliorer la cohésion de groupe pour les prochaines séances. En effet, ce groupe de parole a vocation d'aborder des thèmes personnels, donc il faut prendre le temps de se connaitre. Par exemple, un des éducateurs de Planeth patient présente cette séance sous la forme d'un jeu : « si j'étais… » (un animal, un super héros, une chanson, une fleur, un aliment, une boisson, une émotion, une qualité, une devise etc…). Pendant 15 minutes, chaque participant remplit une fiche et l'animateur demande à chacun d'expliquer son choix. Grâce à ce jeu de notre enfance, chacun va essayer de se décrire en dévoilant peut-être certains traits de caractère. A la fin de la séance, l'animateur remet un exercice à réaliser pour la deuxième séance, et les participants doivent essayer de répondre à la question : « Qu'est-ce qui peut mettre en échec une décision de perdre du poids ? ».

- Séance n°2

Le but de cette séance de découvrir les raisons qui peuvent participer à la mise en échec de la décision de perte de poids. Les patients avaient réfléchi aux idées chez eux. Cette séance peut se dérouler sous forme de brainstorming (Figure 24) à l'aide d'un tableau. Cela permet d'échanger sur les problèmes rencontrés par les patients et de découvrir les causes d'échec. Ceci peut être très éprouvant pour eux car cela aborde des problèmes personnels comme par exemple des soucis psychologiques ou des problèmes relationnels avec des proches …

- Le stress
- L'anxiété
- Les problèmes du quotidien
- Le mauvais équilibre alimentaire
- Combler le vide
- Gâcher ce qui a été fait : se faire du mal
- La culpabilité
- L'envie, pas la capacité à refreiner
- Tenir dans le temps
- L'entourage

Figure 24 : Exemple de Brainstorming " Qu'est-ce qui peut mettre en échec une décision de perdre du poids ?"

- Séance n°3

Cette séance a pour but de contrôler ses émotions face à la tentation (exemple du chocolat noir). Cela s'appelle le jeu de la tentation, sous forme de débat et d'argumentation. On répartit le groupe de parole, en deux groupes : un groupe qui est favorable à manger du chocolat et un groupe qui ne veut pas manger du chocolat. L'objectif est de trouver un maximum d'argument pour les deux groupes soit pour manger le chocolat ou soit au contraire ne pas le manger (Tableau 17).

Tableau 17 : Exemple d'arguments pour et contre

Pour	Contre
- Se faire plaisir, Bon pour le moral, - Le goût, - L'odorat (ça sent bon), - Réconfortant, - Délivre des hormones (théobromine), - Apport en fer, magnésium et potassium, - Présente des vertus pour la santé, - Ne contient pas beaucoup sucre, - On peut manger de tout de façon modérée,	- Calorique, - Sucre rapide, - Ne nourrit pas, - Constipation.

- Adapté dans plusieurs cuisines : sucré/salé, - Excellent pour la peau, antioxydant.	

A la fin du débat, on réalise une dégustation en pleine conscience. On doit écouter son corps. L'éducatrice pose différentes questions pour apprendre à manger en pleine conscience avec l'utilisation de la vue, de l'odorat, du toucher et du goût (Figure 25).

Évaluer le niveau de faim, d'envie, et la présence d'émotions :

- Que pensez-vous de ce chocolat pour vous ?
- Avez-vous faim ? (Noter de 0 à 4)
- Avez-vous envie de goûter ce chocolat ? (Noter de 0 à 4)

Dégustation

- Vue : Quelle est la couleur ? l'aspect, la forme ? Est-ce appétissant ?
- Odorat : Quelles sont les odeurs que vous reconnaissez ? Est-ce que ces odeurs évoquent un souvenir ?
- Intensité des odeurs ? (Noter de 1 à 5)
- Toucher : Quelle est la texture de ce chocolat ?
- Mise en bouche : Quelles sont les saveurs perçues ? (Acide, salé, sucré, amer)
- Température : Chaud, tiède, froid
- Quels sont les arômes que vous reconnaissez en bouche ?
- Ces aromes évoquent-ils des souvenirs ?
- Persistance du goût (Noter de 0 à 4)

Bilan

- Comment avez-vous vécu cette dégustation ?
- Avez-vous faim ? (Noter de 0 à 4)
- Avez-vous envie de manger plus de chocolat ? (Noter de 0 à 4)

Figure 25 : Expérience de la dégustation

Le débriefing post-dégustation est important car chez certaines personnes, cela peut entrainer de l'angoisse ou être mal vécu. Si les patients ne veulent pas manger le morceau de chocolat, ils ne sont pas obligés.

- Séance n°4

Il s'agit d'une séance où l'on va travailler avec des photos-expressions. L'éducateur dispose au centre de la table les photos. Il y a une très grande variété de choix de photos : ceinture, désert, joueur de rugby, montre, sablier, voiture, portable, voyage, océan, engrenage, spirale… Les patients doivent choisir des photos (2-3) qui leur correspondent, qui évoquent pour eux leur parcours/ leur vie avec la prise de poids. La majorité des patients prennent comme photo l'engrenage ou la spirale qui représentent leur parcours pour la perte de poids difficile. Cet atelier permet de s'ouvrir aux autres et de partager ses propres sentiments vis-à-vis de l'obésité et de ses expériences. On remarque ainsi que la prise de poids peut être due à deux sensations différentes, soit une sensation d'agression, soit une sensation d'abandon (par exemple le deuil). Chez la majorité des patients, des évènements de vie ont provoqué une prise de poids. On peut ne pas être conscient de ces évènements car cela a pu se produire avant la naissance (au moment de la conception). En général, pour découvrir ces évènements de vie, les psychologues demandent de réaliser une courbe de la vie (de sa conception à aujourd'hui) avec les grands évènements de sa vie d'un côté et de l'autre son poids, pendant les séances individuelles.

- Séance n°5

Enfin, la dernière séance est un jeu des émotions, appelé « jeu feeling revisité ». Grâce à l'ensemble des séances, les patients se connaissent bien et le but de ce jeu est d'essayer de deviner les émotions de ces camarades en fonction des questions posées par l'animatrice. Ces questions sont inventées par l'animatrice. Par exemple, que ressentez-vous si les personnes en surpoids ne sont pas admises dans un spa ? Ou quelle est votre réaction, si une personne vous dit que vous êtes grosse ?

L'ensemble de ce cycle permet donc de travailler sur les émotions liées à l'alimentation.

2.3.4.5 Mieux vivre son alimentation « Équilibre alimentaire »

A. Présentation

Ce cycle a pour objectif d'aborder le thème de l'équilibre alimentaire (Tableau 18). Il se déroule en trois séances, espacées dans le temps pour bien s'imprégner des conseils donnés par le diététicien. Avant la participation à ces séances, on demande aux patients de faire un

semainier pour avoir un aperçu individuel des habitudes alimentaires. L'animateur peut s'aider de ce support pour réaliser la séance.

Tableau 18 : Équilibre alimentaire et chirurgie bariatrique

Objectifs de l'atelier	- Être capable de définir les groupes d'aliments et leurs intérêts. - Être capable de composer un repas équilibré. - Régime préopératoire chirurgie.
Nombre participants	6 à 10 patients +/- accompagnants
Outils pédagogiques	Paperboard avec dessins assiettes Semainiers (planning des repas de la semaine)
Durée	1 h 30
Intervenants	Diététicien-nutritionniste

B. Déroulement de l'atelier

- Séance n°1

Au début, on fait un tour de table avec une présentation des participants : sur leur parcours, leur prise en charge médicale, leurs attentes de la séance… Le but de la présentation pour l'intervenant est d'avoir un aperçu sur la prise en charge. Ainsi lors de la présentation, certaines personnes veulent se renseigner par exemple sur le régime, sur le nombre de repas/collation et la composition du plat, sur l'alimentation après chirurgie bariatrique, sur les différentes techniques de chirurgie. La suite de la séance s'organise en réponse aux attentes des patients, sous forme de brainstorming avec l'utilisation d'un paperboard.

- Comment se compose un plat ?

Repas normal : pour un bon équilibre alimentaire, il faut 3 repas dans une journée, avec plus ou moins une collation dans la journée. Le plat principal se compose dans une assiette : moitié de légumes verts ; un quart de féculent ou de pain ; un quart de protéine ; et un peu de matières grasses (de préférence oméga 3).

Repas en cas de chirurgie bariatrique : pour les personnes réalisant une chirurgie bariatrique, il faut manger moins mais plus souvent. Il faut 3 repas avec plusieurs collations (dans la matinée, au goûter et dans la soirée). Le midi et le soir, il faut continuer à avoir un plat principal comme avant la chirurgie. Cependant, après celui-ci il faudra faire une pause de 30 min - 1 h avant de manger un produit laitier ou un fruit. Au niveau des boissons après chirurgie, il est conseillé de boire entre les repas. Il faut arrêter les boissons gazeuses (sucrées ou non).

- Quel est le régime avant chirurgie bariatrique ?

Lors d'une décision de chirurgie, 15 jours avant l'intervention, le patient doit faire un régime pour « dégraisser » le foie. L'objectif est de laisser plus d'espace pour l'opération. Il faut ainsi supprimer les aliments gras et sucrés : pas de sucres ajoutés ; pas de graisses ajoutées (pas de beurre, huile, margarine, crème) ; et pas d'aliments gras (pas de poissons gras, peau de volaille, gras de viande, charcuterie ; lait entier demi-écrémé, fromage, jaune d'œuf).

- Comment remplacer le pain ?

Certains patients n'aiment pas manger de pain donc la diététicienne a donné quelques exemples d'équivalence. Ainsi, 60 g de pain équivalent à 3 tranches de pain aux céréales, ¼ de baguette, 150 g de féculents cuits, sans pain ou 100 g de féculents cuits avec 20 g pain.

En fin de séance, l'animateur regarde si les attentes de chaque patient énoncées en début de séance ont été abordées et si des réponses leur ont été apportées.

- Séance n°2

L'animateur passe en revue les points abordés à la dernière séance en faisant un tour de table pour savoir s'ils gèrent mieux l'équilibre alimentaire. Ils abordent ainsi : le nombre de repas pris dans la journée, la présence de collation ou non, l'hydratation, l'organisation et la préparation des repas (en fonction du travail, du nombre de personne …), la taille des assiettes, certaines recettes réalisées… Lors du tour de table, les participants peuvent poser des questions concernant l'équilibre alimentaire. Par exemple le jour où j'ai assisté à la séance, l'un des participants voulait savoir s'il était possible de remplacer des fruits frais par des fruits secs. Le diététicien a pu répondre à sa question en expliquant que les fruits secs pouvaient remplacer les fruits frais (Figure 26).

- 3 abricots frais = 3 abricots secs
- 1 pêche fraiche = 1 pêche sèche
- 1 nectarine fraiche = 1 nectarine sèche
- 250 g de fraises fraiches = 250 g de fraises sèches
- 1 pomme ou poire fraiche = 1 pomme ou poire sèche
- 125 g de cerises fraiches = 125 g de cerises sèches
- 3-4 prunes fraiches = 3 pruneaux secs
- 1 grappe de raisin = 10-12 raisins secs
- 2 figues fraiches = 2 figues sèches

Figure 26 : Exemples d'équivalences abordées en séance

Pour les personnes qui réalisent une chirurgie bariatrique la question de la cicatrisation post-opératoire est souvent présente. L'animateur les rassure et leur conseille d'éviter l'alcool (y compris la bière), le poivre fort et les épices fortes après l'opération. Pour varier un peu les recettes de fruit, le diététicien aborde également d'autres façons de les consommer : compote non sucrée, smoothie (fruit frais mixé) nature/ avec un produit laitier ou congelé etc…

En fin de séance, certains patients parlent de recettes réalisées ou qu'ils aimeraient faire et le diététicien regarde avec eux si l'équilibre alimentaire est respecté.

- Séance n°3

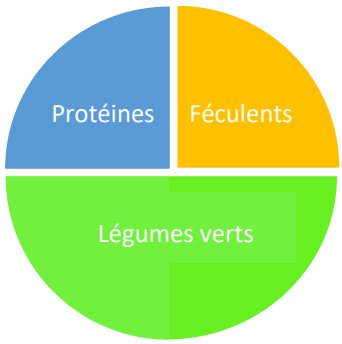
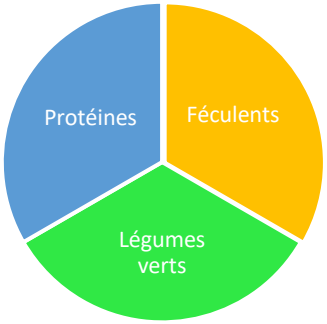
Cette dernière séance s'organise en fonction des différentes questions des patients. Cela permet de lancer la discussion sur certaines problématiques d'équilibre alimentaire. Par exemple, lors d'une des séances, une patiente demande si la galette de riz peut remplacer le pain. L'éducation thérapeutique utilise l'écoute et les séances s'organisent en fonction des attentes. Autre exemple de question, la pizza peut-elle remplacer le pain et est-ce un plat équilibré ? Avec l'aide du paperboard et la participation des patients, on passe en revue la composition d'une pizza pour voir si cela rentre dans l'équilibre alimentaire :

- Féculents = Pâte à pain
- Légumes verts = Sauce tomate + tomates, champignons, poivrons, courgettes…
- Protéines = jambon, poulet, bacon, thon, saumon, œuf, fruits de mer…
- Laitage = fromage, gruyère ou mozzarella…

L'assiette est donc équilibrée avec des protéines, féculents, légumes verts et laitage.

Puis, à l'aide d'un paperboard, les participants font le résumé des différentes séances sur l'équilibre alimentaire. Les patients savent maintenant créer une assiette équilibrée normale, mais également une assiette équilibrée post-chirurgie bariatrique (Tableau 19).

Tableau 19 : Assiette équilibrée normale et après chirurgie bariatrique

Assiette normale	Assiette post-chirurgie
 - 1/4 protéines (viandes, poisson, œuf) - 1/4 féculents - 1/2 légumes verts - + matières grasses, - Produit laitier (fromage ou laitage), - Fruit, - Boire sans sucre, sans gaz.	 - 1/3 protéines - 1/3 féculents - 1/3 légumes verts - + matières grasses, - Produit laitier (fromage ou laitage) : 30 min à 1h après le plat principal, - Fruit : 30 min à 1 h après le produit laitier, - Boire en dehors du repas.

2.3.4.6 Sucres et graisses

A. Présentation

Dans cette séance, on aborde deux thèmes : tout d'abord les glucides, puis les lipides. Cette séance consiste à faire le point sur les différents types de glucides et de matières grasses (Tableau 20).

Tableau 20 : Sucre et graisses

Objectifs de l'atelier	- Identifier les aliments qui contiennent des glucides et des lipides. - Repérer les sucres et graisses cachés. - Distinguer glucides complexes et glucides simples. - Nommer les différentes matières grasses. Citer les intérêts culinaires et gustatifs.
Nombre participants	6 à 10 patients +/- accompagnants
Outils pédagogiques	Paperboard Cartes aliments
Durée	1 h 30
Intervenants	Diététicien nutritionniste

B. Déroulement de l'atelier

Comme dans la plupart des séances d'ETP, celle-ci débute par un tour de table, et l'utilisation d'un brainstorming est possible sur les objectifs attendus par les participants (Figure 27).

- Différencier les bonnes et les mauvaises graisses,
- Comprendre le cholestérol
- Comprendre l'index glycémique
- Mieux vivre avec sa maladie
- Je mange moins de sucre, pourtant mes glycémies augmentent

Figure 27 : Exemple de Brainstorming sur les objectifs attendus

Puis, on aborde les différents thèmes en commençant par les glucides. L'animateur demande aux participants sous forme de brainstorming de classer des aliments dans un tableau à deux catégories : les glucides simples et les glucides complexes (Tableau 21).

Tableau 21 : Exemple de Brainstorming sur les glucides

Glucides complexes	Glucides simples
- Féculents : semoule, boulgour, pâtes, - Riz, - Pomme de terre, - Quinoa, - Mais, - Patate douce, - Farine, - Blé, - Seigle, - Son, - Pains, - Légumineuses : lentilles, haricots blancs, flageolets, coco, pois chiches, pois cassés, - Fèves.	- Boissons (alcool), sirop, - Fruit, - Chocolat noir inférieur 70 %, au lait, blanc, - Bonbons, - Crèmes dessert, - Céréales du petit déjeuner, - Viennoiserie, - Laitage, - Sucre blanc, miel, confiture, - Sorbet /glace.

A la suite du brainstorming, l'animateur explique le rôle des glucides. Les glucides complexes doivent être présents à chaque repas mais les glucides simples ne doivent pas être pris quotidiennement à l'exception des fruits et des laitages (à consommer à chaque repas également). L'animateur fait un point sur les glucides dans l'équilibre alimentaire au cours du repas. La médecine préfère classer les glucides d'un point de vue diététique en fonction de l'Indice Glycémique (IG). Il est calculé par rapport à un aliment de référence. Lors d'un repas avec présence de lipides, glucides et lipides, on obtient une charge glycémique. Il faut ainsi choisir les « bons » sucres et à des quantités appropriées. Il ne faut pas se priver des légumes qu'on aime (aucun légume n'est interdit).

Enfin, on aborde le deuxième thème : celui des matières grasses. L'animateur demande de classer également les matières grasses en deux catégories sous forme de brainstorming : les matières grasses animales et les matières grasses végétales (Tableau 22).

Tableau 22 : Exemple de Brainstorming sur les lipides

Matières grasses animales	Matières grasses végétales
- Beurre, - Saindoux, - Charcuterie, - Viande grasse (agneau, porc), - Fromage, - Crème.	- Huiles (colza, olive, tournesol, noix), - Fruits oléagineux : amandes, noix, noisette, pistache, noix et cajou, - Avocat, - Margarine.

Enfin, la séance se conclut par un petit jeu à l'aide de cartes aliments, en faisant deviner aux patients le nombre de morceaux de sucres et le nombre de cuillères d'huile présents dans les aliments (Tableau 23).

Tableau 23 : Quelques exemples d'aliments en fonction du nombre de morceaux de sucre et de cuillères d'huile

	Morceaux de sucre	Cuillères d'huile
3 gâteaux petits princes	4	3
2 cuillères Nutella	3	2
Plat industriel	2	2
Gâteaux apéritifs	0	6
Soda	7	0

A la fin de la séance, on regarde les objectifs attendus des patients pour voir si on a répondu à toutes leurs interrogations. Un patient voulait savoir dans ses objectifs de la séance comment se formait le cholestérol. L'animateur a donc expliqué la formation du cholestérol à l'aide de carte de manière schématique.

2.3.4.7 Lecture des étiquettes

A. Présentation

Avant la séance, les patients reçoivent un message de Planeth Patient leur conseillant de ramener avec eux des emballages d'aliments qu'ils affectionnent particulièrement. Cela permet d'avoir un support personnel. L'objectif principal de la séance est d'apprendre à lire et interpréter les informations contenues sur les emballages alimentaires (Tableau 24).

Tableau 24 : Lecture des étiquettes

Objectifs de l'atelier	- Savoir lire et interpréter les informations utiles sur les emballages alimentaires. - Avoir un sens critique face à certains emballages.
Nombre participants	6 à 10 patients +/- accompagnants
Outils pédagogiques	Paperboard Emballages alimentaire
Durée	1 h 30
Intervenants	Diététicien-nutritionniste

B. Déroulement de l'atelier

Au début, on réalise un tour de table des intervenants et des participants : présentation de leur parcours et de leurs attentes de cet atelier. L'animateur fait le point sur les objectifs attendus des participants. Puis, l'animateur aborde le cœur du sujet en demandant aux patients « Quels sont les éléments importants présents sur les emballages ? ». Sous forme de discussion orale, les patients répondent à la question. On y retrouve notamment la liste des ingrédients, le tableau nutritionnel et les allégations nutritionnelles**.** D'autres informations sont également présentes : les conditions particulières de conservation, les précautions d'emploi, la date limite de consommation, la date de fabrication, le pays d'origine etc. … L'animateur approfondit les 3 éléments principaux.

