



HAL
open science

Situation d'obésité et ergothérapie : vécu des occupations d'une personne en situation d'obésité

Laura Peretti-Bossuet

► To cite this version:

Laura Peretti-Bossuet. Situation d'obésité et ergothérapie : vécu des occupations d'une personne en situation d'obésité. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03281249

HAL Id: dumas-03281249

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03281249v1>

Submitted on 24 Aug 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation
Formation en Ergothérapie

Laura PERETTI BOSSUET

UE 6.5 S6 :

Mémoire d'initiation à la recherche

20/05/2021

**Situation d'Obésité et ergothérapie : Vécu des occupations d'une
personne en situation d'obésité**

Sous la direction de ALBUQUERQUE Sophie, directrice de mémoire et
GONIN Hélène, référente professionnelle

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée et accompagnée tout au long de ce travail de mémoire d'initiation à la recherche.

Mme Albuquerque, ma référente pédagogique qui a su me guider dans la posture de chercheur. Merci pour vos conseils, votre écoute et votre disponibilité.

Mme Gonin Hélène pour avoir accepté d'être ma référente professionnelle de mémoire d'initiation à la recherche et de m'avoir fait part de son expérience professionnelle.

Merci à l'équipe pédagogique pour l'accompagnement bienveillant tout au long de ces trois années de formation.

Je remercie mon groupe mémoire qui a été d'un grand soutien tout au long de ce travail de recherche et de questionnement.

Je remercie mon époux de m'avoir encouragée à me lancer dans cette aventure qu'est la reconversion professionnelle. La reprise du chemin de l'école n'a pas toujours été un long fleuve tranquille. Merci d'avoir été à mes côtés.

Je remercie ma mère, mon père et ma sœur d'avoir été d'un grand soutien.

Je suis reconnaissante d'avoir pu reprendre mes études, avec de belles amitiés à la clé.

Sommaire :

1	Introduction	1
1.1	Emergence du thème	1
1.2	La revue de littérature méthodologie.....	7
1.3	Analyse critique.....	8
1.3.1	Les recommandations de prise en soin de l'obésité en France	8
1.3.2	Situer l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en soin de la personne adulte en situation d'obésité	9
1.3.3	La posture de l'ergothérapeute vis-à-vis de la prise en soin de l'obésité	10
1.3.4	Impact de la situation d'obésité	11
1.4	Conclusion de la revue de littérature	12
1.5	Problématisation Pratique.....	13
1.6	L'enquête exploratoire.....	13
1.6.1	Les objectifs visés	13
1.6.2	Méthodologie	14
1.6.3	Résultats et analyse	17
1.7	Question initiale de recherche	23
1.8	Le cadre de référence.....	24
1.8.1	L'occupation	24
1.8.2	La santé	26
1.8.3	La qualité de vie.....	27
1.8.4	Obésité	27
1.9	Problématisation théorique.....	30
2	Matériel et Méthode	31
2.1	Choix de la méthode.....	31
2.2	Choix de la population.....	31
2.3	Sites d'exploration.....	31
2.4	Construction de l'outil des recueils de données	31
2.5	Anticipation et stratégies d'atténuation des biais	32
2.6	Test	32
2.7	Déroulé de l'entretien	32
2.8	Choix des outils de traitements des données	33
3	Analyse des résultats	34
3.1	Le regard que la société porte sur l'obésité influence ses occupations	34
3.2	Le regard que Sonia porte sur elle-même impact ses occupations.....	38
3.3	Son vécu amène des questions qui amorcent un processus de changement.....	40

4	Discussion.....	42
4.1	Interprétation des résultats et éléments de réponses à l’objet de recherche	42
4.2	Critiques du dispositif de recherche	43
4.3	Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle	44
4.4	Propositions et transférabilité des résultats dans la pratique professionnelle.....	45
	Bibliographie	46
	Annexes 1 : Tableaux des résultats des banques de données	52
	Annexe 2 : Synthèse de l’analyse de la revue de littérature	53
	Annexe 3 : Matrice du questionnaire.....	59
	Annexe 4 : Questionnaire	64
	Annexe 5 : Données Bruts du questionnaire	69
	Annexe 6 : Matrice Conceptuelle	83
	Annexe 7 : Guide d’entretien.....	84
	Annexe 8 : Matrice d’entretien/Questions de Relances : (Cf Framework for Reflective Questioning)	85
	Annexe 9 : Formulaire d’information sur le dispositif de recherche des étudiant.e.s en ergothérapie pour pré-avis du Comité d’Ethique AMU	86
	Annexe 10 : Lettre d’information.....	93
	Annexe 11 : Formulaire d’information et de non-opposition.....	94

1 Introduction

1.1 Emergence du thème

« Le potage est une nourriture saine, légère, nourrissante, et qui convient à tout le monde ; il réjouit l'estomac, et le dispose à recevoir et à digérer. Les personnes menacées d'obésité n'en doivent prendre que le bouillon. » Cette citation issue de la « philosophie du goût » de Anthelme Brillat-Savarin date de 1825. Nous sommes en 2020, et bien que le corps médical soit au fait de nombreuses découvertes concernant les origines multiples de l'obésité, sa prise en soin est encore majoritairement centrée sur l'aspect nutritionnel de la personne avec une visée restrictive(1). Moins de calories, moins de poids sur la balance, moins de problèmes de santé. Mais que fait-on de la satisfaction de la personne ? Diététicienne de formation, la reprise de mes études en ergothérapie et l'étude de la science de l'occupation m'ont amenée à me questionner concernant l'approche centrée sur l'alimentation et les objectifs de prise en soin centrés sur la perte de poids de la personne en situation d'obésité en France.

- **Contexte et point de rupture**

La prise en soin de l'obésité chez la personne adulte amène au constat suivant : chez la personne qui a déjà entrepris plusieurs régimes pour son obésité, la motivation présente au début a tendance à diminuer au fil de la prise en soin, car souvent source de frustration et de déception. Le patient se retrouve face à une situation d'impuissance avec cette impression de déjà-vu liée aux prises en soins infructueuses, qui avaient pour visée thérapeutique la solution ultime ; la chirurgie bariatrique. Si l'alimentation est la pierre angulaire de la prise en soin dans l'obésité, bien d'autres paramètres sont à prendre en compte. En effet, l'obésité est une pathologie multifactorielle avec des origines complexes(2), ce qui implique une prise en soin pluridisciplinaire - d'après les recommandations de l'HAS¹ - notamment avec la pratique d'une éducation thérapeutique(1). Compte tenu des origines multifactorielles, ne faudrait-il pas se pencher sur des objectifs multiples ? Si l'on aborde toutes les facettes de la vie du patient, il faut alors envisager sur une vision holistique concernant ce dernier. Cette vision, développée au cours des études en ergothérapie m'a parue être intéressante pour la prise en soin de la personne en situation d'obésité. En diététique, l'approche de la prise en soin de l'obésité se focalise sur la composition de l'assiette et les mesures anthropométriques. Même si nous tenons compte des besoins du patient sur le plan psychologique, le principal objectif reste le

¹ La haute autorité de santé

poids et le fait de retrouver des indicateurs qui montrent que le poids ne représente plus un danger pour la personne, en lien avec les comorbidités de l'obésité. S'intéresser à la santé de l'individu en situation d'obésité c'est aussi intégrer deux notions dans sa prise en soin : son bien-être, ainsi que sa qualité de vie. Or, les objectifs de prise en soin semblent graviter autour de la problématique du poids comme évoqué dans les recommandations de la HAS(1). La qualité de vie que nous définirons plus tard, prend en compte 4 dimensions de la personne, rappelant les dimensions abordées dans certains modèles d'ergothérapie.