- La liste des ingrédients

Sous forme de brainstorming, l'animateur demande quels sont les ingrédients que l'on peut trouver parmi une liste d'ingrédients (Figure 28).

- Sucres simples : fructose, lactose
- Sucres complexes : amidon
- Lipides gras saturés : huile de palme, huile coco, beurre,
- Lipides gras trans : huile hydrogénée.
- Sodium : sel, bicarbonate de sodium/soude.
- Vitamines et minéraux : vitamine E, vitamine C, vitamine B, Fer.
- Autres : acide citrique, sulfite

Figure 28 : Exemple de Brainstorming réalisé sur la liste des ingrédients

La liste des ingrédients est obligatoire pour la grande majorité des produits alimentaires, sauf pour quelques exceptions comme les fruits et les légumes frais par exemple. Les ingrédients sont classés dans un ordre décroissant : du plus abondant au moins abondant. On peut ainsi se rendre facilement compte de la qualité et de la composition du produit. Une liste trop longue est le signe de l'ajout de plusieurs additifs.

- Le tableau nutritionnel

Sous forme de brainstorming, l'animateur demande quelles sont les présentations possibles d'un tableau nutritionnel (Figure 29).

- Soit en quantité de produit
- Soit en pourcentage % de valeur quotidienne
- Soit en lipides totaux (= saturés + trans+ insaturés) ou séparés
- Soit en cholestérol
- Soit en glucose (= glucose simple + complexe) ou séparés, soit « dont sucre » (=glucide simple)

Figure 29 : Exemple de Brainstorming sur le tableau nutritionnel

Il indique les valeurs énergétiques (exprimées en kilojoule ou kilocalorie), les quantités de protéines (en g), de matières grasses dont les acides gras saturés (en g), de glucides dont sucres (en g) et de de sodium. Les valeurs nutritionnelles sont souvent indiquées pour 100 g

d'aliments mais peuvent également apparaître sous forme de portions. Il faut faire attention de bien lire les portions et faire attention à certaines subtilités que l'animateur prend soin d'expliquer. En effet, dans une compote, on retrouve du fructose qui est un glucide simple bon pour la santé. Ceci est la même chose dans les yaourts où l'on retrouve du lactose.

- Les allégations

Il s'agit de la mise en valeur d'un nutriment ou d'une propriété de l'alimentation relative à sa valeur nutritionnelle. C'est un message figurant sur certains emballages. Il y a des allégations nutritionnelles (présence d'un nutriment dans un aliment, par exemple : riche calcium ou en vitamine C) et des allégations de santé (lien entre un nutriment et l'état de santé, par exemple : oméga 3 et prévention des maladies cardiovasculaires).

L'animateur met en pratique tout ceci avec la lecture des étiquettes des emballages ramenés par les patients. Certains aliments ont un nutri-score sur l'emballage. Cela permet à l'intervenant d'aborder cet outil et d'expliquer à quoi il sert (différencier les aliments des plus équilibrés au moins équilibrés). En conclusion, cette séance a permis de regarder la composition des produits, d'analyser leurs valeurs nutritionnelles, et ainsi de comparer les produits entre eux.

2.3.4.8 Adapter son activité physique : Bénéfice de l'activité physique

A. Présentation

L'éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité passe par une reprise de l'activité physique. Les séances ont pour objectif de faire reprendre aux patients une activité (Tableau 25).

Tableau 25 : Bénéfice de l'activité physique

Objectifs de l'atelier	- Organiser la reprise d'une activité physique. - Définir l'activité physique et ses bénéfices. - Identifier les freins - Revoir les consignes de sécurité (précaution à prendre avant, pendant et après une activité physique).
Nombre participants	6 à 10 patients +/- accompagnants
Outils pédagogiques	Paperboard ou Métaplan Photo-langage Cartes émotions Podomètre Emploi du temps Études de cas
Durée	1 h 30
Intervenants	Éducateur médico-sportif ou professionnel de santé formé à cette thématique

B. Déroulement de l'atelier

On commence par un tour de table et la présentation des patients et de leurs attentes de cette séance. La séance se poursuit grâce à des questions posées par l'animateur :

- Qu'est-ce que l'activité physique représente pour vous, dans votre quotidien ?

A l'aide de photo-langage (plusieurs photos disposées sur une table), l'animateur demande quel est le ressenti de chacun par rapport à l'activité physique. Les patients peuvent choisir plusieurs photos représentant des émotions. Ils décrivent ensuite les raisons de ces choix.

- Comment voyez-vous l'activité physique ?

Les participants doivent définir l'activité physique (définition, fréquence, intensité…). Pour cela, les animateurs peuvent utiliser un brainstorming sous forme de tableau (Tableau 26). A la suite du brainstorming, l'animateur fait un résumé des réponses et il distribue une feuille représentant les activités physiques en fonction de l'intensité.

Tableau 26 : Exemple de Brainstorming sur l'activité physique

Quoi ?	Quand ?	Comment ?
- Mouvement du corps, - Dépense d'énergie	- Tous les jours, - 3 fois / semaine	- La marche, - Le vélo, - La course, - La natation, - Le footing, - Le jardinage etc…

- Quels sont les bénéfices de l'activité physique et les freins ?

Un des principaux objectifs de la séance est d'identifier les freins des participants à la mise en place d'une activité physique et leur montrer les bénéfices que cela peut leur apporter. Pour cela, on peut par exemple utiliser de nouveau un brainstorming avec les avantages et les inconvénients de la mise en place d'une activité physique (Tableau 27).

Tableau 27 : Exemple de Brainstorming sur les avantages et inconvénients de l'activité physique

Avantages	Inconvénients
- Se vider la tête, se détendre, - Déstressant, diminution état anxieux - Mieux-être - Meilleur souffle - Améliore la santé, qualité de vie - Entretenir les muscles, les articulations, les poumons, le cœur - Perte de poids - Prise de muscles - Améliorer son sommeil - Avoir un lien social	- Douleur - Motivation

Ainsi, les patients peuvent se rendre compte qu'il y a plus d'avantages à réaliser une activité sportive que d'inconvénients. L'activité physique est bénéfique pour le moral et n'a pas de retentissement négatif sur la santé, en dehors de douleurs qui peuvent être ressenties après sa reprise.

- Quels sont les précautions à prendre ?

L'animateur demande et résume les différentes recommandations à suivre lors de la mise en place d'une activité physique. Par exemple : prendre un avis médical (voire du cardiologue) avant la reprise d'une activité physique régulière, prendre un sac à dos contenant du sucre, bouteille d'eau et une compote à boire, mettre des vêtements confortables et de bonnes chaussures, et surtout, commencer lentement puis progressivement.

- Que puis-je changer dès maintenant dans mon quotidien ?

A la fin de la séance, l'animateur demande à chaque participant de mettre en place des objectifs réalisables pour la mise en place d'une activité physique mais également de regarder comment l'introduire en fonction de leurs emplois du temps.

L'activité physique est fondamentale dans la prise en charge de l'obésité. Elle n'aura peut-être pas un effet sur la perte de poids mais elle permet de préserver la masse maigre. De plus, l'activité a de nombreux bénéfices sur la santé tant physique que moral. Le parcours éducatif avec PLANETH PATIENT propose des séances d'activité physique adaptée, de la sophrologie (pour aider à la gestion du stress).

2.3.4.9 Chirurgie de l'obésité : modalités d'intervention chirurgicale

A. Présentation

L'objectif de cette séance est d'aborder la chirurgie bariatrique et ses modalités avec la présence d'un chirurgien pour répondre aux interrogations des patients (Tableau 28). Pour cette séance, on ne prend que des personnes ayant un IMC supérieur à 35. En effet, pour pouvoir avoir accès à la chirurgie bariatrique, il faut avoir un IMC supérieur à 40, ou supérieur à 35 avec des complications de l'obésité.

Tableau 28 : Modalités d'intervention chirurgicale

Objectifs de l'atelier	- Découvrir et distinguer les différentes techniques chirurgicales. - Nommer les complications possibles. - Comprendre l'intérêt d'un suivi pré-chirurgie et post-chirurgie (traitement de supplémentation).
Nombre participants	6 à 10 patients +/- accompagnants
Outils pédagogiques	Paperboard Schéma des différentes techniques chirurgicales
Durée	1 h 30
Intervenants	Membres de l'association de patients « revivre en faim » (patient ressource) + chirurgien bariatrique

B. Déroulement de l'atelier

La séance commence par une présentation des intervenants et des participants : les participants abordent leur parcours, leur suivi (diététique, suivi psychologique) et leur projet. Certains viennent avec un projet de chirurgie bien avancé, d'autres juste pour avoir une information. Puis la séance s'organise sous forme de discussion à travers les différentes questions posées par les patients comme par exemple celles qui suivent. La séance est co-construite avec eux.

- Quelles sont les critères pour prétendre à la chirurgie ?

Le chirurgien refait un point sur les conditions d'inclusion à la chirurgie et les indications générales. De plus, il décrit le bilan médical et le suivi nécessaire avant toute prise en charge chirurgicale.

- Quels sont les motifs de refus possibles de chirurgie ?

Il existe différents rejets possibles par le chirurgien, le psychologue, le diététicien, l'anesthésiste, les endocriniens etc…

- Quelles sont les différentes techniques chirurgicales et leurs indications ?

Le chirurgien passe en revue les 3 chirurgies possibles à l'aide de schémas : anneau, sleeve et bypass. Il parle également des différentes indications possibles et de certaines contre-indications. Cependant, c'est le patient qui prend la décision avec le chirurgien du type de chirurgie. Il faut un avis éclairé du patient (car les attentes du patient ne sont pas les mêmes que celles du chirurgien).

- Quelles sont les complications de la chirurgie ?

De nombreux patients sont inquiets de l'anesthésie et des douleurs suite à l'opération. Le patient ressource peut ainsi discuter avec eux et les rassurer en parlant de son expérience.

- Quelles sont les supplémentations post-chirurgie ?

Le patient ressource explique l'importance d'avoir une bonne observance aux supplémentations. En effet, la chirurgie entraine des carences, donc les besoins en vitamines sont importants.

- Cas de la grossesse

Le chirurgien explique l'importance de la contraception. En post-chirurgie, la femme devient plus fertile donc il faut faire attention de ne pas initier directement une grossesse. Il conseille d'attendre 1 an et demi post-chirurgie pour débuter une grossesse.

En conclusion, cette séance a pour but de répondre aux interrogations des patients. Une relation de confiance avec son chirurgien est essentielle.

2.3.4.10 Chirurgie bariatrique : et après, quelle alimentation ?

A. Description

Cette séance concerne uniquement les patients suivant le programme de chirurgie bariatrique. Il s'agit d'une séance où les patients échangent autour de l'alimentation quelques semaines après leur chirurgie. Le but est également de voir comment ils ont réagi à la chirurgie (Tableau 29).

Tableau 29 : Et après, quelle alimentation ?

Objectifs de l'atelier	- Exprimer leur vécu vis-à-vis de la chirurgie bariatrique. - Décrire leur parcours médical et paramédical post-opératoire, ainsi que leur traitement. - Décrire et exprimer les complications post-chirurgie.
Nombre participants	6 à 10 patients +/- accompagnants
Outils pédagogiques	Paperboard Bonhomme Témoignage vidéo
Durée	1 h 30
Intervenants	Chirurgien bariatrique, infirmiers spécialisés dans la chirurgie bariatrique, patients ressources

B. Déroulement de l'atelier

La séance commence par un tour de table et une présentation des participants sur leur parcours, leur retour d'expérience de la chirurgie bariatrique, et les complications post-chirurgie possibles. Lors des retours d'expériences, on observe que chacun est différent. Le vécu post chirurgie est différent d'une personne à l'autre. Mise à part une grande fatigue qui survient chez tous les patients, les autres effets diffèrent d'une personne à l'autre. On peut constater des phénomènes non expliqués comme par exemple des modifications de l'odorat chez certaines personnes, un dégoût pour la viande rouge, un phénomène de « dumping » (hyperglycémie immédiatement après le repas).

Puis, l'intervenant refait le point sur l'alimentation sous forme de brainstorming. En effet, après chirurgie il faut : fractionner les repas, ne pas manger d'aliments crus (pour éviter le développement de bactéries), ne pas boire en mangeant, arrêter les boissons gazeuses, limiter l'alcool (changement de l'approche de l'alcoolémie) et les besoins en protéines sont plus importants. Lors des retours d'expérience, on peut constater que certaines personnes ont du mal à boire, on peut alors leur conseiller de consommer d'autres boissons que l'eau (l'aromatiser avec du citron, café ou du thé).

Le but de cette séance est d'échanger, parler du ressenti du suivi post-chirurgie, de rappeler la nécessité de l'observance des supplémentations vitaminiques s'il y a lieu, mais également expliquer l'importance du suivi. En conclusion, chacun est différent, y compris dans sa perception des aliments.

2.3.5 Séances individuelles

Dans le programme, des séances individuelles sont également possible : des séances d'orientation psychologique (1) et de diététique (4 maximum). Les entretiens individuels permettent de mieux cerner les attentes d'un seul patient et d'aborder des thèmes plus personnels, notamment psychologiques. Cela permet un suivi personnalisé, plus approfondi et centré sur le patient. Elles sont prescrites également lorsque les ateliers collectifs ne sont pas adaptés (problèmes cognitifs, barrière de la langue).

2.3.6 Bilan de fin de parcours

Un an après le début du parcours, le patient rappelle son professionnel de santé « référent » pour le bilan de fin de parcours. Cela permet d'évaluer l'atteinte des objectifs initiaux du bilan éducatif partagé et de voir si le programme a été bénéfique pour le patient. A la fin du bilan, une nouvelle offre d'ETP peut être proposée si la précédente n'a pas répondu aux attentes du patient. Le bilan peut être réalisé avant si le parcours est fini.

2.3.7 Outils mis à disposition

Une mallette, nommée ANAE (Animation des Ateliers d'Éducation), a été créé pour faciliter la pratique des ateliers collectifs et individuels des professionnels de santé. Cela permet d'apporter des outils aux professionnels de santé pour la conduite des ateliers d'éducation thérapeutique. Dans cette mallette, on trouve des jeux « cartes aliments » (sucres et graisses), des cartes « étiquettes aliments », des cartes « complications obésité », des podomètres, des emplois du temps…

2.3.8 Modification du programme

Avec la fusion des différentes associations et la création de la plateforme PLANETH PATIENT, le programme a légèrement changé pour proposer une organisation commune [73].

Une réécriture des programmes est en cours. Les programmes vont être soumis à l'ARS à la fin du mois de mars 2020 pour l'évaluation quadriennale. Cette réécriture prévoit des changements dans l'offre d'ETP avec un tronc commun pour toutes les pathologies (l'équilibre alimentaire, les bénéfices de l'activité physique et les compétences psychosociales) et des ramifications selon les besoins éducatifs de chaque patient (connaissance de la maladie, des traitements, connaissance des facteurs de risque…). Cela va permettre d'inclure d'autres pathologies dans l'offre de soin comme l'asthme, la BPCO (Broncho Pulmonaire Chronique Obstructive) …et de pouvoir suivre plusieurs programmes en fonction des pathologies du patient car les patients peuvent être polymédiqués avec plusieurs pathologies.

2.3.9 Retour personnel sur mon expérience de ce programme

Ma participation aux séances d'éducation thérapeutique m'a beaucoup appris. Cela m'a permis de comprendre l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques, en particulier dans la prise en charge de l'obésité. J'ai pu voir à travers ces séances, les méthodes d'éducation thérapeutique utilisées par les professionnels de santé. Au début des ateliers, certains points sont abordés comme le respect de la confidentialité, le non jugement…La plupart des séances débute par un tour de table. Ceci est très important pour se présenter et connaitre les objectifs. Les principaux outils utilisés sont les brainstormings. Cela permet de partir des connaissances des patients et d'apporter les informations dont ils ont besoin. Les supports visuels tels que les cartes sur l'alimentation, les émotions… peuvent également amener les patients à s'exprimer. En effet, les séances d'ETP sont construites avec les patients. Je me suis rendue compte que les éléments importants dans les relations sont l'écoute active et l'empathie.

Au cours de ces divers ateliers collectifs, j'ai pu voir de nombreux avantages : une rupture de l'isolement (sortir de chez soi, présence de personnes présentant la même maladie avec la même démarche), une cohésion et une dynamique de groupe (motivation, investissement), une relation de confiance entre les participants (confidentialité) et des discussions/échanges sur les expériences de chacun. On remarque également une entraide entre les patients. La participation à des séances collectives ou individuelles est différente mais complémentaire.

2.4 ETP de la personne obèse dans le cadre de la prise en charge hospitalière

En milieu hospitalier, les patients peuvent être pris en charge à la suite d'une demande du médecin traitant ou d'un spécialiste, d'une demande du patient lui-même ou dans le cadre d'une démarche de chirurgie bariatrique.

2.4.1 Différentes hospitalisations

Selon les centres hospitaliers de France, différentes modalités d'hospitalisation sont possibles pour la prise en charge de l'obésité. Ce sont en général des hospitalisations de semaine, proposant des ateliers hors cadre réglementaire ETP.

2.4.1.1 Hospitalisation « nutrition »

Pour tous les patients demandant une aide dans la prise en charge, le CHU de Caen propose une hospitalisation de 3 jours. Lors de ce séjour, les patients ont un bilan médical complet, en alternance avec des ateliers collectifs d'éducation thérapeutique (diététique, alimentation en pleine conscience, activité physique…) et des séances individuelles avec des psychologues. A la fin de cette hospitalisation, on leur propose différentes orientations :

- Orientation vers PLANETH PATIENT, la plateforme régionale d'éducation thérapeutique ;
- Hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ; ce sont en général des hospitalisations de plusieurs semaines (par exemple : SSR Korian, SSR Equemauville, ou IMPR (Institut de Médecine Physique et de Réadaptation) Hérouville) ;
- Suivre des séances de nutrition en libéral.

De plus, les patients continuent de venir en consultation dans le service de nutrition du CHU de Caen.

2.4.1.2 Hospitalisation « chirurgie bariatrique »

Au CHU de Caen, pour les personnes faisant le choix de la chirurgie bariatrique, on réalise une nouvelle hospitalisation de deux jours. Elle a lieu avant la chirurgie pour pouvoir préparer au mieux cette intervention. En général, on attend 6 mois entre la première hospitalisation de semaine et cette nouvelle hospitalisation. Au cours de ce séjour, de nouveaux examens médicaux sont réalisés comme la Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale (FOGD),

l'échographie du foie etc… Une chirurgie bariatrique ne peut avoir lieu qu'après un suivi de 6 mois.

2.4.1.3 Hospitalisation « post-chirurgie bariatrique »

Il existe également une hospitalisation en post-chirurgie d'une durée de 2 jours. Celle-ci a lieu normalement 1 an après la chirurgie. Malheureusement, la plupart des patients ayant réalisé la chirurgie bariatrique sont perdus de vue et ne réalisent pas leur suivi.

2.4.2 Qu'est-ce qui différencie le milieu hospitalier du milieu ambulatoire (type Planeth patient) ?

En milieu hospitalier, la démarche s'effectue avec des personnes présentant un IMC supérieur à 35 kg/m^2. Pour les personnes ayant un IMC inférieur, une prise en charge ambulatoire est nécessaire. Les personnes ayant un IMC supérieur à 35 kg/m^2 peuvent également choisir un programme d'ETP en ambulatoire. Les milieux hospitalier et ambulatoires sont donc complémentaires. Par exemple au CHU de Caen, on conseille aux patients qui le souhaitent de participer au parcours éducatif proposé par PLANETH PATIENT. A part l'atelier sur la connaissance de la maladie, tous les autres ateliers proposés en hospitalisation sont différents afin d'éviter les redondances.

2.4.3 Journée européenne de l'obésité

Il existe des journées organisées par les centres hospitaliers. Par exemple, le CHU de Caen en organise une tous les ans. La dernière en date s'est déroulée le 17 mai 2019 et j'ai pu y participer. Les patients peuvent assister à différentes conférences sur l'obésité comme l'obésité d'un point de vue médical, l'obésité de l'enfant, l'activité physique, l'équilibre alimentaire, la psychologie, la chirurgie bariatrique. De plus, de nombreuses associations de patients et institutions (SSR) sont invitées à y participer (Annexe 4).

La première conférence commence par une partie médicale où les patients peuvent s'informer sur des aspects généraux concernant l'obésité : comment calculer l'IMC, les différents facteurs de l'obésité (déséquilibre de la balance, excès d'apport, diminution des dépenses énergétiques…), les différentes prises en charge (alimentation équilibrée, activité physique) et les contre-indications à la perte de poids.

La conférence sur l'activité physique vise à montrer l'importance de l'activité physique dans la prise en charge. Pour cela, après un rappel des caractéristiques de l'activité physique (fréquence, intensité, durée, type activité, volume, progression), l'intervenant part des croyances des patients pour montrer qu'il existe des solutions pour en pratiquer. L'intervenant explique les différents freins des patients rencontrés et les solutions qu'il propose (Figure 30).

- « Je n'aime pas le sport » : On peut faire une activité physique domestique, de transport, loisirs, travail (très varié).
- « Le sport me fait souffrir » : l'activité est non adaptée ou mal exécutée.
- « Peur de pratiquer » : Il existe des structures comme par exemple Planeth patients qui propose de l'activité physique adaptée pour personne en situation d'obésité.
- « Manque de temps » : Il faut fractionner, favoriser l'activité de transport.
- « Impossibilité » : il faut adapter l'activité physique.
- « Manque de motivation » : On peut intégrer un groupe, y aller directement après le travail.

Figure 30 : Exemple de freins et de solutions évoqués lors de la conférence

Au cours de la journée une conférence sur l'alimentation a fait le point sur les régimes, évoqué certaines règles alimentaires et rappelé l'intérêt de manger en pleine conscience. L'approche « psychologique » de l'obésité a également permis aux psychologues d'expliquer leur démarche pour la prise en charge de l'obésité. Enfin la journée s'est achevée par une conférence sur la chirurgie. Le médecin a pu répondre aux questions des patients, sur la préparation à la chirurgie, les techniques chirurgicales (anneau, sleeve, bypass), les risques, les résultats, la prise en charge post-chirurgie etc…

2.5 Conclusion

En conclusion, la prise en charge de l'obésité, qui est considérée comme une maladie chronique, nécessite une éducation thérapeutique du patient. Cela passe par une prise en charge pluridisciplinaire qui doit être centrée sur le patient. Pour l'obésité, la prise en charge associe l'alimentation, la psychologie et l'activité physique. En tant que future professionnel de santé, proposer des séances d'ETP donne une plus-value à notre métier. La participation au programme obésité de PLANETH PATIENT m'a donné envie dans mon exercice officinal de proposer de l'éducation thérapeutique au sens large : proposer des actions éducatives ciblées, des entretiens motivationnels, des interventions brèves... Nous allons voir dans la dernière

partie de ce travail, comment le pharmacien peut s'impliquer à l'officine dans l'éducation thérapeutique et dans la prise en charge de la personne en situation d'obésité.

3. La place du pharmacien dans l'ETP

Après avoir étudié la prise en charge de la personne en situation d'obésité et la pratique de l'ETP, nous allons voir comment celle-ci est applicable à l'officine. En effet, le pharmacien a, depuis la loi HPST (« Hôpital, Patients, Santé et Territoires ») de 2009, de nouvelles missions dont l'éducation thérapeutique. Cette nouvelle mission est ajoutée aux pharmaciens parce qu'ils ont une place de choix, grâce à leur proximité, leur accessibilité et la relation de confiance établie avec les patients. Les pharmaciens peuvent intégrer l'ETP dans le parcours de soins de leur patientèle. Cependant, nous allons découvrir que la mise en place de cette pratique est encore limitée.

3.1 Les nouvelles missions du pharmacien : loi HPST

La loi HPST définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui « vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé » [73]. Cette loi a été promulguée le 21 juillet 2009 et vise à moderniser le système de santé. Au sein de cette loi, on retrouve 4 titres [74]:

- La modernisation des établissements publics de santé (fonctionnement et organisation, qualité de la prise en charge et sécurité des soins, coopération, performance) ;
- L'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- La prévention et la santé publique ;
- L'organisation territoriale du système de santé (création des ARS, politique régionale de santé, systèmes d'informations).

Cette loi ajoute au pharmacien d'officine de nouvelles missions comme la prévention et le dépistage, la vaccination, les conseils personnalisés, le rôle de correspondant d'équipe de soins… Cela permet d'offrir au patient un soin plus personnalisé [74]. Jusque-là le rôle du pharmacien était dédié à la dispensation des médicaments. Il se trouve donc renforcé. Celui-ci est maintenant intégré au système de santé dans son ensemble, en participant aux soins de premier et de second recours, au service public de la permanence des soins, à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients [75].

Les missions du pharmacien d'officine sont énoncées dans le code de la santé publique [76] : « Art. L. 5125-1-1 A. Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;
2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;
3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;
4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définis aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;
6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;
7° Peuvent être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie ;
8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.
9° Peuvent effectuer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cet arrêté peut autoriser, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la prescription par les pharmaciens de certains vaccins. Il en fixe les conditions.
10° Peuvent, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux mêmes articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé. »

Pour promouvoir cette loi et les nouvelles missions auprès des pharmaciens d'officine, l'Ordre National des Pharmaciens a créé une petite vidéo « La loi HPST, c'est le moment d'en parler » pour expliquer les missions sous la forme d'une conversation entre deux pharmaciens d'officine [77]. Au cours de cette vidéo, on apprend que le pharmacien peut créer un espace de confidentialité pour [78] :

- Bilan de médication

- Transmettre des conseils et des informations
- Participer à la prévention
- Faire des tests de dépistage et des campagnes
- ETP

Les rôles du pharmacien d'officine sont multiples avec une implication dans l'éducation pour la santé et dans l'éducation thérapeutique [78]. En effet, il aide à la compréhension de la maladie et des traitements, informe et sensibilise sur le bon usage des médicaments. Il participe à l'apprentissage de l'utilisation des médicaments nécessitant une technique d'administration particulière (par exemple : instillation d'un collyre, inhalation d'un médicament antiasthmatique…), et aide dans l'apprentissage de l'autosurveillance de la maladie et des traitements. Enfin, il soutient et accompagne le patient tout au long de sa prise en charge [79]. Le pharmacien peut intervenir dans une ETP structurée mais également dans une ETP hors cadre règlementaire.

3.2 Rôle du pharmacien dans une ETP structurée

Le pharmacien formé à l'ETP peut intervenir dans des programmes d'ETP structurés et autorisés par l'ARS, notamment lorsque ceux-ci sont dispensés en ambulatoire. En Normandie par exemple, il peut intégrer PLANETH PATIENT et intervenir à différents niveaux dans le parcours du patient en situation d'obésité (après avoir adhéré à la structure). Il peut réaliser des diagnostics éducatifs, des ateliers collectifs ou individuels et des bilans de fin de parcours. Pour cela, il doit être formé à la pratique de l'ETP. Pour participer à l'ETP, il est en effet nécessaire de se former pour acquérir les compétences nécessaires à sa pratique. On peut se former à l'ETP à l'université ou dans des organismes de formation continue spécialisés dans l'ETP [79]. A l'Université de Caen, les étudiants en pharmacie bénéficient de cette formation qui est intégrée dans leur cursus. Elle s'agit d'une formation de 40 heures et s'organise sous la forme de théorie et de pratique.

3.2.1 Diagnostic éducatif

Comme vu dans la précédente partie, cette étape explore le vécu de la maladie par le patient et permet le recueil d'informations utiles pour proposer un programme d'ETP personnalisé en fonction de ses attentes et de ses besoins du patient. Il faut que le programme ait du sens pour le patient. Elle s'inscrit dans une démarche d'éducation intégrée aux soins, en accord avec la complexité de la maladie et les ressources propres du patient [79].

3.2.2 Ateliers

Le pharmacien peut intervenir après un diagnostic éducatif sur l'obésité en participant à des ateliers individuels et/ou collectifs [71]. Pour l'obésité, il peut encadrer des ateliers sur la compréhension de la maladie, sur le mieux vivre avec sa maladie, sur le mieux vivre avec son alimentation, sur l'adaptation de l'activité physique et dans les ateliers de démarche de chirurgie de l'obésité.

3.2.3 Entretien de fin de parcours

Le pharmacien réalisant le diagnostic éducatif, devient référent et réalise le bilan de fin de parcours. Cet entretien permet de faire le bilan de l'année écoulée avec l'ensemble des séances individuelles et collectives. L'entretien reprend la même trame que le diagnostic éducatif (situation socio-professionnelle et familiale, activités, loisirs et centres d'intérêt, connaissance de la maladie, habitudes alimentaire, avenir, dimension psycho-affective…). L'entretien a pour but de voir les changements mis en place, les connaissances acquises, les objectifs atteints et ceux qui posent encore problème.

3.2.4 Atouts et difficultés de l'ETP structurée

La réalisation d'ETP structurée au sein d'un programme peut être compliquée. Dans le cadre de ma thèse, j'ai rencontré 3 professionnels de santé pratiquant l'ETP, 2 au sein d'une officine et 1 en milieu hospitalier, afin d'évaluer les conditions de mise en pratique de l'ETP structurée à l'officine. Lors de ces entretiens, je me suis aperçue qu'il existe des atouts mais également des difficultés à sa pratique.

3.2.4.1 Les atouts

A. Un lieu privilégié d'information

Tous les jours, les pharmaciens accueillent de nombreux patients qui viennent pour leurs traitements médicamenteux ou pour des conseils. Il y a 4 millions de personnes qui franchissent chaque jour les portes des officines [79]. C'est donc un lieu privilégié pour réaliser une ETP liée à la prise en charge de l'obésité.

B. Un lieu de proximité

On trouve des officines un peu partout sur le territoire français (ville, campagne, mer, montagne…). Il y a plus de 22 000 pharmacies sur l'ensemble du territoire [80]. De plus, les pharmacies sont ouvertes toute la journée en général et le week-end également. Elles sont accessibles sur de longues plages horaires. La réalisation d'une ETP structurée au sein d'une officine permet pour le patient d'avoir des rendez-vous compatibles avec son emploi du temps et un lieu proche de chez lui.

C. Une relation de confiance pharmacien/ patient

Une majorité des patients sont fidèles à leur pharmacie, en particulier pour les personnes ayant des traitements pour des pathologies chroniques. Le pharmacien a donc une bonne connaissance de sa patientèle et de leur histoire. Au fil des années, une relation de confiance s'installe [79]. Les patients ont tendance à parler beaucoup plus facilement avec leur pharmacien. Le pharmacien est une personne idéale pour réaliser de l'ETP.

D. Un suivi

Grâce à la fidélité des patients, le pharmacien peut suivre le patient de manière régulière. Ainsi, l'ETP à l'officine permet un suivi plus approfondi et le pharmacien peut motiver plus régulièrement le patient en cas de perte de motivation.

3.2.4.2 Les difficultés

A. Manque d'espace

Dans certaines pharmacies, il y a un problème d'espace ou des locaux inadaptés. Par exemple, certaines pharmacies n'ont pas de salle de confidentialité par manque de place. Lors d'une ETP structurée, il faut prévoir un lieu confidentiel pour réaliser les divers entretiens (diagnostics éducatifs, atelier individuel, entretiens fin de parcours). Si le professionnel veut se lancer dans des ateliers collectifs, il doit prévoir un espace suffisamment grand pour accueillir les patients.

B. Manque de temps

Les professionnels de santé peuvent avoir un manque de temps pour pratiquer l'ETP. La réalisation d'une ETP structurée impose un cadre réglementaire où le professionnel réalise une partie administrative qui peut le décourager (appel du patient pour confirmer le rendez-vous, envoi des dossiers…). De plus, les pharmaciens proposent de nombreux services au patient (service à domicile, orthopédie, pilulier…), laissant moins la possibilité d'intégrer des entretiens ETP au sein de l'officine.

Tous les officinaux n'ont pas suivi la formation à l'ETP. L'intégration de cette formation au cursus universitaires des étudiants en pharmacie est très récente. Par manque de temps, une majorité des professionnels ne veulent pas se former à l'ETP.

C. Isolement géographique

Certaines pharmacies sont assez reculées sur le territoire. Cela peut poser problème pour la réalisation d'ateliers collectifs car on n'arrive pas à avoir une file active de patient.

Ainsi, la pratique de l'ETP structurée en officine présente de nombreux atouts : lieu de proximité, lieu d'information, relation de confiance entre professionnels de santé et patient, assiduité des patients. Cependant, les difficultés mettent en suspens cette pratique dans une majorité d'officine par manque de temps, d'espace, de confidentialité, de formation et d'isolement géographique.

3.3 Rôle du pharmacien dans le cadre de son exercice officinal hors ETP structurée

La pratique d'une ETP structurée au sein d'un programme peut être compliquée pour certains pharmaciens. Toutefois, ils peuvent réaliser de l'ETP dans leur exercice officinal hors cadre règlementaire et structuré. Les pharmaciens peuvent participer à des activités éducatives, des postures éducatives, des entretiens motivationnels et des interventions brèves. Ces outils sont tout à fait réalisables au comptoir dans un délai qui peut être court, participant à l'éducation du patient.

3.3.1 Activités éducatives ciblées de proximité

Certains professionnels de santé proposent des activités éducatives. Ce sont des activités éducatives ciblées répondant aux besoins des patients mais qui ne relèvent pas d'un programme en tant que tel. En 2011, la HAS a donc décidé d'élargir le champ d'application du critère 23.a de l'ETP pour valoriser les professionnel de santé pratiquant cette méthode [81]. Il s'agit d'un apprentissage pratique par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large [82].

Une activité éducative peut être proposée au patient dans plusieurs situations, par exemple [82]:

- L'apprentissage d'une autosurveillance, automesure, auto-évaluation (repérage de signes ou symptômes d'alerte, mesure de la glycémie, de la pression artérielle, de symptômes respiratoires, du poids, des œdèmes, auto-examen des pieds, analyse de résultats d'examens, suite de soins après une chirurgie ambulatoire…) ;
- La gestion quotidienne des traitements médicamenteux ;
- L'application d'une conduite à tenir face à un signe d'alerte, une crise ;
- L'apprentissage d'une pratique ou technique de soin avec ou sans utilisation d'un appareillage (injection d'insuline, manipulation du débitmètre de pointe, réfection d'un pansement simple, apprentissage des déplacements et/ou changements de position …) ;
- Les changements du mode de vie (mise en œuvre d'exercices physiques ou d'une activité physique, d'un équilibre alimentaire…)
- L'adaptation de sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse) ;
- L'adaptation à la maladie (faisabilité d'un projet de vie personnelle, professionnel, familial) ;
- La préparation à une participation à un programme d'ETP (expliquer les buts de l'ETP, ses bénéfices, et débuter par l'apprentissage d'une compétence de sécurité) ;
- La compréhension de la maladie, mise en lien des problèmes de santé avec les thérapeutiques et les soins ;
- La compréhension et l'utilisation des ressources du système de santé pour prendre soin de soi ;
- L'analyse avec le patient de divers incidents, en particulier celui qui l'a amené aux urgences ou à consulter en dehors d'un suivi planifié ;
- Le soutien des apprentissages ou maintien des compétences d'autosoins ou d'adaptation à la maladie dans le cadre de ''organisation d'un suivi éducatif régulier après une offre d'ETP initiale.

Cette pratique reste structurée. En effet, elle nécessite un consensus sur le contenu de l'activité éducative, une évaluation des besoins éducatifs et des connaissances de départ du patient, un déroulement précis de la séance avec des techniques pédagogiques (manipulation, mise en situation…) et une évaluation finale pour s'assurer de l'acquisition de la compétence et des capacités de réalisation dans la vie quotidienne [81]. Cela est différent d'une simple information ou d'un simple conseil.

Dans les exemples d'activités éducatives qu'on retrouve principalement dans les pharmacies, on peut citer la réalisation d'entretiens diététiques. Certains pharmaciens réalisent eux-mêmes ces entretiens, tandis que d'autres pharmacies proposent la venue de diététiciens mensuellement *via* le groupement auquel elles appartiennent. Cela s'organise grâce un entretien initial puis avec des entretiens de suivi.

Lors de l'entretien initial, le professionnel de santé accueille le patient dans un lieu de confidentialité et collecte les informations importantes à prendre en compte à l'aide d'enquêtes alimentaires et de questionnaires de micronutrition. Pendant l'entretien, des mesures peuvent être réalisées comme le poids, la prise de mensuration ou encore la tension. Ce premier entretien a pour but de définir l'objectif du patient et d'établir avec lui la stratégie de son changement de comportement.

Lors des entretiens de suivi, on reprend la trame de l'entretien initial et on vérifie que les étapes de la stratégie sont bien comprises, appliquées et respectées. Il est possible de les réévaluer au besoin avec le patient ou de passer au niveau supérieur.

3.3.2 Posture éducative

Si le professionnel de santé veut réaliser des pratiques moins structurées par rapport à l'ETP et aux activités éducatives ciblées, il peut développer sa posture éducative.

3.3.2.1 Principe

Le professionnel de santé se place dans une posture d'écoute sans *a priori* ni jugement. L'entretien est non directif : il n'obéit pas à une organisation préétablie. Il s'agit d'un dialogue entre le patient et le pharmacien centré sur les habitudes de vie du patient [83].

Cette posture éducative du pharmacien doit permettre de répondre à trois questions [83] :

- Que fait le patient ? : cette question permet d'établir la liste des traitements du patient, le niveau d'observance pour ses traitements ainsi que les possibles difficultés de prise du médicament ;
- Que sait le patient ? : cette question permet d'appréhender le niveau de connaissance du patient pour sa maladie et son traitement ;
- Que pense-t-il de son traitement ? : cette question permet de définir les perceptions et les sentiments du patient vis-à-vis de sa maladie et de ses traitements.

3.3.2.2 Mise à disposition d'informations

La posture éducative permet la mise à disposition d'information. Au début de mon travail de thèse, je voulais réaliser des fiches pour les patients sur divers thèmes (nutrition, activité physique, psychologie etc…). Cependant, ma participation au programme obésité porté par PLANETH PATIENT m'a permis de comprendre que cela n'était pas approprié. En effet, le but de l'ETP est de partir du patient. Donc cela semble impensable de réussir à réaliser une fiche individuelle pour chaque personne au comptoir. Si on réalise une fiche commune, celle-ci n'est pas personnalisée ni adaptée au patient, à sa façon de vivre et de manger.

Pour répondre aux interrogations du patient, on peut proposer comme support d'informations des fiches ou des brochures… mais en prenant le temps de les commenter, de les personnaliser, de s'assurer que les informations sont bien comprises, qu'elles soient adaptées aux besoins du patient. Grâce au site de Comité d'Éducation Sanitaire et sociale de la Pharmacie française (CESPHARM), les pharmaciens peuvent commander ces supports pour les avoir à disposition dans leur officine.