Ainsi, la mesure du Modèle Canadien du Rendement Occupationnel issu du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, aborde la satisfaction et le rendement occupationnel. Ceux-ci permettraient de mesurer l'impact de cette pathologie, en évaluant la satisfaction et le rendement occupationnel du patient avec une approche centrée sur d'autres valeurs que le poids. Ainsi, en multipliant les échelles d'évaluation, le patient pourrait voir évoluer favorablement d'autres paramètres. Cette approche rend le patient acteur de sa prise en soin avec des objectifs plus globaux sur le domaine de la prise en soin, mais qui n'en sont pas moins signifiants. En France le concept de l'occupation s'est développé notamment au travers de la promotion du modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel avec l'outil de la MCRO. LE MCREO classe les occupations de la personne en trois catégories : productivité, soins personnels et loisirs(3). L'ergothérapeute s'appuie sur l'activité, l'occupation signifiante d'une personne pour habiliter ou maintenir l'autonomie d'une personne dite vulnérable ou en situation de handicap.(4)

Cependant au cours de la formation nous abordons l'obésité en tant que pathologie dans l'unité d'enseignement 2.6 « dysfonctionnement cardio-respiratoire et métabolique », et un cours fait l'objet de l'intervention de l'ergothérapeute auprès de patients obèses en termes d'aides techniques pouvant être apportés à ces patients mais aussi aux soignants. En l'étudiant sous l'angle d'un dysfonctionnement pathologique et des aides techniques, l'obésité est enseignée à travers une vision biomédicale. L'impact de la situation d'obésité sur les activités de la vie quotidienne de la personne ne sont pas abordées. Or la spécificité de l'ergothérapeute réside dans son approche occupationnelle de la personne. Pourquoi ne retrouvons-nous pas cette approche au cours de la formation en ce qui concerne l'étude de l'obésité ?

Dans des pays tel que le Danemark(5), le Canada (6), les ergothérapeutes interviennent auprès de patients obèses au sein d'équipes pluridisciplinaires; l'intervention est en lien avec la participation occupationnelle de la personne en situation d'obésité. Dans le cadre

d'interventions pluridisciplinaires comme l'éducation thérapeutique en France par exemple, l'ergothérapeute n'est présent dans aucun des programmes proposés sur la base de données OSCARS²(7).

Les cours sur l'obésité, l'apport théorique des différentes approches de l'ergothérapie et mon expérience professionnelle de diététicienne m'ont amenée à me questionner :

- Quels sont les besoins de l'adulte en situation d'obésité ?
- En quoi la prise en compte de la qualité de vie peut-elle avoir un impact sur le poids du patient ?
- En quoi la vision holistique de l'ergothérapeute peut-elle être bénéfique dans la prise en soin de l'obésité ?
- L'ergothérapeute collabore au sein d'équipes pluridisciplinaires dans certains pays, pourquoi n'est-il pas présent au sein des équipes pluridisciplinaires en France ?
- Pourquoi est-il difficile de définir où se place l'intervention de l'ergothérapeute auprès de cette population de patients en France ?
- Quelle est la place de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'obésité en France métropolitaine ?
- **En quoi l'ergothérapeute peut-il avoir une influence sur la qualité de vie de la personne en situation d'obésité ?**

- **Thème général**

Dans cette initiation à la recherche, nous nous focaliserons sur les personnes atteintes d'obésité à partir de 18 ans. Il est important de dissocier l'adulte et l'enfant pour des raisons métaboliques comme le fait l'HAS dans ses préconisations. Sur le plan géographique le thème se délimitera à la pratique de l'ergothérapie en France métropolitaine.

Champs disciplinaires :

Les champs disciplinaires présents en lien avec le thème sont la santé publique, les sciences médicales, les sciences sociales, la nutrition, la psychologie et les sciences de l'occupation.

Au vu de la question de recherche nous allons définir les termes « obésité » et « qualité de vie ».

² Observation et suivi des actions régionales de santé

Définition des termes :

- Obésité :

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'obésité comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé. »(8)

La haute autorité de santé fait le constat que l'obésité est une « maladie chronique ».(1)

D'après l'Inserm³ « l'obésité correspond à un excès de masse grasse et à une modification du tissu adipeux, entraînant des inconvénients pour la santé et pouvant réduire l'espérance de vie » elle indique que « ses causes sont complexes. Elle résulte de l'intrication de plusieurs facteurs – alimentaires, génétiques épigénétiques et environnementaux- impliqués dans le développement et la progression de cette maladie chronique. » (9)

L'obésité est à l'origine de nombreuses pathologies métaboliques, cardiovasculaires, elle engendre également des problèmes psychologiques(8) et peut être à l'origine de troubles psychiatriques. (10)

Toujours d'après l'OMS « Une personne ayant un IMC de 30 ou plus est généralement considérée comme obèse. »(8)

Cependant la pertinence de l'IMC doit être nuancée : en effet « l'IMC n'est pas une mesure directe de l'adiposité et, en tant que tel, peut être trompeur chez les individus à haute condition physique, cachectiques ou riches en graisses/de faible masse. »(11) Dans son étude sur l'obésité l'Inserm confirme cette donnée.(9)

Il est à noter que l'IMC est une des mesures les plus utilisées concernant l'obésité. D'autres mesures sont utilisées comme le tour de taille(11) « supérieur à 100cm chez l'homme et à 88cm chez la femme »(9) qui peut être associé à l'IMC et la mesure du pli cutané. On trouve aussi des méthodes qui utilisent « l'imagerie par résonance magnétique du tissu adipeux total et de l'absorptiométrie à rayon X à double énergie. »(11). Les dernières méthodes sont plus coûteuses et donc moins fréquentes dans la pratique.