3.3.2.3 Campagnes de communication

Le pharmacien peut participer aux campagnes de communication dont l'objectif est de sensibiliser la population aux grandes causes de santé dont l'obésité et de contribuer à modifier les habitudes de vie, à promouvoir l'activité physique, l'alimentation équilibrée …

3.3.2.4 Observance des supplémentations en post-chirurgie bariatrique

Le pharmacien est un professionnel de santé de proximité qui joue un rôle majeur dans le suivi après chirurgie bariatrique. Le suivi de ces patients est extrêmement important car ceux-ci ont besoin de supplémentation. Ce sont des patients présentant de nombreuses carences. Les carences concernent principalement les vitamines liposolubles (A, D, E, K), certains minéraux ou oligoéléments (calcium, fer, sélénium, magnésium, zinc) et d'autres vitamines (cyanocobalamine, acide folique et thiamine). Selon le type de chirurgie, les supplémentations ne sont pas équivalentes. Le rôle du pharmacien est d'impliquer le patient dans l'adhésion de son traitement. Malheureusement une majorité des patients arrête les supplémentations au fil du temps et des carences apparaissent. Il est essentiel pour notre patientèle ayant réalisé une chirurgie post-bariatrique de les questionner sur le suivi de leur traitement de supplémentation afin de s'assurer d'une bonne observance et de rappeler l'utilité de celle-ci [84].

3.3.3 Techniques de sensibilisation

3.3.3.1 Entretien motivationnel

Il s'agit d'un état d'esprit, un style relationnel entre le patient et le professionnel de santé, qui s'oppose au style frontal encore très présent dans la relation patient-soignant. Cet entretien a pour but de conduire le patient à exprimer ses intentions de changement. L'objectif principal est d'amener à faire prendre conscience au patient du (des) problème(s) des possibilités de changement et des moyens à mettre en œuvre pour effectuer ses changements. L'entretien motivationnel est très utilisé dans les addictions liées à l'alcool, aux drogues, au tabac ou dans la prévention des risques. Cet entretien est maintenant repris dans l'éducation thérapeutique des maladies chroniques en particulier dans la prévention des complications. Selon Miller et Rollnick (1991) un entretien motivationnel est « une approche centrée sur la personne qui vise à amener à un changement de comportement par l'augmentation de la motivation intrinsèque en aidant le client à explorer et à résoudre son ambivalence » [55].

A. Les bases théoriques de l'entretien motivationnel

L'entretien est une approche non-directive, centrée sur la personne. L'entretien motivationnel prend en compte la peur du changement, l'ambivalence et la protection du soi.

- La peur du changement [64] : Le patient a tendance à exprimer une lorsqu'un évènement menace ou réduit sa liberté.
- L'ambivalence [64] : Il s'agit d'un phénomène tout à fait naturel, présent dans les décisions de la vie quotidienne. Le patient présente un conflit intérieur entre les tendances qui favorisent et celles qui s'opposent au maintien ou à l'arrêt du comportement donné. Par exemple, une personne qui souhaite perdre du poids est partagée entre la motivation à perdre des kilos et l'envie de succomber à certains aliments. Le but de l'entretien motivationnel est de faire ressortir cette ambivalence et de l'explorer de manière non directive. Le comportement actuel et le nouveau comportement comportent des avantages et désavantages. Pour cela, on peut s'aider d'un outil comme la balance décisionnelle. On peut notamment utiliser la double balance décisionnelle avec d'un côté les bénéfices qu'apporteraient la poursuite de ce comportement et de l'autre les bénéfices du changement (Figure 31). On observe ainsi sur un côté de la balance les éléments favorisant le *statu quo* et de l'autre côté les éléments favorisant le changement de comportement. Le rôle du soignant est d'aider le patient à explorer son ambivalence, en lui permettant de l'exprimer librement. Le soignant a une écoute empathique et utilise des outils de reformulation (reflets). Les reflets permettent de renvoyer au patient ce qu'il a dit. Cela permet au patient de s'entendre, d'explorer son ambivalence, et de se sentir écouté et compris. Le professionnel de santé s'assure ainsi qu'il a bien compris le patient grâce à cet outil de plusieurs manières : en répétant littéralement le patient, en reformulant avec de nouveaux mots, en restituant les émotions, en faisant un reflet amplifié ou un double reflet (abordant les deux aspects de son ambivalence le changement et le non changement). Ceci doit aider le patient dans son ambivalence.

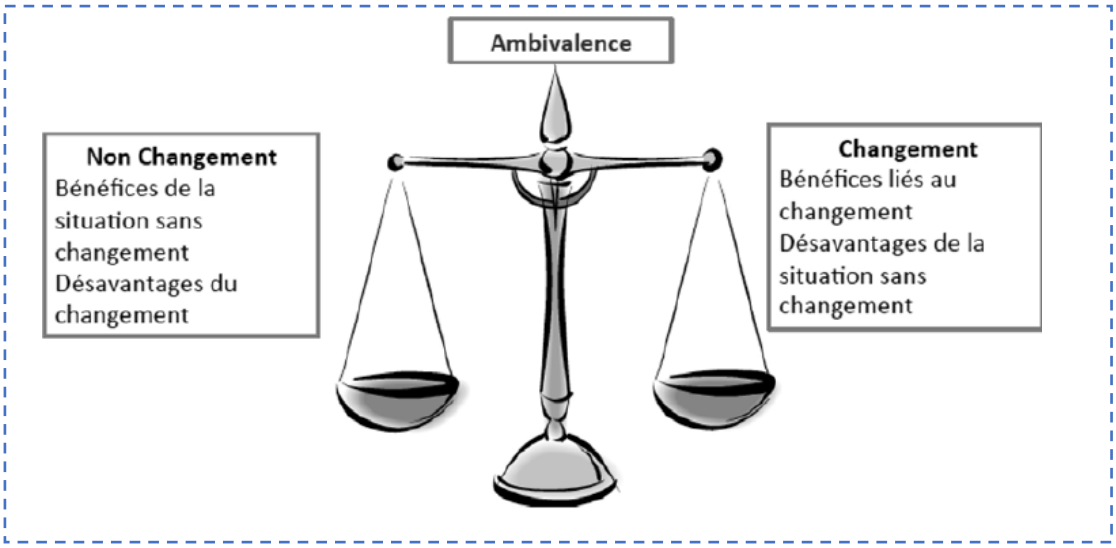


Figure 31 : Double balance décisionnelle

- La protection du soi [64] : Nem, psychologue (1967) avait émis l'hypothèse suivante : « une personne en vient à croire ce qu'elle se raconte », même si cela ne correspondait pas à ses valeurs personnelles de départ. Lorsque le soignant incite au changement de comportement, le patient réagit en exprimant l'autre côté (défend le *statu quo*), ce qui génère de la résistance. Il faut faire en sorte que les arguments pour le changement soient exprimés par le patient lui-même.

B. Les stades de Prochaska et Di Clemente (1982)

Prochaska et di Clemente ont décrit une théorie du changement par phase, dit modèle transthéorique car il intègre la synthèse de 18 théories qu'ils trouvaient pertinentes à ce sujet[64]. Il s'agit d'un modèle cyclique qui décrit les phases par lesquelles un patient passe par un changement de comportement. Ce modèle se compose de 6 stades de changements (Figure 32). Dans ce modèle, les professionnels de santé doivent s'adapter au patient, en prenant en compte le stade de changement dans lequel il se trouve. Il est en effet inutile de proposer des changements d'habitude de vie à des personnes qui sont dans un stade de précontemplation ou de contemplation, par exemple. Grâce à cela, l'entretien est individualisé.

Les différents stades sont [64] :

- Pré-contemplation : Le patient n'a pas conscience du problème et ne compte pas changer de comportement.
- Contemplation : Le patient a conscience du problème mais présence d'une ambivalence par rapport à l'idée de changement et continue son comportement habituel.

- Préparation : Le patient prépare un plan d'action. Il planifie son changement de comportement.
- Action : Le patient change son comportement.
- Maintien : Le patient arrive à garder son changement de comportement dans la durée. C'est une phase de consolidation.
- Rechute : Le patient n'arrive pas à garder son changement de comportement. Cela fait partie du processus de changement.

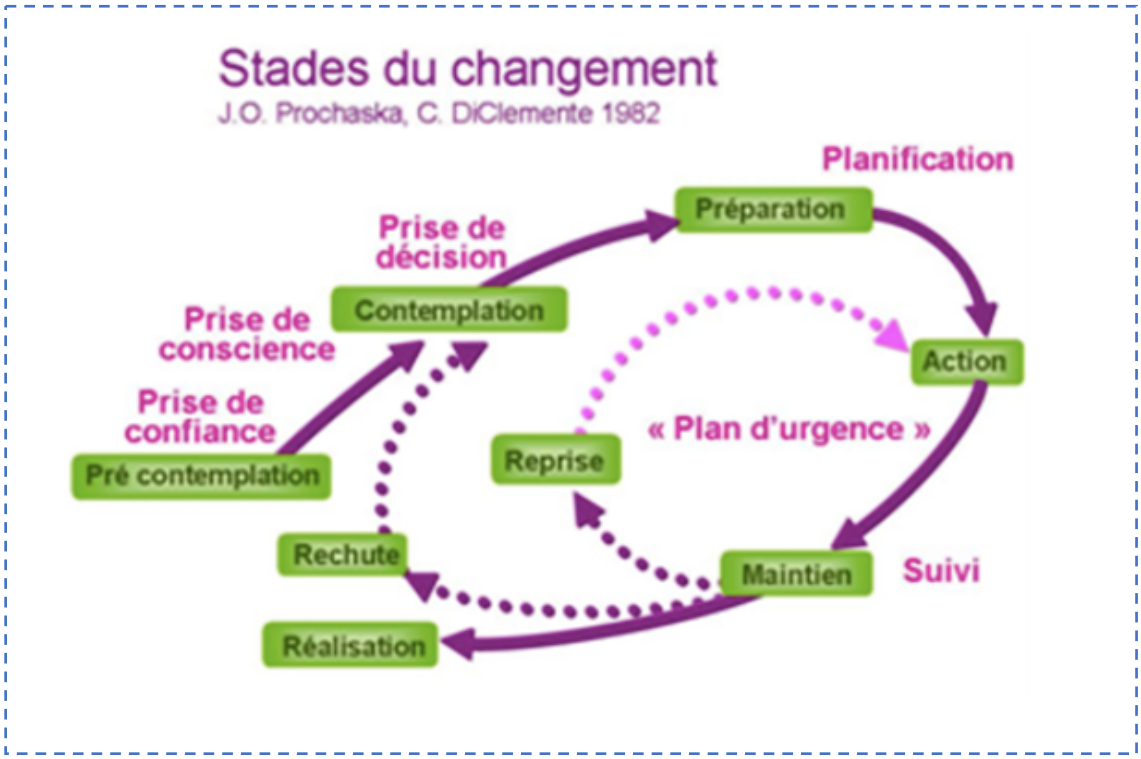


Figure 32 : Les stades de changement de comportement, source Prochaska et DiClemente

Chaque patient est différent. Certains sont à des stades différents selon leur problématique. Ces stades permettent aux professionnels de santé de repérer les stratégies les plus adaptées au stade de changement auquel se situe le patient. C'est important d'avoir ceci à l'esprit sinon le patient peut entrer dans un phénomène de résistance au changement. Les professionnels de santé réalisent des interventions différentes en fonction des étapes de changement (Tableau 30).

Tableau 30 : Interventions du soignant selon les étapes de changement

Étapes de changement	Interventions du soignant
Pré-contemplation	- Faire prendre conscience aux patients des risques encourus et des problèmes que lui occasionne son comportement. - Faire exprimer les croyances de santé
Contemplation	- Discuter des avantages et désavantages d'un changement ainsi que des avantages et désavantages du *statu quo* (balance décisionnelle, par exemple).
Décision	- Aider le patient à déterminer les pas, les actions qu'il veut prendre, à définir les objectifs atteignables.
Action	- Aider le patient à effectuer ces premiers pas, à identifier les succès et les difficultés.
Maintien	- Aider le patient à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute.
Rechute	- Aider le patient à entamer de nouveau les étapes précédentes tout en l'encourageant à se remémorer ses succès passés et renégocier des objectifs atteignables.

Les stades de Prochaska et Di Clemente peuvent être adaptés par exemple à la situation d'obésité :

- Pré-contemplation : Le patient n'a pas conscience de son problème de poids.
- Contemplation : Le patient a conscience de son problème de poids mais ne change pas encore son comportement. Il est dans une période d'ambivalence.
- Préparation : Le patient prépare son changement de comportement en s'inscrivant par exemple à un programme d'éducation thérapeutique « obésité ».
- Action : Le patient réalise le parcours éducatif, met en place des changements dans ses habitudes de vie (par exemple introduit une alimentation équilibrée, une activité physique régulière…) et commence à perdre du poids.
- Maintien : Le patient maintient ses nouveaux comportements, poursuit sa perte de poids, stabilise son poids.
- Rechute : Le patient revient à ses comportements antérieurs, à nouveau il reprend du poids.

C. Les principes de l'entretien motivationnel

Les principes de base de l'entretien motivationnel définissent les attitudes de l'intervenant dans la conduite de l'entretien.
Ils intègrent les attitudes suivantes :

- Exprimer l'empathie : Le soignant écoute et comprend le patient, et il propose son aide. Manifester de l'empathie, c'est montrer au patient qu'on parvient à se figurer ce qu'il pense et ressent, qu'on lui reconnait ce droit et qu'on l'accepte sans jugement.
- Développer la divergence : créer ou amplifier une divergence entre le comportement actuel du patient et ses objectifs.
- Rouler avec la résistance : le soignant s'adapte, reconnait la résistance.
- Soutenir le sentiment d'efficacité personnel.

D. Les outils de l'entretien motivationnel

Les outils permettent l'application des principes de base dans un style relationnel caractéristique de l'EM. Il existe 4 techniques pour faire émerger chez le patient un discours sur le changement, résumées dans l'acronyme « **OUVER** » [64]:

- Favoriser les questions **OU**vertes : cela permet au patient de développer ses idées. Il ne peut pas répondre par « oui » ou « non », il s'exprime en développant son point de vue, ce qui va lui permettre d'explorer son désir de changement, ses attentes et ses ambivalences. On voit alors plus facilement les motivations du patient.
- **V**aloriser la démarche du patient : une majorité de patient peut avoir essayé de changer de comportement mais sans succès. Le risque pour ces patients est de perdre alors la motivation et de douter de leur capacité à réussir le changement. Valoriser le patient permet de faire comprendre au patient que le changement est toujours possible. Pour cela, le soignant peut utiliser les changements antérieurs qui ont déjà été réalisés.
- Pratiquer l'**É**coute réflective : le soignant doit écouter attentivement le patient, puis reformuler les idées du patient pour accroitre la motivation du patient car il entend deux fois ses dires (de sa bouche puis celle du soignant).
- **R**ésumé : cela permet pour le soignant de voir s'il a bien compris les propos du patient.

Ces techniques visent à ce que ce soit le patient lui-même qui exprime ce que l'on appelle le « discours-changement », c'est-à-dire les arguments en faveur de ce changement.

3.3.3.2 Intervention brève

Il s'agit d'un outil de sensibilisation, reposant sur les techniques de l'entretien motivationnel. Elle est principalement utilisée dans la prise en charge des addictions. Selon une étude anglo-saxonne, l'intervention brève sur l'arrêt du tabac et la répétition du message a entrainé une répercussion positive en termes de santé publique [64].

Le rôle du pharmacien est de s'investir dans une relation de confiance avec le patient pour faire passer un message. Des messages très courts sont efficaces comme « Je suis sûr qu'une reprise d'activité physique vous apporterait beaucoup ». Ainsi ce message peut être déclencheur et engendrer une prise de conscience de la part du patient avec une possible évolution de ces comportements. Cela ne nécessite pas obligatoirement une réaction immédiate du patient. Certains n'ont besoin que d'une information personnalisée alors que d'autres auront besoin d'intégrer des programmes d'éducation thérapeutique [83].

L'intervention brève passe par la Méthode des 5A [83] :

1. *Ask* = Poser des questions ;
2. *Advise* = Conseiller le patient ;
3. *Assess* = Évaluer le degré de motivation (échelle 0 à 10) ;
4. *Assist* = Aider à mettre en œuvre ;
5. *Arrange* = Organiser (proposer un suivi).

3.3.3.3 Réalisation d'une méthode d'intervention brève sur la prise en charge de l'obésité

J'ai souhaité développer un outil utilisable en officine pour l'accompagnement des patients en situation d'obésité. Dans le contexte de ma réflexion sur ce travail, suite à mon expérience au sein de PLANETH PATIENT et après les différents entretiens menés avec les professionnels de santé, mon choix s'est porté sur la réalisation d'un entretien motivationnel en particulier d'une intervention brève au comptoir. Cette méthode, comparée à l'entretien motivationnel, a une durée courte (5-10 minutes), ce qui est un avantage important dans le contexte de la pratique officinale. L'objectif de ce type d'intervention est de stimuler le changement de stade de motivation grâce à des questions impliquantes. Il s'agit d'une question ouverte qui a pour but de sensibiliser le patient à des problèmes qu'il aura à gérer une fois rentré chez lui. Cette méthode permet de rendre le patient acteur en l'impliquant et/ou en le motivant [83]. Il faut toujours valoriser le patient, même lors de petits changements. J'ai ainsi construit une méthode d'intervention brève adaptée à la personne en situation d'obésité.

Méthode de construction :

Pour construire cet outil, j'ai repris le modèle de repérage précoce et d'intervention brève sur l'alcool, le cannabis et le tabac créé par la HAS. Il s'agit d'un support qui aide les professionnels de santé à repérer les situations à risque chez les adultes consommant de l'alcool, cannabis et tabac [85]. Je trouvais intéressant de reprendre ce principe pour évaluer le degré d'activité physique et la consommation alimentaire chez les personnes en situation d'obésité, et transmettre le support obtenu aux professionnels de santé.

Le repérage précoce et l'intervention brève a fait ses preuves dans de nombreuses études. En France, une étude réalisée en médecine du travail a montré que l'intervention brève était plus efficace qu'une information écrite et qu'elle permet de diminuer la consommation d'alcool [86].

A la suite de mes entretiens avec des professionnels de santé pratiquant de l'ETP, il m'a semblé plus judicieux de partir des conséquences des patients en situation d'obésité venant à l'officine. En effet, il faut commencer le discours par des choses qui sont d'actualités pour eux comme les douleurs, les pathologies, les changements de traitement… On peut pour cela poser des questions ouvertes sur les principales conséquences de l'obésité en fonction de leurs demandes (troubles métaboliques, cardiovasculaires, ostéoarticulaires, psychologiques, respiratoires…).

Après avoir trouvées des questions ouvertes d'accroche, on peut proposer d'évaluer le degré d'activité physique et la consommation alimentaire des patients. J'ai choisi deux questionnaires sur l'activité physique et un questionnaire sur la consommation alimentaire en lien avec le PNNS (Annexe 5). Pour ceux de l'activité physique, j'ai choisi le questionnaire de Marshall (Annexe 6) et le questionnaire de Ricci et Gagnon (Annexe 7), car il y a peu de questions pour chacun d'entre eux (2 questions pour Marshall et 8 questions pour Ricci et Gagnon). D'autres questionnaires existent comme celui de « Manger, Bouger » pour l'activité physique. Toutefois, après avoir testé ce questionnaire, je trouvais les questions trop compliquées et pointues pour la patientèle ciblée. En effet, les patients doivent estimer avec précision leur temps pour les activités intenses, modérées sans que celles-ci soient bien définies… De plus, la plateforme PLANETH PATIENT utilise le questionnaire de Ricci et Gagnon lors de l'entretien diagnostic. Cela permettrait pour le patient s'inscrivant par la suite à un parcours d'ETP d'évaluer un début de changement de comportement. Le choix des

questionnaires peut bien entendu être modifié par les professionnels de santé. Ils peuvent prendre le questionnaire qui leur semble le plus adapté. L'intérêt des différents questionnaires sera détaillé dans le chapitre 3.3.3.4.