- La qualité de vie :

D'après la haute autorité de santé (HAS) l'OMS définit la qualité de vie « comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs

³ Institut national de la santé et de la recherche médicale

dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » C'est donc un concept aussi vaste que complexe qui peut influencer les dimensions psychologique, relationnel, physiologique et environnementale d'une personne (12)

Pour l'HAS il est important de définir la qualité de vie car elle permet « d'évaluer l'impact d'une pathologie ou d'une intervention de santé du point de vue du patient. »(12)

D'après Brousse et Boisaubert le concept de qualité de vie est né « d'une modification du pronostic des maladies, de la considération de l'autonomie du patient et d'un besoin d'évaluation médicale. » (13) Selon eux la qualité de vie va permettre de tenir compte de critères bénéfiques dont l'intérêt n'était pas retenu jusqu'ici (13). Il existe quatre dimensions qui couvrent les valeurs de la qualité de vie :

- La dimension physique : capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne...
- La dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...
- La dimension somatique : douleur, asthénie, sommeil...
- La dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle... »

L'évaluation de la qualité de vie a une part de subjectivité tant il y a de critères à déterminer. Les critères objectifs ont été rassemblés dans des évaluations tels que l'indice de qualité de vie qui tient compte de la satisfaction de la personne bien portante ou avec une pathologie. Cet indice comprend une section qui mesure la satisfaction vis-à-vis des dimensions de la vie et une section qui mesure l'importance qu'ont les sections de la vie pour chaque personne. (14)

Il apparaît que la part subjective de ce que ressent la personne évaluée soit difficile à identifier. La recherche pour évaluer la qualité de vie continue de progresser. L'OMS a lancé un projet sur un outil visant à évaluer la qualité de vie avec pour souhait de « construire des questionnaires mondialement pertinents et à collecter des données afin d'établir des normes. »(13) Le projet porte le nom de « World Health Organization Quality of Life ». Cette échelle de vie serait adaptée tant à la culture européenne ou américaine, qu'africaine, asiatique ou moyenne-orientale (13). En Grande-Bretagne, une échelle de la qualité de vie « personnalisée » se développe. Il s'agit du questionnaire « Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life », le SEIQOL, développé dans les années 1990. L'objectif est de demander au patient « de choisir les cinq domaines qui lui semblent les plus importants dans la vie et sur lesquels il souhaite faire porter l'évaluation. »(13). L'article parle d'une méthode utilisée chez les

rhumatologues. L'utilisation du SEIQOL soit un outil centré sur la personne et que les modalités de passation de cet outil pourraient ressembler à l'outil du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel utilisé en ergothérapie dans le fait de choisir des domaines de la vie, semblable au choix des occupations que le personne souhaite évaluer en terme de satisfaction et de rendement par exemple(3).

- **Les enjeux sociaux économiques, professionnels, de santé publique :**

En France l'obésité concerne 17,5% de la population en 2012 contre 6,1% en 1980, ces chiffres concernent à parts égales les hommes et les femmes(15). La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge. On parle de pathologies chroniques, facteurs de nombreuses maladies tel que le diabète de type 2, des pathologies cardiovasculaires et des cancers. Le coût de l'obésité en France est estimé à un montant compris entre 2,1 et 6,1 milliards d'euros, soit « 1,5% et 4,6% de la dépense courante de santé 2002 en France. »(16). Ce qui en fait un enjeu de santé public. Les causes de cette pathologie sont d'origines multiples et sa prise en soin se compose d'équipes pluridisciplinaires.

Le président du plan obésité France, Arnaud Basdevant(17), décrit une volonté d'autonomiser le patient en situation d'obésité. Il met en avant l'importance de la coordination des soins et la mise en place d'éducation thérapeutique avec pour but de décroiser le parcours de santé de la personne qui serait d'avantage actrice de sa santé.(9)

Cette prise de conscience visant à placer le patient au centre de ses soins peut renvoyer à l'émergence de l'évaluation de la qualité de vie. Pour Brousse et Boisaubert, un patient clairement informé sur sa pathologie le rend autonome dans sa participation aux décisions thérapeutiques le concernant. Cette relation d'autonomisation du patient est le fondement de la relation médecin-patient (13). Ceci va dans le sens des politiques de santé actuelles « ma santé 2022 »(18) avec la place centrale du patient dans la connaissance de sa pathologie lui permettant d'avoir une prise de décision éclairée en collaboration avec les professionnels de santé .

Pour finir, nous pouvons dire que les dimensions abordées dans la qualité de vie font écho aux critères qu'abordent les ergothérapeutes dans des modèles tels que le MCREO. Au sein du SEIQOL⁴ la personne choisit les dimensions de la vie qu'elle souhaite évaluer. Au sein de la MCREO la personne sélectionne les activités de sa vie quotidienne qu'elle souhaite évaluer au travers du rendement de l'activité et de la satisfaction qu'elle a à la faire. Ainsi, par l'évaluation

⁴ Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life : outils de mesure générique de la qualité de vie

des différentes sphères de la personne et la mise en évidence que chacun peut accorder une place différente aux activités de la vie qui composent notre quotidien il apparaît que les terminologies des deux modèles semblent se rapprocher, et une pratique collaborative pourrait s'en dégager. Comme par exemple le fait que les personnes puissent choisir les dimensions de leur vie qu'elles souhaitent évaluer en lien avec le SEIQUOL qui évalue des aspects de la qualité de vie, de dernier en lien avec des activités de la vie quotidienne et la MCRO(3) évaluant le rendement et la satisfaction que la personne a à faire une activité significative pour elle. Ces deux évaluations partent du postulat qu'évaluer la satisfaction de la personne a pour avoir accès à certaines activités n'a de sens que si ces activités sont significatives pour la personne.

1.2 La revue de littérature méthodologie

Les recherches en lien avec le thème de la revue de littérature ont été effectuées sur les bases de données suivantes :

- EMpremium en lien avec des études menées sur la santé publique
- science directe, Pubmed et SAGE pour les bases de données concernant les sciences médicales
- Cairn en lien avec ses apports sur les sciences sociales

Google scholar pour la littérature blanche et la littérature grise pour la diversité de ses apports et pour avoir accès à des articles et revues professionnelles absentes des bases de données citées ci-dessus.

L'équation de recherche se compose du terme ergothérapie et obésité, l'opérateur booléen choisi est le « ET ». Concernant les recherches sur les bases de données anglophones les mesh terms utilisés sont « occupational therapy » et « obesity ». L'équation de recherche avec les termes « qualité de vie » ET ergothérapie ET obésité ne renvoie aucun résultat.

Les équations de recherche sont : « ergothérapie » et « obésité », « occupational therap* » and « overweight » or « obesity », « obésité », « sciences de l'occupation » et « Obésité », « occupation » et « Surpoids », « Overweight et Quality of life ». Cf. Annexe1 : tableau des résultats des banques de données.

Les critères d'inclusion sont les articles de la littérature anglophone et française, les articles qui incluent la prise en soin des adultes atteints d'obésité c'est-à-dire des personnes de plus de 18 ans ayant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30.

Sont inclus les articles publiés entre 2000 et 2020. Les critères d'exclusion sont les articles traitant de la prise en soin de l'obésité en service pédiatrique.

Dix articles ont été retenus pour cette revue de littérature. Cf. Annexe 2 : Tableau de synthèse de l'analyse de la revue de littérature.

1.3 Analyse critique

1.3.1 Les recommandations de prise en soin de l'obésité en France

Selon la Haute Autorité de Santé, l'obésité doit être prise en soin par le médecin généraliste, elle recommande également la prise en soin de l'obésité en éducation thérapeutique en lien avec la chronicité de celle-ci(1). Si au bout de 6 mois la personne n'a pas de résultats sur son poids, le médecin généraliste pourra étendre la prise en soin à d'autres professionnels de santé tel que des diététiciens, des kinésithérapeutes, des psychologues ou médecin nutritionniste(1). Il y a donc une proposition de prise en soin pluridisciplinaire. L'ergothérapeute n'est pas cité dans les professionnels de santé pouvant intervenir dans la prise en soin de l'obésité.