Pour la suite de l'outil, j'ai repris la même démarche que celle sur le tabac avec le modèle des 5A[87]. J'ai ainsi proposé un modèle 5A pour la prise en charge de l'obésité (Tableau 31).

Tableau 31 : Modèle des 5A pour la prise en charge de l'obésité

Action	Objectif	Stratégie
Ask = Poser des questions	Questionner le patient sur les conséquences de l'obésité et son degré d'activité physique	Repérer les patients en situation d'obésité à chaque visite (stratégie A1).
Advise = Conseiller le patient	Conseiller la pratique de l'activité physique et/ou une alimentation équilibrée.	Donner des conseils hygiéno-diététiques à chaque patient en fonction de leurs réponses aux questions précédentes (stratégie A2).
Assess = Évaluer le degré de motivation	Évaluer la motivation du patient aux changements de comportement	Demander au patient s'il envisage de changer de comportement (stratégie A3).
Assist = Aider à mettre en oeuvre	Aider à la perte de poids	Pour le patient voulant réaliser une perte de poids, proposer une guidance (stratégie A4) avec des objectifs pour le patient.
Arrange = Organiser	Organiser le suivi suite à la mise en place d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique	Proposer des temps de suivi (stratégie A5).

A. Stratégie A1

C’est un thème difficile à aborder au comptoir. Il faut identifier les patients concernés. Il faut trouver les bons mots et la bonne manière d’aborder ceci. Pour cela, il faut mieux réaliser des questions simples, en partant des conséquences de l’obésité sans rentrer dans la vie privée du patient (Tableau 32).

On peut l’aborder au comptoir :

- Lors de renouvellement d’ordonnances : si le patient vient pour renouveler son traitement pour le diabète, l’HTA …
- Suite à une demande spontanée d’automédication (personne souhaitant prendre des compléments alimentaires pour maigrir, personne en situation d’obésité ayant des douleurs articulaires …)

La personne ainsi repérée fait l’objet d’une intervention brève et ciblée sur le changement de comportement. Cependant, il faut demander l’autorisation au patient s’il souhaite en savoir davantage sur l’alimentation, l’activité physique…

Tableau 32 : Stratégie A1 (Ask = Poser des questions)

Action	Stratégies pour la mise en œuvre
Poser des questions sur les conséquences de l'obésité	Métaboliques : - Bénéficiez-vous d'un suivi biologique (hémoglobine glyquée, cholestérol…) ? Si oui, qu'en savez-vous ? Cardiovasculaires et respiratoires : - Comment est votre état de santé en ce moment ? - Comment vous sentez-vous à l'effort ? - Comment les problèmes respiratoires impactent-ils votre vie ? Ostéoarticulaire : - Vous plaignez-vous parfois de douleurs ? Si oui, comment les gérez-vous ? Trouble du sommeil : - Comment est votre sommeil ? Adhésion au traitement : - Comment gérez-vous un oubli de médicament si cela vous arrive ? - Quelles sont vos difficultés à suivre votre traitement ?
Aborder le degré d'activité physique adaptée	- Que signifie pour vous l'activité physique ? - Quel bénéfice aurait pour vous la pratique d'une activité physique ? - Quelle activité physique pratiquez-vous ? - Êtes-vous d'accord pour répondre à un questionnaire sur l'activité physique ? Outils : Questionnaire de Marshall (Annexe 6) ou Ricci et Gagnon (Annexe 7).
Aborder l'alimentation	- Comment se composent vos repas dans une journée type ? - Êtes-vous d'accord pour répondre à un questionnaire sur votre consommation alimentaire ? Outils : Questionnaires sur les consommations alimentaires en lien avec le PNNS (Annexe 5).
Lien avec l'obésité	Si cela accroche bien avec le patient et qu'il est conscient de son obésité, partir sur des questions sur l'obésité : - Que signifie l'IMC ? Souhaitez-vous qu'on le calcule ?

En fonction des réponses du patient et l'attention du patient pour nos questions, on peut passer à une étape de conseil. L'idéal est de proposer systématiquement un questionnaire d'évaluation du niveau d'activité physique comme celui de Marshall ou celui de Ricci et Gagnon, par exemple, pour ainsi restituer au patient le score et proposer des objectifs. Cela est plus parlant pour le patient.

B. Stratégie A2

A la suite des questions et pour les patients réceptifs, il faut proposer la pratique de l'activité physique et une alimentation équilibrée (Tableau 33). On doit personnaliser notre conseil en fonction des besoins du patient (de ses symptômes actuels). Cela n'a pas d'intérêt d'aborder les conséquences du surpoids avec une personne en situation d'obésité en pleine forme. Il faut expliquer les bienfaits d'un changement de comportement sur la santé actuelle du patient.

Tableau 33 : Stratégie A2 (Advise = Conseiller le patient)

Action	Stratégies pour la mise en œuvre
D'une manière claire et personnalisée, proposer à chaque patient la pratique de l'activité physique adaptée.	Le conseil doit être clair et personnalisé : - « Pratiquer une activité physique adaptée peut diminuer vos douleurs »
On peut conseiller une alimentation équilibrée et variée.	- « Manger équilibré peut améliorer votre état de santé » - Donner les conseils d'alimentation du nouveau PNNS 2019-2023

C. Stratégie A3

Tous les patients ne seront peut-être pas d'emblée sensibilisés par notre discours mais l'avantage est de « semer une petite graine » qui pourra faire réfléchir le patient par la suite. Il faut questionner le patient au comptoir pour savoir où il en est, à quel stade de motivation (Tableau 34). Notre rôle est de trouver les bons mots pour le faire avancer, l'aider à passer d'un stade à un autre.

Tableau 34 : Stratégie A3 (Assess = Évaluer le degré de motivation)

Action	Stratégies pour la mise en œuvre
Évaluer la motivation du patient au changement de comportement	L'évaluation de la motivation quant à la perte de poids et aux changements de comportement permet de [87]: - Situer le stade motivationnel du patient - Repérer les priorités du patient et les niveaux de changements possibles - Identifier les freins et les leviers du changement Outils : On peut s'aider d'une échelle de 1 à 10 pour évaluer la motivation ou d'une échelle de smiley.

On peut également évaluer le moral et la confiance du patient dans ses capacités à réaliser des objectifs.

D. Stratégie A4

Le professionnel de santé peut aider le patient à mettre en œuvre son changement de comportement : il fournit une guidance pratique, un soutien social et des outils supplémentaires (Tableau 35). Cela permettra au patient d'avoir toutes les bases pour commencer.

Tableau 35 : Stratégie A4 (Assist = Aider à mettre en œuvre)

Action	Stratégies pour la mise en œuvre
Fournir une recommandation pratique	En fonction de la situation du patient : Identifier ensemble les freins et amener le patient à trouver des solutions (donner des clés) : - Avez-vous déjà une idée de sport que vous aimerez faire ? - Pensez-vous que le nutriscore présent sur les aliments pourrait vous aider à les choisir ? Il faut rendre les choses concrètes et pratiques pour faciliter le passage à l'action.
Fournir un soutien social	Il faut encourager le patient et bâtir un environnement de soutien.

	Par exemple « Je suis disponible pour vous aider… »
Fournir des outils supplémentaires	Outils : - Brochure « Manger Bouger » des nouvelles recommandations du PNNS - Brochure « Activité physique » de la Fédération Française de Cardiologie - Plaquette de structure proposant un parcours éducatif (par exemple PLANETH PATIENT)

E. Stratégie A5

Enfin, la dernière stratégie de l'intervention brève est d'organiser le suivi (Tableau 36). Le pharmacien doit prendre soin de s'informer de l'avancée du changement de comportement.

Tableau 36 : Stratégie A5 (Arrange = Organiser)

Action	Stratégies pour la mise en œuvre
Organiser le suivi	A chaque venue, il faut se renseigner sur l'avancée de son programme et identifier s'il existe des problèmes particuliers. A cela, on peut ajouter des entretiens nutritionnels avec un diététicien ou proposer un programme d'ETP.
Patient qui ne souhaite pas changer ses habitudes	Il ne faut pas le brusquer et l'informer que les professionnels de santé (dont le pharmacien) sont là pour l'écouter et l'aider.

En général, ce sont des patients difficiles à capter, car ils n'ont pas tous des pathologies, des douleurs... et une majorité de patient se considère en pleine forme. Il faut donc partir d'un ressenti du patient et ouvrir la discussion : sans culpabiliser, ne pas faire peur, ne pas être trop intrusif. On peut stimuler comme pour le sevrage tabagique, avec questionnement minimal et des conseils associés. La pharmacie est un lieu de campagne de prévention et d'information. Il faut rester sur quelques questions très respectueuses et conseiller une prise en charge adaptée. J'ai réalisé une fiche résumée que l'on peut afficher dans les procédures de l'officine (Annexe 8).

Évaluation de l'outil :

Une fois l'outil créé, une évaluation par les professionnels de santé a été mise en place. Celle-ci avait pour objectif de juger l'outil en termes de : clarté, faisabilité et pertinence. Pour ce faire, un questionnaire a été envoyé aux professionnels de santé participant aux programmes portés par PLANETH PATIENT. Le questionnaire était composé des 7 questions suivantes :

- Quelle est votre profession ?
- Que pensez-vous de la clarté du support ?
- Avez-vous des conseils sur les informations présentes dans le support ?
- Que diriez-vous de la pertinence du support ?
- Cette intervention vous semble-t-elle réalisable à l'officine ?
- Avez-vous d'autres remarques ou des suggestions afin d'améliorer le support ?
- A combien évalueriez-vous la satisfaction globale du support de 0 (note la plus basse) à 10 (note la plus haute) ?

J'ai obtenu 14 réponses de la part des professionnels de santé ; les résultats et les axes d'amélioration sont présentés ci-après.

- Quelle est votre profession ?

Cette première question m'a permis d'avoir une idée de la profession des personnes ayant répondu au questionnaire (Figure 33). On remarque sur le graphique la diversité des professions : éducateur sportif, sophrologue, psychologue, diététicien, pharmacien, masseur kinésithérapeute et thérapeute des troubles du comportement.

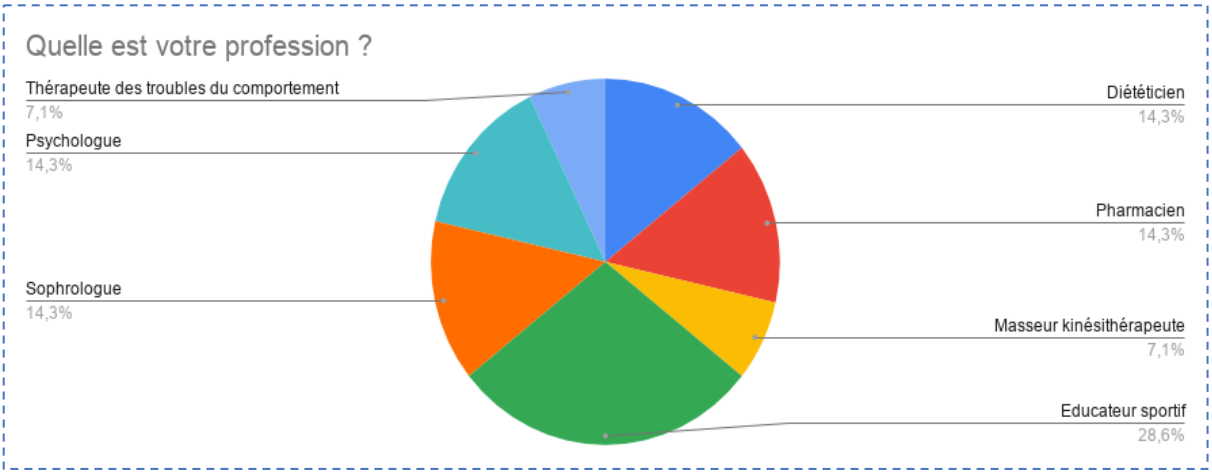


Figure 33 : Graphique en réponse à la question 1 "Quelle est votre profession ?"

- Que pensez-vous de la clarté du support ?

Il m'a semblé judicieux de juger la clarté du support pour savoir si la charte graphique est lisible et compréhensible. Il s'agissait d'une question à choix multiple. Pour la grande majorité, elle est très satisfaisante (50%) ou satisfaisante (28,6%) (Figure 34).

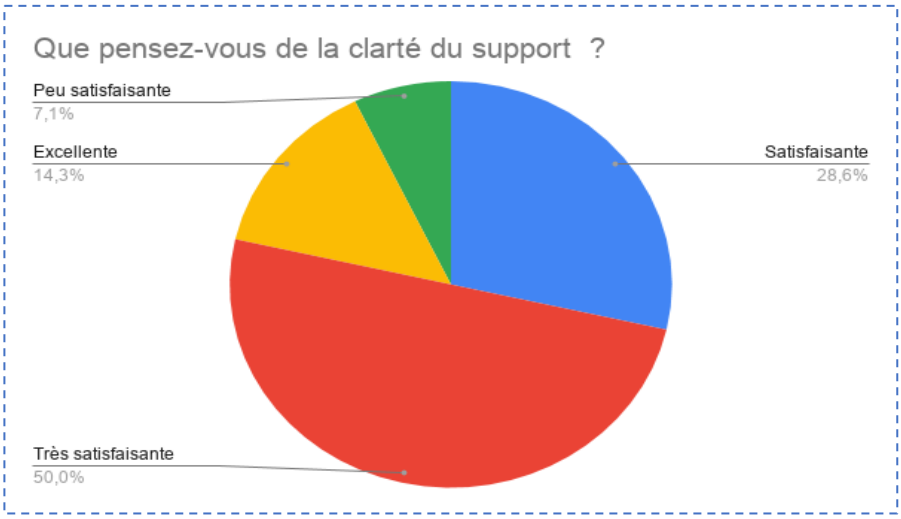


Figure 34 : Graphique en réponse à la question 2 "Que pensez-vous de la clarté du support ?"

- Avez-vous des conseils sur les informations présentes dans le support ?

Les informations présentes dans le support sont, dans l'ensemble, bien accueillies avec quelques axes d'amélioration notables :

- Pour les conséquences cardiovasculaires : il est plus judicieux de demander quelle est la tension du patient, demander s'il la connait sinon lui proposer de la lui prendre,
- Pour la partie sur l'alimentation : on peut ouvrir le dialogue en demandant qui fait la cuisine à la maison, puis quel est le repas le plus important pour vous dans la journée ? Que mettez-vous comme aliments ? …
- Être plus synthétique car les questionnaires peuvent rendre l'intervention longue,
- La dimension psychologique n'apparait pas dans les solutions,
- La gestion du stress au quotidien est un élément aggravant de la prise de poids donc il est important de l'aborder si le patient est concerné.

- Que diriez-vous de la pertinence du support ?

Dans l'ensemble, le support d'intervention brève semble clair, approprié et pertinent. Il permet de faire le point sur la situation des patients et d'assurer un suivi en officine qui est recherché par les patients. Des conseils m'ont été donnés en plus :

- Ajouter des réponses pour le professionnel (pour les objectifs cibles d'hémoglobine glyquée, les valeurs cibles du LDL-cholestérol, la formule IMC, les recommandations d'activité physique par jour…),
- Axer les questions de l'alimentation sur la faim, les émotions et la satiété.

- Cette intervention vous semble-t-elle réalisable à l'officine ?

La réalisation de cette intervention à l'officine est une question essentielle. 78,5 % des professionnels pensent que cette intervention brève peut être réalisée à l'officine, cependant 21,4 % d'entre eux pensent qu'elle n'est pas brève notamment avec la présence des questionnaires (Figure 35).

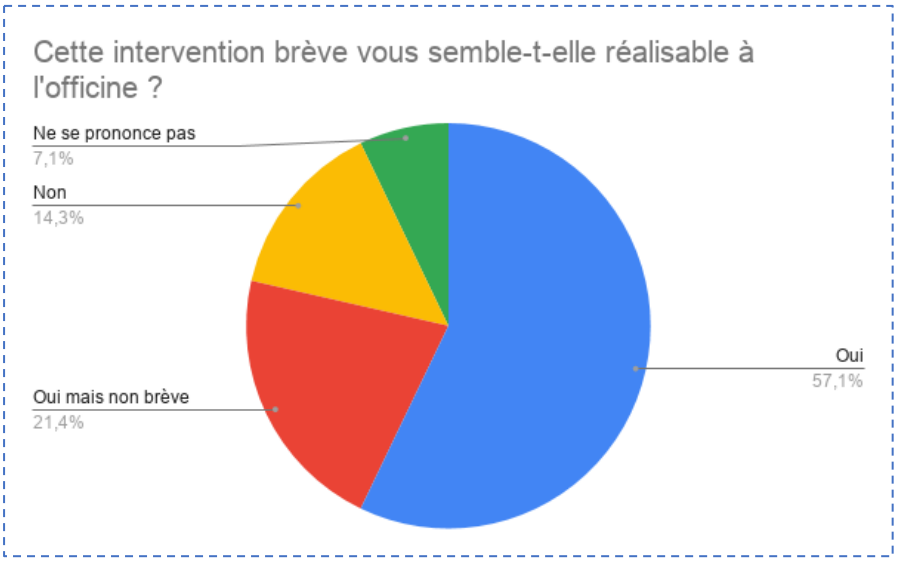


Figure 35 : Graphique en réponse à la question 5 "Cette intervention brève vous semble-t-elle réalisable à l'officine ?"

- Avez-vous d'autres remarques ou des suggestions afin d'améliorer le support ?

Les professionnels ont également pu rajouter des remarques et des suggestions. Dans l'ensemble il n'y avait pas de remarques, toutefois certains m'en ont transmis pour améliorer l'outil :

- Il faut axer les patients sur une reprise adaptée de sport santé et les amener vers une prise de conscience sur leur corps afin qu'il le respecte,
- L'accompagnement psychologique est important (autant que l'approche diététique et que la relance de l'activité physique).

- A combien évalueriez-vous la satisfaction globale du support de 0 (note la plus basse) à 10 (note la plus haute) ?

Enfin, cette dernière question permet de connaitre la satisfaction globale de l'outil en donnant une note à celui-ci. La note moyenne est de 7,64 / 10 et la note médiane de 8 / 10. (Figure 36).

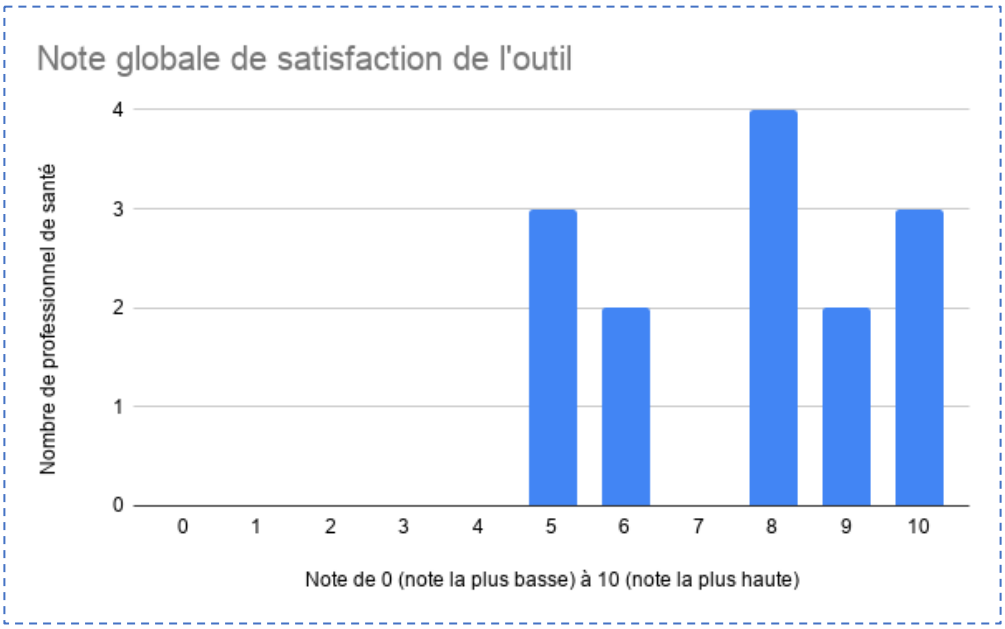


Figure 36 : Graphique à la question 7 "Note globale de satisfaction de l'outil ?"

Après avoir obtenu l'avis des professionnels de santé, j'ai réalisé les modifications nécessaires à mon support initial afin de l'améliorer et le rendre plus pertinent (Annexe 9). Cet outil sera par la suite mis en place et testé en officine.

3.3.3.4 Test d'évaluation ou auto-questionnaire

Ce sont des éléments permettant d'évaluer ou mesurer une situation de santé. L'intérêt est de sensibiliser, faire réfléchir et impliquer le patient vis-à-vis d'une problématique. Ils sont un moyen de communication et d'outil éducatif pour débuter un dialogue. On peut ainsi proposer cela en pharmacie. Il existe de nombreux tests dans diverses problématiques (Tableau 37) : la dénutrition, l'observance, l'activité physique, la consommation d'alcool, la dépendance à une substance… [64] Cette méthode est relativement efficace grâce à son caractère non obligatoire et à la mobilisation du patient pour la réalisation.

Tableau 37 : Tests à dispositions des pharmaciens d'officine

Observance	Xavier Girerd	Test de six questions
	Donald E. Morisky	Test de quatre ou huit questions
Asthme	*Asthma Control Test* (ACT)	Test de cinq questions
Dénutrition de la personne âgée	*Mini Nutritional Assessment* (MNA)	Test de dépistage de six questions
Activité physique	Questionnaire de Marshall	Test de deux questions
	Questionnaire Ricci et Gagnon	Test de quatre questions sur les activités quotidiennes et de quatre questions sur les activités sportives ou récréatives
Consommation d'alcool	Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool (Inpes)	Grille de comptabilisation des unités d'alcool bues dans la semaine
Dépendance à la nicotine	Fagerström	Test de six questions

Pour l'activité physique, on peut ainsi proposer aux patients le questionnaire de Marshall (Annexe 6) et le questionnaire Ricci et Gagnon (Annexe 7). On peut également proposer d'autres questionnaires présents sur internet comme le questionnaire proposé par « Manger, Bouger » pour estimer l'activité physique. Ce test pose des questions sur les activités de travail, domestiques, de transport, de loisirs et la sédentarité.

Pour évaluer la consommation alimentaire, on peut réaliser un questionnaire en lien avec le PNNS 3 (Annexe 5). Ce questionnaire se base sur les repères nutritionnels et permet d'obtenir des informations intéressantes sur les consommations de différents groupes d'aliments ou types d'aliments (produits gras, sucrés, prêts à consommer…). Si ce questionnaire est réalisé au comptoir de l'officine, il est important de rappeler quels sont les aliments inclus dans les différents groupes d'aliments pour éviter toutes confusions. Cependant ce questionnaire peut conduire à une sous-estimation car il se base sur l'habitude perçue des personnes. Ainsi les résultats sont à présenter avec précaution [88].

Ces questionnaires peuvent être remplis par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. Le score donné à la fin du test permet de connaitre la situation du patient face à un comportement (observance d'un traitement, niveau d'activité physique…). Il s'agit d'une intervention de sensibilisation qui peut durer entre 5 à 20 minutes en fonction des thèmes abordés. En effet, le nombre limité de questions permet de le réaliser plus facilement au comptoir.

Ces différents outils vus précédemment (posture éducative, intervention brève et utilisation de questionnaires) permettent une meilleure relation avec le patient et peut participer au changement de comportement du patient.

3.4 Conclusion

Le pharmacien d'officine a un rôle prépondérant en ce qui concerne l'éducation thérapeutique du patient et son accompagnement. Il s'agit d'un professionnel de santé de proximité, ayant une relation de confiance avec le patient. Nous avons pu voir qu'il existe également des difficultés à la mise en place de cette pratique en pharmacie, notamment le manque de temps et de financement.

Néanmoins, le pharmacien peut réaliser une intervention brève au comptoir, ce qui constitue une action éducative susceptible de s'inscrire dans une démarche d'ETP ou de l'amorcer. Cela permet de transmettre les informations nécessaires de manière succincte mais pour autant pertinente et efficace. Il peut donner des conseils en termes de règles hygiéno-diététiques (nutrition et activité physique). Pour cela il peut utiliser des questionnaires et des brochures, pour l'aider dans son conseil et mieux prendre en charge le patient. Le pharmacien est le professionnel idéal pour le suivi au long terme et pour fournir un soutien quotidien permettant de stimuler et de maintenir la motivation du patient.

Conclusion

En conclusion, la prise en charge de la personne en situation d'obésité est multidisciplinaire. Elle associe un rééquilibrage alimentaire, la pratique d'activité physique et un suivi psychologique. Dans ce cadre, l'ETP est une approche particulièrement pertinente car elle permet une prise en charge et un accompagnement global où le patient est acteur. L'ETP permet en effet de se centrer sur celui-ci en fonction de ses besoins et attentes pour améliorer sa qualité de vie. En participant de manière active à des séances, que ce soit de façon individuelle ou collective, le patient va acquérir des compétences sur sa pathologie, lui permettant de mieux vivre sa situation au quotidien.

L'objectif de cette thèse est de montrer que le pharmacien peut jouer un rôle dans l'ETP, laquelle fait partie d'une des nouvelles missions qui lui sont attribuées. En effet, le pharmacien est un professionnel de santé de proximité et facile d'accès. Cependant, le manque de temps et le manque de financement peuvent rendre compliquée cette pratique. En réponse à cette problématique, j'ai construit et proposé un protocole d'intervention brève au comptoir, destiné à la personne obèse. Cette démarche présente l'avantage d'être rapide et efficace et d'explorer la motivation du patient. L'objectif est de mieux adapter notre conseil en fonction de celui-ci. A travers des questions simples, on peut conseiller le patient, proposer une aide et organiser son suivi. Si le patient est motivé, on peut même aborder les programmes d'ETP susceptibles de répondre à sa demande.

Ce travail m'a beaucoup apporté. Ma participation au programme « obésité » de PLANETH PATIENT m'a changée au niveau relationnel. Au comptoir, on peut remarquer une différence car maintenant je tente au maximum de partir des connaissances du patient pour lui expliquer son ordonnance et vérifier sa bonne adhésion au traitement. A la suite de mon cursus universitaire et de mes stages réalisés, j'espère avoir la chance de continuer à pratiquer de l'ETP. J'aimerais à terme réaliser de l'éducation thérapeutique à l'officine que ce soit en individuel pour les diagnostics éducatifs, ou en collectif pour réaliser des ateliers.

Bibliographie

1. Principaux repères sur l'obésité et le surpoids. *Organisation Mondiale de la Santé* (2018). Available at: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. (Accessed: 17th January 2020)
2. Collège des enseignants de nutrition. *Nutrition Enseignement intégré*. (2015).
3. Obésité - La maladie. *Vidal* (2019). Available at: https://www.vidal.fr/recommandations/1463/obesite/la_maladie/. (Accessed: 17th January 2020)
4. Collèges des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques. *Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques*. (2016).
5. Ledoux, S. Composition corporelle. Available at: https://slideplayer.fr/slide/1210611/. (Accessed: 11th January 2020)
6. Obésité : La science pour la santé. *Inserm* Available at: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite. (Accessed: 12th January 2020)
7. Haute Autorité de Santé. *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours*. *Has* (2011).
8. S. HALIMI. Obésités (267a). *Corpus Médical de la faculté de médecine de Grenoble* (2005). Available at: http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/endoc/nutrition/267a/lecon267a.htm#. (Accessed: 8th January 2020)
9. Le Goff, C. *ObEpi 2012 Enquête épidémiologique nationale sur le supoids et l'obésité*. (2012). doi:10.1038/jid.2009.416.Regulation
10. Carrel, G. & Giusti, V. Prise alimentaire : pas uniquement une question de volonté ! *Rev. Med. Suisse* **5**, 769–772 (2009).
11. Génétique : tendance ou fatalité ? *G.R.O.S* (2015). Available at: https://www.gros.org/genetique-tendance-ou-fatalite. (Accessed: 18th January 2020)
12. Pigeyre, M. & Romon, M. Obésités génétiques. *Ann. Endocrinol. (Paris).* **68**, 430–437 (2007).
13. Un environnement qui pousse à manger en excès. *G.R.O.S* (2015). Available at: https://www.gros.org/un-environnement-qui-pousse-a-manger-en-exces. (Accessed: 18th January 2020)
14. C. Got. Obésité et publicité. (2012). Available at: http://www.securite-sanitaire.org/obesite/obesite2012/obesitepublicite.html. (Accessed: 18th January 2020)
15. Clair, C., Berlin, I. & Cornuz, J. Tabagisme, obésité et diabète : une Interaction cliniquement importante. *Rev. Med. Suisse* **7**, 2338–2342 (2011).
16. Obésité - Quelles causes ? - Fiches santé et conseils médicaux. *Le figaro* Available at: http://sante.lefigaro.fr/sante/maladie/obesite/quelles-causes. (Accessed: 18th January 2020)
17. Böhme, P. *et al.* Recommandations professionnelles sur le thème sommeil et obésité. *Cah. Nutr. Diet.* **48**, 151–153 (2013).
18. Challamel, M. J., Duché, D. J. & Rossignol, C. Le sommeil de l'écolier. *J. Pediatr. Pueric.* **6**, 495–497 (1993).
19. Haute Autorité de Santé. *Signes évocateurs d 'une obésité secondaire et examens à visée étiologique*. *Has* (2013).
20. Clément, K. Le microbiote intestinal: un nouvel acteur de la nutrition? *Cah. Nutr. Diet.* **50**, 6S22-6S29 (2015).
21. Petriccioli, N. ; Microbiote intestinal , obésité et résistance à l'insuline. *Rev. Med. Suisse* 2236–2238 (2011).
22. Goulet, O. La flore intestinale : un monde vivant à préserver. *J. Pediatr. Pueric.* **22**, 102–106 (2009).
23. Cotillard, A. *et al.* Dietary intervention impact on gut microbial gene richness. *Nature*

500, 585–588 (2013).
24. Le Chatelier, E. *et al.* Richness of human gut microbiome correlates with metabolic markers. *Nature* **500**, 541–546 (2013).
25. Basdevant, A. Obésité : épidémiologie et santé publique. *Ann. d'encrinologie* **61**, 6 (2000).
26. ASTERES. *Lutter Contre L'Obesite De La Prise De Conscience a L ' Action*. (2018).
27. Hossain, P., Kawar, B. & El Nahas, M. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge. *N. Engl. J. Med.* **356**, 213–215 (2007).
28. Comprendre l'apnée du sommeil. *Ameli* (2019). Available at: https://www.ameli.fr/calvados/assure/sante/themes/apnee-sommeil/comprendre-apnee-sommeil. (Accessed: 7th January 2020)
29. Schachter, J. *et al.* Effects of obesity on depression: A role for inflammation and the gut microbiota. *Brain. Behav. Immun.* **69**, 1–8 (2018).
30. Tyrrell, J. *et al.* Using genetics to understand the causal influence of higher BMI on depression. *Int. J. Epidemiol.* **48**, 834–848 (2019).
31. V. Giusti, M. P. Profil psychologique du patient obèse. *Rev. Med. Suisse* **3**, (2007).
32. INCA. *Nutrition et prévention primaire des cancers: actualisation des données*. (2015).
33. Servin, F. & Nouveau, D. *Particularités pharmacologiques liées à l'obésité*. (2013).
34. OMS série de rapports techniques. Obésité : prévention et prise en charge de l' épidémie mondiale : rapport d' une consultation de l' OMS. *OMS* 284 p. (2003).
35. Golla, M. Des pistes pour limiter le coût social de l'obésité en France. *Figaro* (2016). Available at: https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/09/02/20002-20160902ARTFIG00025-des-pistes-pour-limiter-le-cout-social-de-l-obesite-en-france.php. (Accessed: 8th January 2020)
36. Abdul Majid, J. *et al. PNNS 2011-2015*. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis* **16**, (2015).
37. Lemoine, V., Humez, M. & Bessarion, C. *Etat des connaissances : Recommandations relatives à l'Alimentation, l'Activité Physique et à la Sédentarité pour Les adultes*. (2019).
38. Programme National Nutrition Santé. Les recommandations alimentation et activité physique. *Manger bouger* (2020). Available at: https://www.mangerbouger.fr/Les-recommandations. (Accessed: 18th January 2020)
39. Programme National Nutrition Santé. Adopter le bon rythme au quotidien. *Manger bouger* (2020). Available at: https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Adolescents/Adopter-le-bon-rythme-au-quotidien. (Accessed: 18th January 2020)
40. Guy-Grand, B. "Ultra-processed foods" and cardiovascular diseases. *Cah. Nutr. Diet.* **54**, 301–302 (2019).
41. Srour, B. *et al.* Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: Prospective cohort study (NutriNet-Santé). *BMJ* **365**, (2019).
42. Programme National Nutrition Santé. Qu'est-ce que le Nutri-Score ? *Manger bouger* (2020). Available at: https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Comment-manger-mieux/Comment-comprendre-les-informations-nutritionnelles/Qu-est-ce-que-le-Nutri-Score?xtor=SEC-33-GOO-[Nutriscore]--S-[nutri-score]&gclid=EAIaIQobChMInLCDod-N5wIVhkPTCh3-Aw6vEAAYASAAEgIOo_D_BwE. (Accessed: 18th January 2020)
43. Ministère des affaires sociales et de la Santé. *Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ?* (2016).
44. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. *OMS* (2011). Available at:

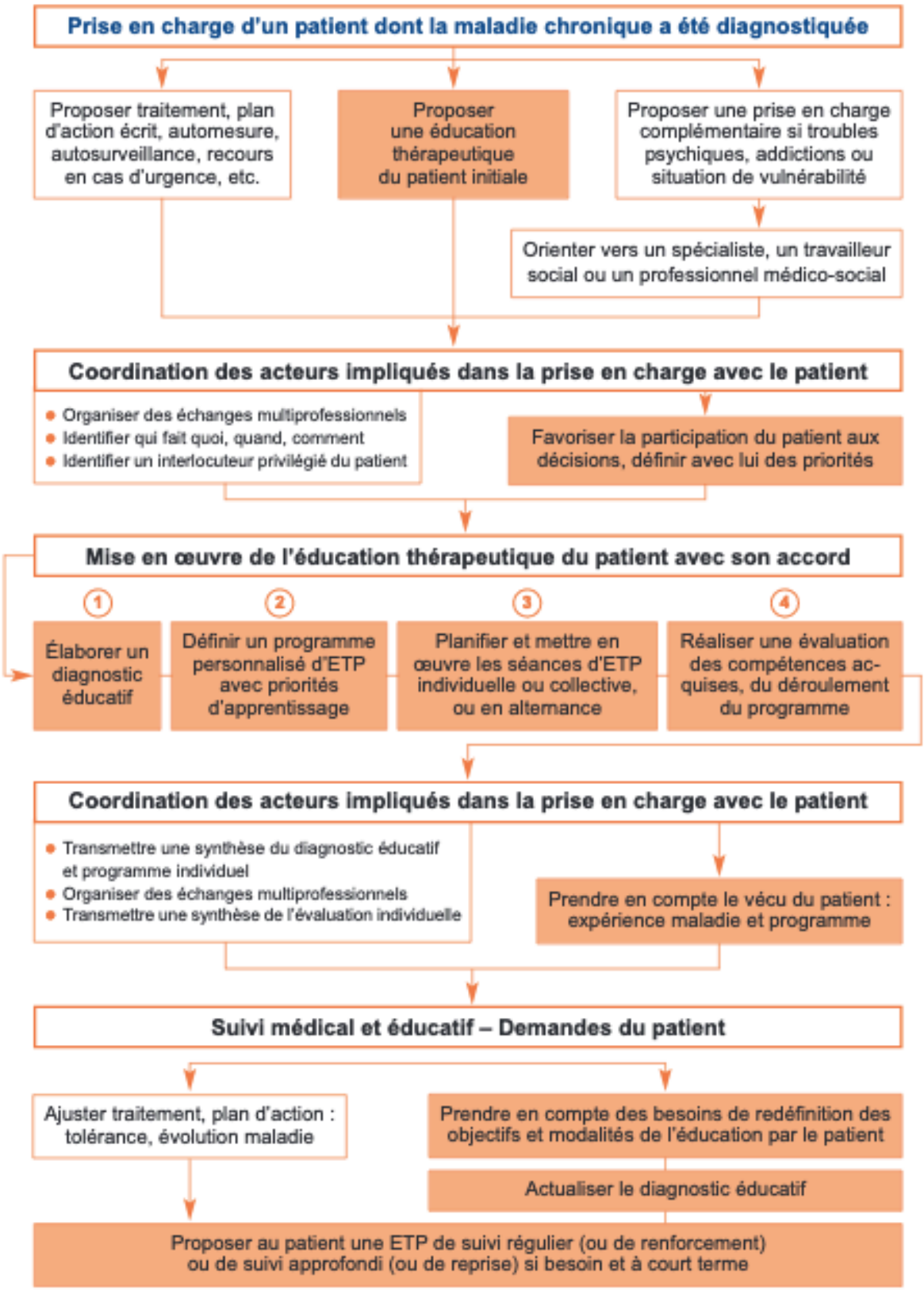
https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/. (Accessed: 18th January 2020)
45. Activité physique et santé. *Ministère des Solidarités et de la Santé* (2019). Available at: https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante. (Accessed: 18th January 2020)
46. Collège Aquitain de Prévention Cardio-Vasculaire. Bouger sur Ordonnance. *CAPCV* Available at: https://www.capcv.fr/capcv/bouger-sur-ordonnance. (Accessed: 18th January 2020)
47. Ciangura, C., Faucher, P. & Oppert, J. M. Activité physique, nutrition et obésité. *Nutrition Clinique et Metabolisme* **28**, 279–286 (2014).
48. RECOMMANDATIONS DE L'OMS EN TERME D'ACTIVITES PHYSIQUES. *Limousin Sport Santé* (2014). Available at: https://www.limousin-sport-sante.fr/RECOMMANDATIONS-DE-L-OMS-EN-TERME-D-ACTIVITES-PHYSIQUES. (Accessed: 11th January 2020)
49. Haute Autorité de Santé. *Sommaire Premier chapitre Connaissances générales sur l 'activité physique , la sédentarité et la santé*. *Has* (2018).
50. XENICAL 120 mg gél - Indications. *Vidal* (2018). Available at: https://www.vidal.fr/Medicament/xenical-17903-indications.htm. (Accessed: 7th January 2020)
51. Haute Autorité de Santé. *Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte : recommandations de bonne pratique*. (2009).
52. Haute Autorité de Santé. *Fiche technique de l'anneau gastrique ajustable*. *Has* (2009).
53. Haute Autorité de Santé. *Fiche technique de la gastrectomie longitudinale (ou gastrectomie en manchon ou sleeve gastrectomy)*. *Has* (2009).
54. Haute Autorité de Santé. *Fiche technique du bypass gastrique*. *Has* (2009).
55. Giroux, I. Pharmacothérapie Chirurgie bariatrique : que doit savoir un pharmacien ? *Pharmactuel* **43**, 25–38 (2010).
56. Geraldo, M. de S. P., Fonseca, F. L. A., Veiga Gouveia, M. R. de F. & Feder, D. The use of drugs in patients who have undergone bariatric surgery. *Int. J. Gen. Med.* **7**, 219–224 (2014).
57. Gade, H., Hjelmesæth, J., Rosenvinge, J. H. & Friborg, O. Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy for Dysfunctional Eating among Patients Admitted for Bariatric Surgery: A Randomized Controlled Trial. *J. Obes.* **2014**, (2014).
58. Godsey, J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine* **21**, 430–439 (2013).
59. Volery, Magali; Bonnemain, Aude; Latino, Anna; Ourrad, Nadia; Perroud, A. Prise en charge psychologique de l'obésité : au-delà de la thérapie cognitivo-comportementale. *Revue Medicale Suisse* (2015). Available at: https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-467/Prise-en-charge-psychologique-de-l-obesite-au-dela-de-la-therapie-cognitivo-comportementale. (Accessed: 19th March 2020)
60. Kirsch, I. Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments--another meta-reanalysis. *J. Consult. Clin. Psychol.* **64**, 517–9 (1996).
61. Chen, Y. R. *et al.* Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* **9**, (2014).
62. Endevelt, R. *et al.* An intensive family intervention clinic for reducing childhood obesity. *J. Am. Board Fam. Med.* **27**, 321–328 (2014).
63. D.Ferey. *Conseils en pharmacie : 95 fiches conseils*. (2018).
64. A. Golay, G. Lagger, G. A. *Comment motiver le patient à changer ?* (2010).
65. OMS Europe. *Education Thérapeutique du Patient: Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies*