L'HAS établi une liste de facteurs à l'origine de l'obésité, ces facteurs sont en lien avec l'hygiène alimentaire, l'activité physique, la consommation d'alcool, la consommation de médicaments en lien avec diverses pathologies métaboliques ou psychiatriques, les facteurs génétiques et antécédents d'obésité dans l'enfance, les troubles du comportement alimentaire, les troubles psychiatriques, les facteurs professionnels et les variations de temps de sommeil(1). L'obésité est plurifactorielle. Selon l'HAS les critères de diagnostics reposent sur le rapport poids taille de la personne en lien avec l'indice de masse corporelle. Les résultats de l'indice de masse corporelle seront déterminants dans l'orientation thérapeutique proposée au patient(1). L'HAS recommande d'évaluer les mesures anthropométriques, les paramètres sanguins, la qualité de vie de la personnes et les retentissements de l'obésité sur la vie sociale de la personne et son travail(1).

Les objectifs thérapeutiques des recommandations sont centrés autour de la stabilisation et de la perte de poids (5% à 15%).(1)

Depuis 2019 une feuille de route pour la prise en soin de l'obésité(19) a été établie sous la direction d'Agnès Buzyn ministre de la santé et de la solidarité de 2017 à 2020. La réflexion de

cette feuille de route s'articule autour du décloisonnement des systèmes de soins. La coordination des soins devra se faire dans la continuité entre le milieu hospitalier et la médecine de ville. Le parcours de santé sera gradué avec « le bon soin au bon moment » et « du plus simple au plus expert ». Les 37 centres spécialisés de l'obésité auront pour mission de piloter l'organisation du parcours de soin gradué avec la diffusion de bonne pratique. Les bonnes pratiques à diffuser aux professionnels de santé sont en lien avec la mise en place du travail pluridisciplinaire y compris pour les cas complexes, la coordination des soins et la mise en place d'éducation thérapeutique. La ministre de la santé appuie le développement de l'éducation thérapeutique dans la prise en soin de l'obésité avec l'objectif de placer le patient au cœur de sa prise en soin en lien avec les objectifs de « ma santé 2022 »(18). Elle met en avant l'intérêt des réunions pluridisciplinaires la prise en soin la plus pertinente pour le patient. La ministre soutient « les expérimentations innovantes » comme les programmes d'expérimentation qui abordent l'obésité d'une manière globale comme le programme OBEPEDIA pour les enfants en situation d'obésité de 3 à 8ans. Pour le moment les expérimentations innovantes concernent la prise en soin pédiatrique de l'obésité et s'axent sur la prévention.

La prise en soin de la personne en situation d'obésité paraît de plus en plus centrée sur le patient avec une approche globale et par la volonté de prise en soin pluridisciplinaire.

Les politiques de santé ont pour objectif de faire reculer l'obésité en modifiant l'approche du système de santé. Mais cette vision globale inclut-elle le bien-être de la personne en situation d'obésité ? aura-t-elle un impact sur la qualité de vie de la personne en situation d'obésité ?

1.3.2 Situer l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en soin de la personne adulte en situation d'obésité

Nielsen et Christensen ont situé l'intervention de l'ergothérapeute à travers une sélection d'études expérimentales concernant la prise en soin des adultes en situation d'obésité(20).

Toutes les études avaient pour objectif de favoriser la participation de la personne en situation d'obésité, à des activités adaptées de perte de poids pour améliorer la santé, le bien-être et prévenir les incapacités(20). Dans les études où la description du rôle de l'ergothérapeute est imprécise, Nielsen et Christensen ont mis en évidence l'implication de l'ergothérapeute dans la planification des soins, la promotion de la santé, la modification des comportements en lien avec la nutrition et l'activité physique(20). Les objectifs établis par les ergothérapeutes sont la collaboration avec le patient et la mise en place d'objectifs individuels, l'éducation, le soutien de la pratique sportive par des aides techniques et de nouvelles technologies, le soutien social,

la promotion de l'apprentissage actif, le partage d'expérience et le fait d'être soutenant dans le transfert des acquis dans la vie quotidienne de la personne(20).

Les articles de la revue de littérature avec une description plus précise du rôle de l'ergothérapeute ajoutaient l'éducation sur le rôle de l'activité, le plaisir d'être actif et l'approche holistique de la réadaptation impliquant l'entourage de la personne(20).

Dans la prise en soin pluridisciplinaire, le renforcement de comportements sur l'auto-efficacité de la personne incombe au rôle de l'ergothérapeute(20).

Par sa vision holistique, l'ergothérapeute met en place des moyens de prises en soin qui répondent à des objectifs signifiants et qui apportent une satisfaction à la personne en situation d'obésité sur le long terme. Les changements du mode de vie s'inscrivent durablement car ils ont un impact positif sur la performance occupationnelle de la personne. La satisfaction de la perte de poids ne permet pas de modification du mode vie durablement(20).

Ici l'objectif n'est pas centré sur le poids mais sur les occupations de la personne.

Ces résultats renforcent l'intérêt de l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'adulte en situation d'obésité en tant qu'expert d'une approche centrée sur l'occupation.

Le potentiel des interventions en ergothérapie visant à promouvoir l'occupation des personnes obèses a été reconnu. (20)(21)

1.3.3 La posture de l'ergothérapeute vis-à-vis de la prise en soin de l'obésité

Selon Nielsen et Christensen l'ergothérapeute possède des compétences en faveur de la prise en soin des patients atteints d'obésité et dans la promotion de la santé. Les ergothérapeutes possèdent des compétences pour identifier les activités signifiantes de la personne en situation d'obésité et s'en servir pour engager la personne dans des modifications d'habitudes de vie sur le long terme. Elle montre que la posture de l'ergothérapeute reste encore floue dans l'intervention de l'obésité chez l'adulte(20). Il y a une nécessité d'argumenter la contribution de l'ergothérapeute auprès du public adulte en surpoids et en obésité tous milieux confondus (20). La prise en soin de l'obésité requiert certaines connaissances spécifiques en nutrition et pour la préconisation d'activité sportive. Ces paramètres pourraient amener l'ergothérapeute à devoir expliquer l'intérêt de son intervention auprès du patient et des autres professionnels de santé(20).

Les résultats de l'évaluation de l'atelier sur l'obésité, conçu pour les ergothérapeutes canadiens, montrent que l'atelier a révélé un changement dans les croyances vis à vis des personnes en situation d'obésité, mais pas de changement dans les attitudes(21). Les ergothérapeutes ayant participé à l'atelier ont déclaré « se sentir mieux informés sur l'obésité et

mieux préparés à travailler avec des clients obèses »(21). Le manque de clarté sur la posture des ergothérapeutes auprès des personnes en situation d'obésité est peut-être à mettre en lien avec un apport insuffisant de connaissances sur l'obésité. Forhan et Law ont évalué la connaissance des ergothérapeutes canadiens sur l'obésité. Sur les 853 répondants, 83% ont déjà travaillé avec des patients en situation d'obésité et 50% des 853 répondants estiment ne pas connaître les besoins de cette population (21).