chroniques. (1998).
66. Ordre National des Pharmaciens. L'éducation thérapeutique - Les pharmaciens. *Ordre National des pharmaciens* 1 (2019). Available at: http://www.ordre.pharmacien.fr/index.php/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/L-education-therapeutique. (Accessed: 11th January 2020)
67. Haute Autorité de Santé. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. *Has* (2007).
68. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. *Has* **4**, 39–43 (2009).
69. d'Ivernois, J. & Gagnayre, R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *Adsp* **36**, 11–13 (2001).
70. Lucile, J. C., Pansu, P., Ormezzano, O. & Allenet, B. Compétences d'adaptation à la maladie du patient : Une proposition. *Educ. Ther. du Patient* **3**, S121–S128 (2011).
71. Traynard, P. Y. Le diagnostic éducatif : Une bonne idée pour évoluer. *Med. des Mal. Metab.* **4**, 31–37 (2010).
72. About Motivational Interviewing | Stephen Rollnick. Available at: https://www.stephenrollnick.com/about-motivational-interviewing/. (Accessed: 10th March 2020)
73. PLANETH PATIENT. *Plateforme Normande d'Education Therapeutique du Patient* (2019). Available at: http://www.planethpatient.org/. (Accessed: 7th January 2020)
74. Ministère des Solidarités et de la Santé. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). *Ministère des Solidarités et de la Santé* (2017). Available at: https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires. (Accessed: 11th January 2020)
75. Ordre national des pharmaciens. « La loi HPST , c 'est le moment d 'en parler », un film pour informer les pharmaciens sur leurs nouvelles missions. 1–2 (2012).
76. *La Loi HPST à L'hôpitaL : les clés pour comprendre*. *Anap* (2011).
77. République Française. Code de la santé publique | Missions et activités des officines. *Legifrance* 1 (2020). Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=DBC6541D3414F3F3D5A04D521E3BCB4A.tplgfr43s_2?idSectionTA=LEGISCTA000036397929&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200102. (Accessed: 11th January 2020)
78. Ordre national des pharmaciens. *La loi HPST, c'est le moment d'en parler - YouTube*. (2012).
79. Rôle du pharmacien. *Cesphrarm* (2020). Available at: http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien. (Accessed: 7th January 2020)
80. INPES. *Le disque de calcul de l'indice de masse corporel chez l'adulte*. **2**, (2011).
81. Haute Autorité de Santé. Critère 23 a . - Éducation thérapeutique du patient (ETP) Mise au point. 2–3 (2013).
82. Haute Autorité de Santé. Fiche 2 . Proposer des temps d'éducation thérapeutique en lien avec la stratégie thérapeutique Quand proposer une ETP ? (2015).
83. Mrozovski, J. M. Accompagner les patients à l'officine. *Actual. Pharm.* **56**, 25–28 (2017).
84. Rico-lamy, A. Éducation Thérapeutique du Patient - ETP Définition et intérêt pour les personnes. *Arsep fondation* 1–7 (2016).
85. Haute Autorité de Santé. Outil d 'aide au repérage précoce et à l ' intervention brève : Alcool, cannabis, tabac chez l'adulte.
86. Michaud, P. Les interventions brèves alcool sont efficaces en santé au travail : Premiers résultats de l'étude EIST. *Evolutions* **14**, (2008).

87. Haute Autorité de Santé. Présentation de la méthode des 5A - PDF. *Has* (2014). Available at: https://docplayer.fr/49002219-Presentation-de-la-methode-des-5a.html. (Accessed: 27th January 2020)
88. Évaluer les consommations alimentaires : Lien avec le PNNS. 25–29

Annexes

Annexe 1 : Recommandation officielles de la HAS pour la mise en place ETP, source HAS [67]



Annexe 2 : Projet personnalisé d'éducation Obésité de PLANETH PATIENT [73]

PROGRAMME OBÉSITÉ

Projet Personnalisé d'Éducation (PPE)

NOM - Prénom Patient ..... Date de naissance .....

	Séance éducative	Modifications éventuelles par le médecin traitant ⇩	
Connaître sa maladie	Collective	☐ Atelier de groupe « Mieux comprendre l'obésité »	☐
Mieux vivre sa maladie	Collective	☐ Cycle « Écoute et soutien » (6 groupes de parole)	☐
		☐ Atelier de groupe « Image de soi »	☐
		☐ Cycle « Alimentation et émotions » (5 groupes de travail)	☐
		☐ Rencontre animée par une association de patients	☐
	Individuelle	☐ Évaluation psychologique	☐
Mieux vivre son alimentation	Collective	☐ Cycle « Équilibre alimentaire » (4 ateliers de groupe)	☐
		☐ Cycle « Équilibre alimentaire chirurgie » (3 ateliers de groupe).	☐
		☐ Cycle « Connexion à ses sensations alimentaires (6 ateliers)	☐
		☐ Atelier de groupe « Manger en pleine conscience, déguster »	☐
	Individuelle	☐ 1 à 4 séances nutritionnelles *(sous conditions particulières)*	☐
Adapter son activité physique	Collective	☐ Atelier de groupe « Bénéfices de l'activité physique »	☐
		☐ 18 séances d'activité physique ou 12 séances de sophrologie	☐
Chirurgie de l'obésité	Collective	☐ Atelier de groupe « Modalités d'intervention chirurgicale »	☐
		☐ Atelier « Chirurgie bariatrique : et après, quelle alimentation ? »	☐
Séance optionnelle hors-programme ***(1 seul choix possible)***	Collective	☐ Atelier de groupe « Mieux comprendre le diabète »	☐
		☐ Atelier de groupe « Hyperglycémie et complications »	☐
		☐ Atelier de groupe « Auto surveillance et hypoglycémie »	☐
		☐ Atelier de groupe « Soins des pieds »	☐
		☐ Atelier de groupe « Repérer les glucides »	☐
	Individuelle	☐ Bilan podologique de grade 0 et 1	☐

Je soussigné(e) Dr .....

☐ valide la proposition du projet thérapeutique

☐ modifie la proposition et préconise le nouveau projet thérapeutique intégrant les séances éducatives que j'ai cochées sur la droite du tableau

Fait le :	Fait le :	PPE réalisé le :	M/Mme ..... accepte ce PPE
			Date et signature :
Cachet** et signature du **médecin traitant	***Cachet** et signature du **médecin spécialiste** (si prescripteur du programme)*	***Cachet** et signature du **référent éducatif***	

PLANETH PATIENT - CALVADOS
3 avenue de Paris - 14000 CAEN
Tél. 02 31 34 00 52 - Email : info14@planethpatient.fr
WWW.PLANETHPATIENT.FR

ASTHME 76 - ERET ROD - MAREDIA
évoluent et deviennent
PLANETH Patient

CHARTE D'ENGAGEMENT POUR LES INTERVENANTS DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT AUTORISÉS PAR LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Cette charte d'engagement est destinée aux divers intervenants impliqués dans des programmes d'éducation thérapeutique du patient, qu'ils soient professionnels de santé ou non ou patients intervenants. Elle vise à énoncer des principes de fonctionnement communs pour l'ensemble des intervenants quel que soit leur statut.

PRÉAMBULE : RESPECT DES PRINCIPES LÉGISLATIFS ET DES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES EN VIGUEUR

La présente charte s'inscrit dans le respect des articles L. 1110-1 à L. 1110-11 du code de la santé publique. Elle ne saurait déroger aux obligations professionnelles ni aux codes de déontologie en vigueur. En particulier, chaque professionnel intervenant dans le programme est tenu au respect du code de déontologie propre à sa profession lorsqu'il existe.

ARTICLE 1ER : RESPECT DE LA PERSONNE ET NON-DISCRIMINATION

L'éducation thérapeutique est proposée à toutes les personnes atteintes de maladies chroniques qui en ont besoin. Elle concourt à la nécessaire prise en charge globale (biomédicale, psychologique, pédagogique et sociale) de chaque personne malade. La proposition de participer à un programme d'ETP ne doit faire l'objet d'aucune discrimination, notamment en raison du mode de vie, des croyances, des pratiques en santé, des prises de risque et des comportements des personnes malades.

ARTICLE 2 : LIBERTÉ DE CHOIX

La personne malade peut librement choisir d'entrer ou non dans un programme d'éducation thérapeutique. Elle peut le quitter à tout moment, sans que cela puisse constituer, de la part de l'équipe soignante qui assure habituellement sa prise en charge, un motif d'interruption du suivi médical ou de la thérapeutique. Cette liberté de choix suppose notamment que toute personne malade soit informée des programmes d'éducation thérapeutique susceptibles de la concerner et de leur contenu.

ARTICLE 3 : AUTONOMIE

L'intérêt des personnes malades doit être au centre des préoccupations de tout programme d'éducation thérapeutique. Celui-ci permet à la personne malade d'être véritablement acteur de sa prise en charge et non uniquement bénéficiaire passif d'un programme. La démarche éducative est participative et centrée sur la personne et non sur la simple transmission de savoirs ou de compétences. Elle se construit avec la personne. Les proches des personnes malades (parents, conjoint, aidants) sont également pris en compte. Ils sont associés à la démarche si le soutien qu'ils apportent est un élément indispensable à l'adhésion au programme ou à sa réussite.

ARTICLE 4 : CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Le programme d'éducation thérapeutique garantit à la personne malade la confidentialité des informations la concernant. Les non-professionnels de santé intervenants dans un programme d'éducation thérapeutique s'engagent à respecter les règles de confidentialité. L'exploitation des données personnelles des personnes malades doit respecter les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (3).

ARTICLE 5 : TRANSPARENCE SUR LES FINANCEMENTS

Un programme d'éducation thérapeutique du patient ne doit pas poursuivre de visée promotionnelle, notamment au bénéfice du recours à un dispositif médical ou un médicament, conformément aux articles L. 5122-1 et L. 5122-6 du code de la santé publique. Dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, les différentes sources de financement sont précisées par les promoteurs.

ARTICLE 6 : RESPECT DU CHAMP DE COMPÉTENCE RESPECTIF DE CHAQUE INTERVENANT EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Chaque intervenant au sein de l'équipe pluriprofessionnelle d'éducation thérapeutique agit dans son champ de compétence et assume ses responsabilités propres vis-à-vis de la personne malade. Le médecin traitant est tenu informé du déroulement du programme d'éducation thérapeutique.

À retourner à l'antenne de PLANETH PATIENT

CHARTE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

La Plateforme Normande d'Éducation Thérapeutique (PLANETH PATIENT) est une structure financée par l'ARS. (Agence régionale de Santé).
L'objectif principal est de proposer une offre d'éducation thérapeutique au patient atteint de maladie chronique et en s'appuyant sur des acteurs de proximité.

NOM - Prénom : .....
Fonction : .....
N° ADELI : .....
Adresse professionnelle : .....
.....
Tél. ..... Courriel : .....

Les professionnels de santé de proximité, non-salariés par l'antenne de PLANETH PATIENT, ne sont pas liés à une hiérarchie ou à une subordination au sein de la structure. Pourtant, ils s'engagent à respecter et faire respecter les principes déontologiques dans la conduite des programmes d'éducation thérapeutique coordonnés par PLANETH PATIENT.
Les professionnels restent liés au guide de bonnes pratiques de leur profession (ordre, …) ainsi qu'aux protocoles de bonnes pratiques référencés au sein de la structure.

Les engagements de l'antenne de PLANETH PATIENT vis-à-vis du professionnel de santé

① Respecter le principe de l'adhésion volontaire, non exclusive et de son renouvellement libre.
② Faciliter la circulation de l'information et faire partager les résultats de tous travaux relatifs à l'activité de la structure.
③ Mettre en place des programmes d'amélioration des compétences et d'accompagnement des acteurs, ouverts à l'ensemble des intervenants.
④ Mettre à disposition des membres de la structure des outils de communication et d'information (site web, …).

Les engagements du professionnel de santé vis-à-vis de l'antenne de PLANETH PATIENT

① Assurer une démarche éducative centrée sur le patient atteint de maladie chronique, le cas échéant de son entourage, et l'aider à être véritablement acteur et non seulement bénéficiaire du programme.
② Participer à la circulation de l'information au sein de la structure et en pluridisciplinarité.
③ Se soumettre aux critères d'inclusion des patients au sein de la structure.
④ Respecter et faire respecter les principes déontologiques dans la conduite des programmes d'éducation thérapeutique coordonnés par PLANETH PATIENT (toutes les procédures visant à assurer la sécurité des données échangées et les protocoles de bonnes pratiques référencés dans la structure).

Je soussigné.e ....., déclare avoir pris connaissance de la charte et des règles de déontologie, en approuve les termes et souhaite devenir adhérent(e) de PLANETH PATIENT

Cachet et signature :

Fait à .....
Le .....

À noter : Les adhérents restent libres de quitter la structure sur simple démission écrite. Les responsables de la structure se réservent aussi le droit de radier un membre pour tout motif qu'ils jugeront valable.

JOURNEE EUROPEENNE DE L'OBESITE 2019

Vendredi 17 mai de 10h30 à 16h

CHU CAEN NORMANDIE

Hall d'accueil du CHU de Caen Normandie

ouvert à tous !

Stands d'information

de 11h à 16h, Hall d'accueil du Bât. Sud

Venez échanger avec les membres du Centre Spécialisé de l'Obésité du CHU de Caen Normandie et les équipes des structures partenaires autour de la nutrition, de l'activité physique et de la santé

Mini-conférences

de 10h30 à 15h45, amphi. Œuf du Bât. Sud

Renseignements : centre-obesite@chu-caen.fr

10h30-11h	**L'obésité : le point de vue du médecin** (Dr Véronique Savey, nutritionniste, CHU de Caen Normandie)
11h-11h30	**L'obésité de l'enfant** (Cécile Legastelois, diététicienne et Marion Stevenot, psychologue, CHU de Caen Normandie)
11h30-12h	**Activité physique adaptée, des croyances aux freins à la pratique** (Laurent Faure, éducateur en Activité Physique Adaptée, CHU de Caen Normandie)
14h-14h30	**Et l'alimentation dans tout ça ?** (Céline Bodin, diététicienne, CHU de Caen Normandie)
14h30-15h	**Le poids de la psychologie** (Anaïs Ploteau et Benoît Guilbaud, psychologues, CHU de Caen Normandie)
15h-15h45	**La chirurgie de l'obésité** (Dr Adrien Lee Bion, chirurgien, CHU de Caen Normandie)

Structures partenaires :

- la Plateforme Normande d'Education Thérapeutique du Patient (PlaNETh Patient)
- le SSR Korian Brocéliande de Caen,
- le SSR de Nutrition du Centre Hospitalier de la Côte Fleurie,
- l'Institut de Médecine Physique et de Réadaptation d'Hérouville Saint Clair (IMPR),
- la polyclinique de la Baie Avranches
- l'association Revivre En Faim
- l'association Le Temps des Formes et la Soif de Vie

réalisation : serv. comm. CHU de Caen - impression : reprographie - 05.2019

Une seule réponse dans la colonne correspondante.
Ce groupe comprend le pain, les biscottes sous toutes leurs formes et les céréales de petit déjeuner.

❑ oui ❑ non

Si oui : combien de fois en mangez-vous par jour ?		Si non : combien de fois en mangez-vous ?	
❑1	1 fois	❑5	4 à 6 fois par semaine
❑2	2 fois	❑6	2 à 3 fois par semaine
❑3	3 fois	❑7	Une fois par semaine ou moins
❑4	4 fois et plus	❑8	Jamais

3.02 Habituellement, mangez-vous du riz, des pâtes, des pommes de terre, de la semoule ou du maïs chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante.
Ce groupe comprend aussi le blé, la purée lyophilisée, les raviolis, lasagnes, hachis-Parmentier, gratins dauphinois, etc. et tous les plats cuisinés à base de riz, pâtes, pomme de terre ou semoule.

❑ oui ❑ non

Si oui : combien de fois en mangez-vous par jour ?		Si non : combien de fois en mangez-vous ?	
❑1	1 fois	❑5	4 à 6 fois par semaine
❑2	2 fois	❑6	2 à 3 fois par semaine
❑3	3 fois	❑7	Une fois par semaine ou moins
❑4	4 fois et plus	❑8	Jamais

3.03 Habituellement, mangez-vous des légumes secs (haricots secs, lentilles, pois chiches etc.) chaque semaine ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante.
Ce groupe comprend tous les légumes secs (pois chiches, pois cassés, flageolets, maïs, lentilles, haricots blancs, rouges, fèves) et les préparations à base de légumes secs (saucisses lentilles, couscous si il y a des pois chiches, etc.).

❑ oui ❑ non

Si oui : combien de fois en mangez-vous par semaine ?		Si non : combien de fois en mangez-vous ?	
❑1	1 fois	❑5	2 à 3 fois par mois
❑2	2 fois	❑6	Une fois par mois ou moins
❑3	3 fois	❑7	Jamais
❑4	4 fois et plus		

3.04 Habituellement, mangez-vous des produits laitiers chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante.
Cette section comprend le lait (aromatisé ou nature), les fromages, les yaourts (nature ou aux fruits), le fromage blanc et les petits suisses.
Les desserts lactés tels que les crèmes dessert ou les flans, ainsi que les yaourts à boire, sont compris dans les produits sucrés (question 3.10) à cause de leur teneur en sucre et en matière grasse et ne sont pas inclus dans cette question.

❑ oui ❑ non

Si oui : combien de fois en mangez-vous par jour ?		Si non : combien de fois en mangez-vous ?	
❑1	1 fois	❑5	4 à 6 fois par semaine
❑2	2 fois	❑6	2 à 3 fois par semaine
❑3	3 fois	❑7	Une fois par semaine ou moins
❑4	4 fois et plus	❑8	Jamais

3.05 Habituellement, consommez-vous des fruits (y compris des jus de fruits 100% pur jus) chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante.

Cette section comprend les fruits sous toute leur forme (crus ou cuits, en compote, en conserve, surgelés, au sirop, soupes, etc.). Les jus de fruits 100% pur jus ou sans sucre ajouté, les tartes et les gâteaux à base de fruits sont compris dans cette catégorie. Ne sont pas compris les nectars, « boissons à base fruits », etc.

❑ oui ❑ non

Si oui :
combien de fois en mangez-vous par jour ?
- ❑1 1 fois
- ❑2 2 fois
- ❑3 3 fois
- ❑4 4 fois et plus

Si non :
combien de fois en mangez-vous ?
- ❑5 4 à 6 fois par semaine
- ❑6 2 à 3 fois par semaine
- ❑7 Une fois par semaine ou moins
- ❑8 Jamais

3.06 Habituellement, mangez-vous des légumes (sans compter les pommes de terre et les légumes secs) chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante.

Cette section comprend les légumes sous toute leur forme (purée, en conserve, surgelés, soupes, tartes, etc.), qu'ils soient crus ou cuits. La sauce tomate fait partie de cette catégorie, mais pas les pommes de terre.

❑ oui ❑ non

Si oui :
combien de fois en mangez-vous par jour ?
- ❑1 1 fois
- ❑2 2 fois
- ❑3 3 fois
- ❑4 4 fois et plus

Si non :
combien de fois en mangez-vous ?
- ❑5 4 à 6 fois par semaine
- ❑6 2 à 3 fois par semaine
- ❑7 Une fois par semaine ou moins
- ❑8 Jamais

3.07 Habituellement, mangez-vous de la viande, de la volaille, du jambon ou des œufs chaque jour ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante.

Cette catégorie comprend toutes les viandes, les œufs sous toute leur forme, les abats, etc. Pour le jambon, cette question ne concerne que le jambon blanc (jambon cuit). Le reste de la charcuterie (le jambon cru, les saucisses, rillettes, pâtés, saucisson etc.) n'est pas compris dans cette catégorie.

❑ oui ❑ non

Si oui :
combien de fois en mangez-vous par jour ?
- ❑1 1 fois
- ❑2 2 fois
- ❑3 3 fois
- ❑4 4 fois et plus

Si non :
combien de fois en mangez-vous ?
- ❑5 4 à 6 fois par semaine
- ❑6 2 à 3 fois par semaine
- ❑7 Une fois par semaine ou moins
- ❑8 Jamais

3.08 Habituellement, mangez-vous du poisson ou d'autres produits de la pêche <u>chaque semaine</u> ?

Une seule réponse dans la colonne correspondante.

Cette catégorie comprend le poisson sous toutes ses formes (dont le poisson en conserve, le poisson pané) et les fruits de mer.

N'oubliez pas toutes les préparations à base de fruits de mer dans cette catégorie (tartes aux fruits de mer, bouchées à la reine aux fruits de mers, etc.)

❑ oui ❑ non

Si oui :
combien de fois en mangez-vous par semaine ?
- ❑1 1 fois
- ❑2 2 fois
- ❑3 3 fois
- ❑4 4 fois et plus

Si non :
combien de fois en mangez-vous ?
- ❑5 2 à 3 fois par mois
- ❑6 Une fois par mois ou moins
- ❑7 Jamais

3.09 Habituellement, mangez-vous des plats prêts à consommer (ou plats « préparés ») qu'ils soient frais, surgelés ou en conserve chaque jour?

Une seule réponse dans la colonne correspondante.

Cette catégorie comprend par exemple les pizzas, les barquettes préparées, sous vide ou congelées, les cassoulets en conserve, les plats achetés chez le traiteur ainsi que ceux achetés en fast-food et rapportés à la maison, etc.

❑ oui ❑ non

Si oui :
combien de fois en mangez-vous par jour ?
- ❑1 1 fois
- ❑2 2 fois
- ❑3 3 fois
- ❑4 4 fois et plus

Si non :
combien de fois en mangez-vous ?
- ❑5 4 à 6 fois par semaine
- ❑6 2 à 3 fois par semaine
- ❑7 Une fois par semaine ou moins
- ❑8 Jamais

3.10 Habituellement, mangez-vous des produits sucrés comme des gâteaux, des barres chocolatées, des pâtisseries, des viennoiseries, des crèmes dessert, chaque jour (sans compter les boissons sucrées)?

Une seule réponse dans la colonne correspondante.

Cette catégorie comprend tous les produits sucrés quelque soit leur forme (par exemple : confiserie, barre chocolatée, flans, pain au raisin, mousse au chocolat, etc.) et leur provenance (commerce ou fait maison).

❑ oui ❑ non

Si oui :
combien de fois en mangez-vous par jour ?
- ❑1 1 fois
- ❑2 2 fois
- ❑3 3 fois

Si non :
combien de fois en mangez-vous ?
- ❑5 4 à 6 fois par semaine
- ❑6 2 à 3 fois par semaine
- ❑7 Une fois par semaine ou moins

3C1 - QUESTIONNAIRE DE MARSHALL

Date de passage du questionnaire : .....
Nom : .....
Prénom : .....

Consignes :
Remplissez le questionnaire. Pour chaque question, vous choisissez une seule réponse.
Vous répondez à toutes les questions.

A- Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter ? Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide

- plus de 3 fois par semaine ☐ (score : 4)
- 1 à 2 fois par semaine ☐ (score : 2)
- jamais ☐ (score : 0)

B- Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ? Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer du tennis en double

- plus de 5 fois par semaine ☐ (score : 4)
- 3 à 4 fois par semaine ☐ (score : 2)
- 1 à 2 fois par semaine ☐ (score : 1)
- jamais ☐ (score : 0)

Lecture des résultats* :
Vous additionnez les scores obtenus à la question A et à la question B.
Reportez vous au tableau de résultats ci dessous

Résultats	Commentaires
Score → 4 = «suffisamment» actif	encourager le pratiquant à continuer
Score 0-3 = «insuffisamment» actif	encourager le pratiquant à en faire plus

*Pour interpréter les résultats et aller plus loin, consulter la **page 87** du livre « Les fondamentaux du Sport Santé : 80 outils pour mieux évaluer et accompagner vos pratiquants », [FFEPGV], Edition Amphora 2014.

FONDAMENTAUX SPORT SANTÉ

RETROUVEZ TOUTES LES FICHES DE RÉSULTATS SUR NOTRE SITE : **www.sport-sante.fr**

TEST D'AUTO EVALUATION

(D'après J. Ricci et L. Gagnon, université de Montréal, modifié par F. Laureyns et JM. Séné)

Le questionnaire d'auto-évaluation permet de déterminer votre profil : inactif, actif ou très actif ?

Calculez en additionnant le nombre de points (1 à 5) correspondant à la case cochée à chaque question.

	POINTS					SCORES
(A) COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5 h ☐	4 à 5 h ☐	3 à 4 h ☐	2 à 3 h ☐	Moins de 2 h ☐	
					Total (A)	
(B) ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIR (DONT SPORTS)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**SCORES**
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non ☐				Oui ☐	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois / mois ☐	1 fois/ semaine ☐	2 fois/ semaine ☐	3 fois/ semaine ☐	4 fois/ semaine ☐	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min ☐	16 à 30 min ☐	31 à 45 min ☐	46 à 60 min ☐	Plus de 60 min ☐	
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5, un effort difficile.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	
					Total (B)	
(C) ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**SCORES**
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère ☐	Modérée ☐	Moyenne ☐	Intense ☐	Très intense ☐	
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménages, etc. ?	Moins de 2 h ☐	3 à 4 h ☐	5 à 6 h ☐	7 à 9 h ☐	Plus de 10 h ☐	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min ☐	16 à 30 min ☐	31 à 45 min ☐	46 à 60 min ☐	Plus de 60 min ☐	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 ☐	3 à 5 ☐	6 à 10 ☐	11 à 15 ☐	Plus de 16 ☐	
					Total (C)	
					Total (A)+(B)+(C)	

RESULTATS

- Moins de 18 : Inactif
- Entre 18 et 35 : Actif
- Plus de 35 : Très actif

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève sur l'activité physique et l'alimentation

Il s'agit d'une **intervention brève** que l'on peut réaliser en quelques minutes à l'officine. Il est préférable de le proposer aux patients lors d'un **renouvellement d'ordonnance** (diabète, l'hypertension artérielle …), ou à la suite d'une **demande spontanée** (douleurs articulaires, demande de perte de poids …).

Poser des questions | Conseiller le patient | Evaluer le degré de motivation | Aider à mettre en œuvre | Organiser le suivi

Poser des questions sur les **conséquences de l'obésité** afin **d'évaluer les facteurs de risque**

Conséquences de l'obésité

Exemples :

Métaboliques
- Bénéficiez-vous d'un suivi biologique (hémoglobine glyquée, cholestérol …) ? Si oui, qu'en savez-vous ?

Cardiovasculaires et respiratoires
- Comment est votre état de santé en ce moment ?
- Comment vous sentez-vous à l'effort ?
- Comment les problèmes respiratoires impactent-ils sur votre vie ?

Ostéoarticulaires
- Vous plaignez-vous parfois de douleurs ? Si oui, comment les gérez-vous ?

Troubles du sommeil
- Comment est votre sommeil ?

Adhésion au traitement
- Comment gérez-vous un oubli de médicament si cela vous arrive ?
- Quelles sont vos difficultés à suivre votre traitement ?

Evaluer les facteurs de risque

Activité physique adaptée
- Que signifie pour vous l'activité physique ?
- Quel bénéfice aurait pour vous la pratique d'une activité physique ?
- Quelle activité physique pratiquez-vous ?
- Êtes-vous d'accord pour répondre à un questionnaire sur l'activité physique ?

Outils : Questionnaire de Marshall (2 questions) ou Ricci et Gagnon (8 questions)

Alimentation
- Comment se composent vos repas dans une journée type ?
- Êtes-vous d'accord pour répondre à un questionnaire sur votre consommation alimentaire ?

Outils : Questionnaire sur les consommations alimentaires en lien avec le PNNS (10 questions)

Si le patient est conscient de son obésité : Que signifie l'IMC ? Souhaitez-vous qu'on le calcule ?

Poser des questions | Conseiller le patient | Evaluer le degré de motivation | Aider à mettre en œuvre | Organiser le suivi

Proposer à chaque patient la pratique de l'activité physique adaptée

Le conseil doit être clair et personnalisé :
- ''Pratiquer une activité physique adaptée peut diminuer vos douleurs''

Conseiller une alimentation équilibrée et variée

- ''Manger équilibré peut améliorer votre état de santé.''

Donner les conseils d'alimentation du nouveau PNNS 2019-2023

Poser des questions | Conseiller le patient | **Evaluer le degré de motivation** | Aider à mettre en œuvre | Organiser le suivi

Évaluer la motivation du patient au changement de comportement

- Situer le stade motivationnel du patient
- Repérer les priorités du patient et les niveaux de changements possibles
- Identifier les freins et les leviers du changement

Exemple d'outils pour vous aider à obtenir les réponses souhaitées :
- *Echelle de smiley*
- *Echelle de 1 à 10*

Poser des questions | Conseiller le patient | Evaluer le degré de motivation | **Aider à mettre en œuvre** | Organiser le suivi

Fournir une recommandation pratique

Identifier ensemble les freins et amener le patient à trouver des solutions (donner des clés) :
- Avez-vous déjà une idée de sport que vous aimeriez faire ?
- Pensez-vous que le nutriscore présent sur les aliments pourrait vous aider à les choisir ?

Il faut rendre les choses concrètes et pratiques pour faciliter le passage à l'action.

Fournir un soutien social

Il faut encourager le patient et bâtir un environnement de soutien.
Par exemple « Je suis disponible pour vous aider… »

Fournir des outils supplémentaires

- Brochure « Manger Bouger » des nouvelles recommandations du PNNS
- Brochure « Activité physique » de la Fédération Française de Cardiologie
- Plaquette de structure proposant un parcours éducatif (par exemple Planeth Patient)

Poser des questions | Conseiller le patient | Evaluer le degré de motivation | Aider à mettre en œuvre | **Organiser le suivi**

Il faut **organiser le suivi** pour connaitre la motivation et l'adhésion au changement de comportement.

- A chaque venue, il faut se **renseigner** sur l'avancée de son programme et **identifier** s'il existe des problèmes particuliers.
- A cela, on peut **ajouter** des entretiens nutritionnels avec un diététicien ou **proposer** un programme d'ETP (redonner les coordonnées).

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève chez la personne en situation d'obésité

Il s'agit d'une **intervention brève** que l'on peut réaliser en quelques minutes à l'officine. Il est préférable de le proposer aux patients lors d'un **renouvellement d'ordonnance** (diabète, l'hypertension artérielle …), ou à la suite d'une **demande spontanée** (douleurs articulaires, demande de perte de poids …).

Poser des questions | Evaluer et conseiller | Aider à mettre en œuvre | Organiser le suivi

Poser des questions sur les **conséquences de l'obésité** et/ou **l'adhésion au traitement**

Quelques exemples de conséquences de l'obésité

Métaboliques
- Bénéficiez-vous d'un suivi biologique (hémoglobine glyquée, cholestérol …) ? Si oui, qu'en savez-vous ?

Cardiovasculaires
- Comment est votre état de santé en ce moment ?
- Quelle est votre tension ? Souhaitez-vous qu'on la prenne ?

Respiratoires
- Comment vous sentez-vous à l'effort ?
- Comment les problèmes respiratoires impactent-ils votre vie ?

Psychologiques
- Vous sentez-vous souvent anxieux à cause de votre poids ?
- Comment est votre sommeil ?

Ostéoarticulaires
- Vous plaignez-vous parfois de douleurs ? Si oui, comment les gérez-vous ?

Adhésion au traitement
- Comment gérez-vous un oubli de médicament si cela vous arrive ?
- Quelles sont vos difficultés à suivre votre traitement ?

Si le patient est conscient de son obésité : Que signifie l'IMC ? Souhaitez-vous qu'on le calcule ?

En fonction des réponses aux questions, évaluer les facteurs de risque et conseiller le patient.

Poser des questions | Evaluer et conseiller | Aider à mettre en œuvre | Organiser le suivi

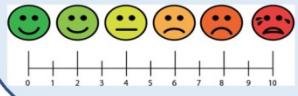
Sur **l'activité physique adaptée**

- Que signifie pour vous l'activité physique adaptée ?
- Quelle activité physique pratiquez-vous ?
- Quel bénéfice aurait pour vous la pratique d'une activité physique ?
- Quand et comment pourriez-vous en faire ?
- Combien de fois par semaine ou par mois ?

Conseiller la pratique de l'activité physique adaptée

''Pratiquer une activité physique adaptée peut diminuer vos douleurs''

Amener la personne à intégrer au quotidien une activité physique en réfléchissant ensemble comment elle pourrait le faire (se rendre au travail à vélo, faire son jardin …)



Évaluer la motivation du patient au changement de comportement

Exemple d'outils pour vous aider à obtenir les réponses souhaitées : échelle de smiley ou échelle de 1 à 10

Poser des questions | **Evaluer et conseiller** | Aider à mettre en œuvre | Organiser le suivi

Sur l'alimentation

- Qui fait la cuisine à la maison ?
- Quel est le repas le plus important pour vous dans la journée ?
- De quoi est composé un repas type ?
- Avez-vous faim quand vous passez à table?
- Vos émotions jouent-elles un rôle dans votre façon de manger ?

Conseiller une alimentation équilibrée et variée

"Manger équilibré peut améliorer votre état de santé."

Donner les conseils d'alimentation du nouveau PNNS 2019-2023

Si la personne exprime un mal être (manque de confiance, d'estime en elle, évènements traumatisants dans sa vie, rôle des émotions dans la prise alimentaire,…) l'orienter vers une **consultation psychologique** peut s'avérer utile.

Poser des questions | Evaluer et conseiller | **Aider à mettre en œuvre** | Organiser le suivi

Fournir une recommandation pratique

Identifier ensemble les freins et amener le patient à trouver des solutions :

- Avez-vous déjà une idée d'activité physique que vous aimeriez faire ?
- Pensez-vous que le nutriscore présent sur les aliments pourrait vous aider à les choisir ?

Il faut rendre les choses concrètes et pratiques pour faciliter le passage à l'action.

Fournir un soutien social

Il faut encourager le patient et bâtir un environnement de soutien.
Par exemple « Je suis disponible pour vous aider… »

Fournir des outils supplémentaires

- Brochure « Manger Bouger » des nouvelles recommandations du PNNS
- Brochure « Activité physique » de la Fédération Française de Cardiologie
- Plaquette de structure proposant un parcours éducatif (par exemple Planeth Patient)

Poser des questions | Evaluer et conseiller | Aider à mettre en œuvre | **Organiser le suivi**

Il faut **organiser le suivi** pour connaitre la motivation et l'adhésion au changement de comportement.

- A chaque venue, il faut se **renseigner** sur l'avancée de son programme et **identifier** s'il existe des problèmes particuliers.
- A cela, on peut **ajouter** des entretiens nutritionnels avec un diététicien ou **proposer** un programme d'ETP.

VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE

DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

TITRE

Éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité et rôle du pharmacien d'officine

Résumé

L'obésité fait partie des maladies chroniques. Il s'agit d'une pathologie complexe qui demande une prise en charge multidisciplinaire : rééquilibrage alimentaire, activité physique adaptée et suivi psychologique. Dans ce cadre, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est une approche particulièrement pertinente. Le patient devient acteur ; l'ETP permet en effet de se centrer sur celui-ci en fonction de ses besoins et de ses attentes pour améliorer sa qualité de vie. Le patient va acquérir des compétences sur sa pathologie, celles-ci lui permettant de mieux vivre sa situation au quotidien. Ce travail de recherche comporte un exemple de programme d'ETP sur l'obésité en Normandie porté par Planeth Patient.

Le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible pour les patients. A ce titre, il a toute sa place dans l'accompagnement du patient en situation d'obésité, cette mission d'ETP lui ayant été attribuée par la loi HPST (« Hôpital, Patients, Santé et Territoires ») de 2009. Toutefois, le manque de temps et de rémunération peut rendre la pratique d'ETP difficile à mettre en œuvre à l'officine. En réponse à cette problématique, ce travail propose un protocole d'intervention brève applicable au comptoir. Au moyen de questions ouvertes, le pharmacien pourra ainsi conseiller le patient, proposer une aide adaptée et organiser un suivi personnalisé…

TITLE

Patient Education of the obese person and the role of the pharmacist

Summary

Obesity is a chronic disease. It is a complex pathology that requires multidisciplinary care: food rebalancing, adapted physical activity and psychological monitoring. In this context, Patient Education is a particularly relevant approach. The patient becomes active : Patient Education allows you to focus on his needs and expectations in order to improve his life's quality. The patient will acquire skills on his pathology, thus allowing him to live his situation better on a daily basis. This research work includes an example of a Patient Education program on obesity in Normandy led by Planeth Patient.

The pharmacist is the most accessible healthcare professional for patients. As such, he has his place in supporting the patient in obesity, this Patient Education mission having been assigned to him by the French HPST law ("Hospital, Patients, Health and Territories") of 2009. However, the lack of time and remuneration can make the practice of Patient Education difficult to implement at the community pharmacy. As an answer to this problem, this work proposes a brief intervention protocol applicable to the counter at the community pharmacy. Using open-ended questions, the pharmacist will be able to advise the patient, offer appropriate assistance and organize personalized follow-up…

Mots-clés

Éducation thérapeutique – Obésité – Nouvelles missions du pharmacien – Maladies chroniques – Accompagnement du patient