Est-ce que le manque de connaissances sur l'obésité peut amener l'ergothérapeute à ne pas se sentir légitime dans la prise en soin de la personne en situation d'obésité lorsque l'approche est centrée sur le biomédicale ? Dans le cas d'une approche globale est ce que l'ergothérapeute pourrait mieux identifier l'intérêt de son intervention auprès de la personne en situation en situation d'obésité ?

1.3.4 Impact de la situation d'obésité

D'après Ziegler et al, l'obésité est une pathologie qui évolue lentement et silencieusement. Les complications n'apparaissent qu'à partir d'un certain excès de poids (22).

« La perception de la corpulence est variable d'un individu à l'autre ; bien des études ont montré de fortes divergences, entre l'image corporelle perçue et la réalité »(22). Ce qui nous amène à penser qu'une difficulté à évaluer son état de santé peut entraîner une difficulté de la part du patient à s'engager dans le traitement de l'obésité. « L'idée que l'obésité est une maladie qui n'est pas encore très répandue. »(23) En effet officiellement l'obésité n'est pas reconnue comme une maladie en France (24). D'après la ligue contre l'obésité, les personnes en situation d'obésité éprouvent des difficultés quotidiennes en lien avec leur obésité, comme le fait de ne pas avoir accès à des parcours de soins remboursés par exemple pour la prise en soin de certains frais médicaux. Cela impacte leur qualité de vie. Cameron, Magliano et al(25), en 2012, font état de la relation qu'il existe entre la qualité de vie et l'obésité chez des adultes de plus 25 ans en Australie. Les personnes ont été suivies sur cinq ans ; celles qui ont vu leur IMC augmenter sur les 5 ans déclaraient avoir une baisse de leur qualité de vie liée à leur santé physique et mentale (25).

Les résultats de l'étude font ressortir l'intérêt d'évaluer la qualité de vie liée à la santé comme étant un prédicateur de prise de poids future et met l'accent sur la qualité de vie liée à la santé : cela pourrait avoir des effets positifs dans les stratégies de gestion du poids. La qualité de vie évalue quatre grandes dimensions de la personne, le poids peut donc avoir une influence sur ces quatre dimensions (13) (physique, psychologique, somatique et sociale) donc impacter le poids de la personne ce qui renforce le caractère plurifactorielle de l'obésité.

Pourquoi l'obésité n'est-elle pas considérée comme une pathologie ? le fait que l'obésité ne soit pas reconnue comme une maladie a-t-il un retentissement sur la vision de l'état de santé de la personne en situation d'obésité ? En quoi le fait de reconnaître l'obésité comme une maladie pourrait impacter la qualité de vie de la personne en situation d'obésité ? Quel rôle l'ergothérapeute aurait-il à jouer dans l'évaluation de la qualité de vie ?

1.4 Conclusion de la revue de littérature

L'obésité impacte la qualité de vie des patients qui en sont atteints avant même que ces derniers n'en ressentent les effets par l'apparition de pathologies cardiovasculaires et métaboliques(8)(22). Les résultats de deux études ; australienne et des îles canaries montrent que la qualité de vie pourrait être une composante non négligeable de la prise en soin des personnes en situation d'obésité, elle pourrait même servir de prédictif à la prise de poids d'une personne et donc être utilisée à titre préventif et servir d'élément de suivi dans le maintien de la perte de poids chez la personne en situation d'obésité(25)(26). Le vécu du patient face à l'obésité montre que le patient ne se considère pas comme étant malade tant qu'il n'en ressent pas les symptômes(22). Cependant comme en témoigne l'association française de lutte contre l'obésité, les personnes atteintes d'obésité souhaiteraient être reconnues comme étant des personnes atteintes d'une maladie avec une prise en soin sans discontinuité et le remboursement du parcours de soin(24).

Dans la prise en soin de l'obésité en France, le parcours de soin est en réflexion avec une feuille de route de Mme La ministre de la Santé Agnès Buzyn, en 2019, avec la volonté d'améliorer le suivi des personnes en situation d'obésité. Pour autant l'obésité n'étant pas reconnue comme une maladie, les professionnels de santé remboursés restent les médecins, ce qui peut restreindre l'accès aux professions paramédicales pour les personnes en situation d'obésité. De plus, une approche globale est plébiscitée par la ligue contre l'obésité et par Mme La Ministre de la santé(24)(19). Cependant, l'approche de l'obésité reste encore centrée sur l'alimentation(1) bien que sa dimension plurifactorielle soit reconnue dans la littérature scientifique(2). Le rapport à la direction générale de la santé et à la direction générale de l'offre de soins en 2014(22), considère l'éducation thérapeutique comme « la pierre angulaire » de la prise en soin de l'obésité avec un but « d'autonomisation et d'augmentation de la capacité à se prendre en charge des patients ». Il ressort une évolution de la vision de l'éducation thérapeutique « soignant supposé sachant » versus « patient apprenant » avec une vision qui évolue en faveur d'un échange soignant patient en tenant compte du vécu et de l'histoire de la personne dans sa

pathologie(4). Cette notion d'acquisition de compétences du patient est reliée à une volonté de bien être du patient dans le vécu de sa pathologie dite chronique mais aussi une possibilité de faire des choix éclairés concernant les décisions thérapeutiques. Ces principes placent le patients au centre de sa prise en soin allant dans le sens du programme « ma santé 2022 »(18). L'éducation agit en faveur de l'autonomisation de la personne mais cela se fait dans un temps limité. Une prise en charge globale de longue durée pourrait permettre l'accès à plusieurs professionnels de santé dont des professionnels paramédicaux, comme les ergothérapeutes, qui pourraient avoir un effet bénéfique sur la prise en soin de l'obésité comme le montre les résultats de la revue de littérature de Nielsen et Christensen (20).

1.5 Problématisation Pratique

Les politiques de santé ont pour objectif de faire reculer l'obésité en modifiant l'approche du système de santé. Comment cette vision globale inclut-elle le bien-être de la personne en situation d'obésité ? aura-t-elle un impact sur la qualité de vie de la personne en situation d'obésité ?

Comment la qualité de vie pourrait-elle être évoluer ?

Y a-t-il des ergothérapeutes en France formés à la prise en soin de l'obésité ?

Pourquoi les ergothérapeutes ne font pas partie de la prise en soin de l'obésité en France ?

Comment les ergothérapeutes pourraient intégrer les éducations thérapeutiques en lien avec la prise en soin de l'obésité en France ?

L'éducation thérapeutique est-elle suffisante dans la prise en soin de l'obésité ?

Qu'en est-il de la pratique de terrain des ergothérapeutes ?

1.6 L'enquête exploratoire

1.6.1 Les objectifs visés

Le premier objectif de l'enquête exploratoire sera d'apporter des information sur l'absence de données en France concernant la prise en soin de la situation d'obésité en ergothérapie et de faire un état des lieux sur la connaissance des ergothérapeutes concernant la situation d'obésité. En second objectif, les résultats de l'enquête exploratoire apporteront un complément d'information directement lié à la pratique du terrain. Les résultats de l'enquête exploratoire viendront corroborer ou se confronteront aux résultats issus de la revue de littérature.

Dans l'enquête exploratoire, deux types d'objectifs sont visés.

Les objectifs généraux :

- Faire un état des lieux sur la pratique des ergothérapeutes concernant de la prise en soin des patients atteints d'obésité en France
- Confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux des pratiques.
- Faire l'état des lieux des pratiques sur une question où il n'y a pas de recension actualisée, de littérature professionnelle en lien avec une pratique émergente, d'études suffisamment ciblées ou trop larges.

Les objectifs spécifiques :

- Connaître les connaissances acquises au cours la formation d'ergothérapie
- Voir s'il y a des disparités dans la formation en France à ce sujet
- Apprécier la perception des ergothérapeutes vis-à-vis des personnes en situation d'obésité
- Etablir si les ergothérapeutes pourraient avoir envie ou besoin de se former sur l'obésité
- Voir comment les ergothérapeutes envisagent la prise en soin d'une personne en situation d'obésité

1.6.2 Méthodologie

- La population et site d'exploration

La population visée pour cette enquête correspond aux ergothérapeutes exerçant en France métropolitaine.

L'enquête questionne aussi les apports de connaissances des ergothérapeutes exerçant en France métropolitaine, au cours de leurs études en France métropolitaine DOM TOM et autres pays.

Le site d'exploration se portera essentiellement sur les réseaux sociaux où des groupes d'ergothérapeutes sont créés. Le questionnaire est ouvert aux ergothérapeutes diplômés sans distinction de lieux d'exercice. L'objectif de cette enquête sera de mesurer combien d'ergothérapeutes ont été en contact avec des personnes en situations d'obésité dans l'exercice de leurs fonctions.

- Choix de l'outil de recueil de données

L'outil choisi pour le recueil des données est le questionnaire, car il permettra de recueillir les réponses des participants en plus grand nombre, d'où le choix d'un instrument quantitatif. La garantie du respect de l'anonymat permettra de faciliter l'expression des répondants. Le

questionnaire permet également d'établir des relations entre la prise en soin de l'obésité et la présence de l'ergothérapeute dans cette prise en soin.

- Anticipation des biais

Les biais qui pourraient être présents dans le questionnaire seraient un excès de questions ouvertes, qui rendraient le questionnaire peu attractif, risquant donc de trouver peu de répondants. Des biais de subjectivité, de sélection et de désirabilité sociale en lien avec la formation de diététicienne.

Les biais pourront être atténués par une prise de recul après plusieurs lectures du questionnaire et la relecture pourra être effectuée avec le référent mémoire et le référent professionnel.

- Construction de l'outil

L'outil sera construit sur MicrosoftForm® (cf. Annexe 3 : Matrice du questionnaire) sur la base d'une matrice de questionnement. Il sera publié sur les réseaux sociaux par le biais d'un lien qui permettra à la personne de le remplir.

La participation volontaire sera assurée par une présentation en entête du contexte de la recherche, des consignes de participation et d'anonymisation. Il se compose de 26 questions. Les questions seront semi dirigées pour les critères d'âges, d'année d'exercice. Il y aura un recueil démographique concernant le lieu d'études. Pour le reste du questionnaire elles seront ouvertes.

Le questionnaire est ouvert le 21/10/2020, il sera clôturé le 28/11/2020 soit 5 semaines plus tard, avec 21 réponses recueillies au total.

QUESTIONNAIRE : Obésité et ergothérapie (Cf. Annexe 4 : Questionnaire)

Q 1 : Acceptez-vous de participer à l'enquête ?

Q 2 : Vous êtes de quel sexe ?

Q 3 : Quel âge avez-vous ?

Q 4 : Dans quel IFE avez-vous fait vos études ?

Q 5 : Autres

Q 6 : Dans quelle(s) type(s) de structure(s) travaillez-vous actuellement ?

Q 7 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

Q 8 : Autre ?

Q 9 : Pour vous qu'est-ce que l'obésité ?

Q 10 : Durant vos années de formation en ergothérapie, avez-vous eu des cours sur la personne en situation d'obésité ?

Q 11 : Si oui, dans quelle unité d'enseignement avez-vous eu des cours ? (Physiopathologie, aide technique, autre)

Q 12 : Autre ?

Q 13 : Jugez-vous l'apport de la formation suffisant sur la prise en soin des personnes en situation d'obésité ?

Q 14 : D'après vous, qu'est-ce que l'intervention de l'ergothérapeute peut apporter dans la prise en soin de l'obésité ?

Q 15 : Avez-vous déjà pris en soin des personnes en situation d'obésité (en dehors d'un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité) ?

Q 16 : En tant qu'ergothérapeute avez-vous déjà travaillé dans un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité ?

Q 17 : Si oui pour quels types de prise en soin ?

Q 18 : Si oui, avez-vous ressenti le besoin de vous former au moment de la prise de poste ?

Q 19 : Si oui pouvez-vous dire par quelle formation complémentaire êtes-vous passés ?

Q 20 : En tant qu'ergothérapeute vous sentez-vous à l'aise dans la prise en soin d'une personne en situation d'obésité ?

Q 21 : Si non Pourquoi ?

Q 22 : Vis à vis de la personne en situation d'obésité, dans quelle pratique vous sentiriez-vous le plus compétent ? (Prescription d'aide technique, accompagnement relationnel, impact sur la qualité de vie, manutention)

Q23 : Sur quels aspects de la prise en soin de la personne en situation d'obésité pensez-vous que l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle à jouer ? (Hygiène alimentaire, la qualité de vie, la perte de poids, la stabilisation du poids, activités de la vie quotidienne)

Q 24 : Pour vous l'objectif de la prise en soin de l'obésité c'est : la perte de poids, réduire les risques liés à l'obésité, permettre à la personne d'avoir accès à l'occupation, autre.

Q25 : Autre

Q 26 : Avez-vous des remarques ?

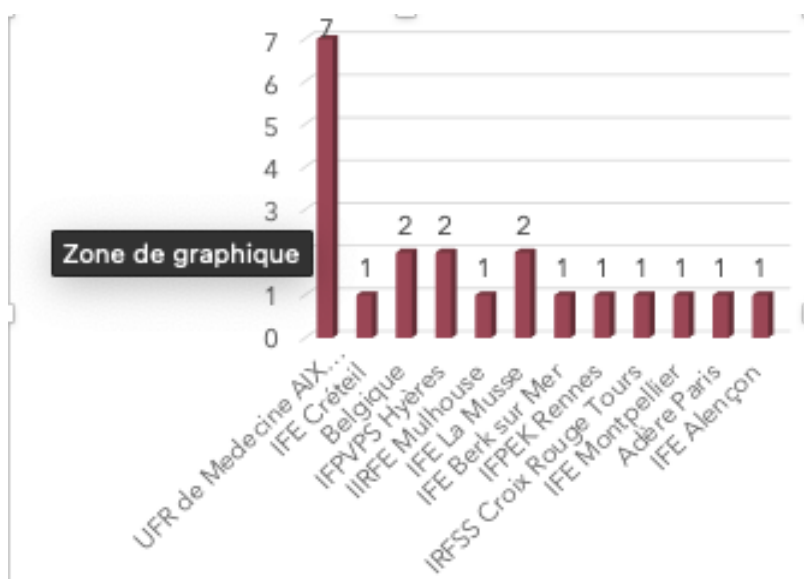
1.6.3 Résultats et analyse

(Cf. Annexe 5 : Données Bruts du questionnaire)

Q 1 Acceptez-vous de participer à l'enquête ? / **Q 2** : Vous êtes de quel sexe ? / **Q 3** : Quel âge avez-vous ? / **Q 4** : Dans quel IFE avez-vous fait vos études ? / **Q 6** : Dans quelle(s) type(s) de structure(s) travaillez-vous actuellement ? / **Q 7** : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? / **Q 8** : Autre

21 personnes ont accepté de répondre au questionnaire.

Sur les 21 personnes 19 sont des femmes et 2 sont des hommes. Les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire est comprise entre 21 ans et 36 ans avec une majorité de participants âgés de 23 ans. L'année d'obtentions du diplôme des répondants va de 2009 à 2020. La majorité des personnes ayant répondu ont obtenu leur diplôme en 2015.



Sur les 21 répondants 2 ergothérapeutes ont effectué leurs études en Belgique et 19 ergothérapeutes ont effectué leurs études en France (11 instituts de Formation différents).

Q 10 : Durant vos années de formation en ergothérapie, avez-vous eu des cours sur la personne en situation d'obésité ? / **Q 11** : Si oui, dans quelle unité d'enseignement avez-vous eu des cours ? (Physiopathologie, aide technique, autre) / **Q 12** : Autre ? / **Q 13** : Jugez-vous l'apport de la formation suffisant sur la prise en soin des personnes en situation d'obésité ? / **Q 20** : En tant qu'ergothérapeute vous sentez-vous à l'aise dans la prise en soin d'une personne en situation d'obésité ? **Q 21** Si non Pourquoi ?

D'après l'analyse de l'enquête exploratoire 95% des ergothérapeutes ayant répondu ne se sentent pas assez formés dans leur cursus initial, dont plus de la moitié témoignent n'avoir eu aucun cours dessus, pourtant 76% d'entre eux disent avoir déjà été confrontés à des patients en situation d'obésité. Malgré cela, 71% des répondants se sentent à l'aise dans l'accompagnement des personnes en situation d'obésité, bien que pour 100% des ergothérapeutes interrogés considèrent que l'apport au cours de la formation ne soit pas suffisant.

Sur les 21 ergothérapeutes interrogés, 12 ergothérapeutes ont eu des cours sur l'obésité et 9 n'ont eu aucun apport. Parmi les 12 ergothérapeutes, les écoles qui ont abordé l'obésité l'ont abordé soit en physiopathologie, soit en lien avec les aides techniques, soit en lien avec les cours de santé publique ou autre. Certaines écoles ont abordé l'obésité à travers différentes unités d'enseignements.

Les ergothérapeutes qui se sentent à l'aise avec la prise en soin de l'obésité viennent d'école différentes. Concernant les réponses des ergothérapeutes qui se sentent à l'aise avec la prise en soin d'une personne en situation d'obésité, nous ne pouvons pas identifier si les ergothérapeutes se sentent à l'aise avec la prise en soin d'une personne en situation d'obésité en rééducation par exemple ou si l'on parle de la prise en soin de l'obésité.

Il y a 6 ergothérapeutes sur 21 disent ne pas se sentir à l'aise avec la prise en soin d'une personne en situation d'obésité en lien avec le manque de formation ou par manque d'occasions de travailler avec ce type de population. Sur les 6 ergothérapeutes, 1 ergothérapeute a eu des cours sur l'obésité.

Q 9 : Pour vous qu'est-ce que l'obésité ?

Parmi les répondants 86 % des ergothérapeutes définissent l'obésité avec des termes tel que : IMC, Surplus adipeux, taux de graisse élevé, surcharge pondérale, surpoids, maladie, maladie chronique, pathologie, addiction, handicapante, incapacité. Dans les recommandations de l'HAS les notions abordées sont surtout des notions en lien avec l'IMC, la Pathologie, les comorbidités. Nous sommes en présence d'un champ lexical appartenant à la vision biomédicale de cette pathologie.

14% des ergothérapeutes emploient un champ lexical en lien avec les sciences de l'occupation. Les notions définies dans la prise en soin de l'obésité sont : Activité de la vie quotidienne, limitation d'activités, participation occupationnelle. Nous pouvons faire le lien avec ces notions dans les recommandations de l'HAS lorsqu'il s'agit d'évaluer l'activité physique dans les activités du quotidien et l'impact sociale de l'obésité et l'évaluation de la qualité de vie de la personne.

Est-ce que le fait d'avoir une vision biomédicale de la pathologie peut rendre moins accessible la prise en soin de l'obésité par les ergothérapeutes qui ont une approche centrée sur l'occupation ?

Q 14 : D'après vous, qu'est-ce que l'intervention de l'ergothérapeute peut apporter dans la prise en soin de l'obésité ?

Aucun ergothérapeute n'a répondu à cette question. Cette absence de réponse questionne sur plusieurs points : est-ce que la question n'est pas assez explicite ? est-ce en lien avec les apports de la formation sur la situation d'obésité qui ne permettent pas d'établir de liens avec les connaissances acquises et une prise en soin de la situation d'obésité ? est-ce en lien avec des recommandations de l'HAS centrées sur la prise en soin centrée sur l'alimentation et la perte de poids(1) ? Est en lien avec le manque de connaissances de l'impact de l'obésité sur les dimensions de vie de la personne ?

Pourtant si l'on regarde la question 20, 71% des ergothérapeutes ayant répondu disent se sentir à l'aise avec la prise en soin des personnes en situation d'obésité. Ce qui pourrait confirmer l'hypothèse qui est que : les ergothérapeutes sont à l'aise avec la prise en soin de la personne en situation d'obésité lorsqu'il s'agit d'une prise en soin ergothérapique comme par exemple un patient en situation d'obésité adressé en ergothérapie, en rééducation suite à la mise en place d'une prothèse de hanche.

Il est possible que les ergothérapeutes ne sachent pas ce que l'ergothérapie peut apporter à la personne en situation d'obésité.

Q 15 Avez-vous déjà pris en soin des personnes en situation d'obésité (en dehors d'un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité) ?

76% des ergothérapeutes interrogés ont déjà pris en soin des personnes en situation d'obésité en dehors des services spécialisés dans la prise en soin de l'obésité. Cette information nous montre qu'il est fréquent de rencontrer des personnes en situation d'obésité dans le cadre de nos fonctions. Nous pouvons corrélérer cette information avec l'étude qui sur l'épidémiologie de l'obésité(15) qui montrent que les chiffres des personnes en situation d'obésité sont en constante augmentation. De plus Nielsen et Christensen(20) montrent l'impact positif de l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en soin des personnes en situation d'obésité.

Quelle serait l'impact de la prise en compte de la performance occupationnelle de la personne en situation d'obésité sur sa prise en soin ?

Q 16 En tant qu'ergothérapeute avez-vous déjà travaillé dans un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité ? Q 17 Si oui pour quels types de prise en soin ? Q 18 : Si oui, avez-vous ressenti le besoin de vous former au moment de la prise de poste ? Q 19 : Si oui pouvez-vous dire par quelle formation complémentaire êtes-vous passés ?

14% des ergothérapeutes ont déjà travaillé dans un service spécialisé dans l'obésité en France. Parmi les 14%, un ergothérapeute est intervenu dans le cadre d'un SSR⁵ pédiatrique dans le cadre de la rééducation et de la prise en soin de l'obésité. Un ergothérapeute est intervenu dans le cadre d'éducation et de conseils. Et enfin un ergothérapeute est intervenu dans le cadre d'une semaine d'éducation thérapeutique avec pour objectif le travail sur le maintien de l'engagement dans les activités du quotidien. Le rôle de l'ergothérapeute concernant l'engagement dans les activités du quotidien et les actions de santé publique est abordé dans la revue de littérature de Nielsen et Christensen(20). Sur les 14%, tous ont ressenti le besoin de se former. Les formations complémentaires étaient sur les aides techniques, l'éducation thérapeutique et les entretiens motivationnels et enfin un des ergothérapeutes est passé par l'échange avec des médecins et ergothérapeutes plus expérimentés dans le domaine de l'obésité et par la lecture d'articles scientifiques.

85% des ergothérapeutes n'ont jamais travaillé dans un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité en France. Cette information peut être mise en lien avec l'absence de mention des ergothérapeutes dans les recommandations de l'HAS(1).

Q 22 Vis à vis de la personne en situation d'obésité, dans quelle pratique vous sentiriez-vous le plus compétent ? (Prescription d'aide technique, accompagnement relationnel, impact sur la qualité de vie, manutention) Q23 : Sur quels aspects de la prise en soin de la personne en situation d'obésité pensez-vous que l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle à jouer ? (Hygiène alimentaire, la qualité de vie, la perte de poids, la stabilisation du poids, activités de la vie quotidienne)

Si l'on compare avec la question 14 qui n'a eu aucune réponse, lorsque l'on questionne les ergothérapeutes sur leurs compétences concernant les objectifs de prise en soin de l'obésité, 86% des répondants disent avoir un rôle à jouer dans la prise en soin de l'obésité sur la qualité de vie, 100% des répondants disent avoir un rôle à jouer sur les activités de la vie quotidienne et 19% estiment avoir un rôle à jouer sur la perte de poids. Concernant les recommandations de l'HAS les objectifs thérapeutiques sont le poids et la diminution du tour de taille de l'abdomen.

⁵ Soins de suite et rééducation

Comme nous l'avons vu précédemment, il est recommandé d'évaluer la qualité de vie et l'impact social qu'a l'obésité pour la personne(1) .

En effet dans la revue de littérature nous pouvons voir que deux études établissent une corrélation directe entre les variations de l'IMC et la qualité de vie de la personne en situation d'obésité. En effet il a été observé qu'une augmentation de l'IMC chez la personne en situation d'obésité induit une diminution de la qualité de vie de celle-ci et inversement. Les éléments évalués dans la qualité de vie correspondent aux sphères occupationnelles de la personne que l'on retrouve dans des modèles conceptuels en lien avec les valeurs de la pratique en ergothérapie. Cependant nous avons vu que l'obésité impacte différentes sphères de la personne. Pourquoi les objectifs ne se centrent-ils que sur le paramètre du poids ? Pourquoi ne pas se servir des critères évalués dans la qualité de vie pour établir des objectifs plus globaux ?

Q 24 : Pour vous l'objectif de la prise en soin de l'obésité c'est : la perte de poids, réduire les risques liés à l'obésité, permettre à la personne d'avoir accès à l'occupation, autre. Q25 : Autre

Cette question permettait une réponse libre après analyse du champ lexical employé par les ergothérapeutes pour définir l'obésité.

Les mots employés ont été principalement IMC, surplus adipeux, taux de graisse élevé, surcharge pondérale, surpoids, graisse, maladie, maladie chronique, pathologie, addiction, handicapante, incapacité. Puis il y avait aussi activité de la vie quotidienne, limitations d'activité, participation occupationnelle.

14% des ergothérapeutes ont utilisé un champ lexical en lien avec les sciences de l'occupation
85% des ergothérapeutes ont défini l'obésité en passant par un langage en lien avec les sciences biomédicales. 1% n'ont pas répondu.

Nous pouvons penser que le fait de définir l'obésité par un langage centré sur la pathologie vient du fait que les ergothérapeutes ont majoritairement abordé l'obésité dans l'unité d'enseignement en lien les maladies métaboliques. De plus lorsque que l'on regarde les recommandations de prise en soin de l'obésité en France, l'approche est centrée sur la pathologie (1)(19) (mettre article ligue contre l'obésité) avec une volonté de faire reconnaître l'obésité comme une maladie ayant accès à l'affection de longue durée.

Q 26 : Avez-vous des remarques ?

Concernant les remarques plusieurs ergothérapeutes ont partagé le fait d'avoir fait leur mémoire sur l'obésité, nous retrouvons une volonté de réduire les situations de handicap liés à l'obésité et le manque de formation qui permettrait d'agir sur l'aspect préventif de cette pathologie.

Les limites du questionnaire

Le questionnaire ne dit pas si les ergothérapeutes parlent de prise en soin de l'obésité ou d'un patient en situation d'obésité pris en soin pour une rééducation de l'épaule par exemple. La question 14 n'a obtenue aucune réponse, est-ce parce que la question n'a pas été comprise ?

Dans la revue de littérature nous abordons la vision des politiques de santé, et le rôle de l'ergothérapeute. Dans le questionnaire l'avis et l'état de la pratique des ergothérapeutes en lien avec la prise en soin de l'obésité sont recueillis, cependant il est à noter l'absence de témoignage des personnes concernées par une situation d'obésité.

Comme décrit dans la revue de littérature 95% des ergothérapeutes ne se sentent pas assez formés et 71% des ergothérapeutes se disent à l'aise avec la prise en soin des personnes en situation d'obésité. Nous pouvons penser que les approches centrées sur la personne et l'identification d'activités significatives permettent aux ergothérapeutes de prendre en soin une personne en se rapprochant de la sphère occupationnelle de celle-ci même si les connaissances de la situation d'obésité ne sont pas maîtrisées. Nous pouvons faire corrélérer le besoin d'être formé sur la situation de l'obésité avec les résultats de Forhan et Law, au Canada, qui montrent qu'un meilleur apport sur l'obésité permet de diminuer les a priori concernant cette population(21).

Les résultats de l'enquête montrent que 86% ergothérapeutes définissent l'obésité autour du champ lexical biomédical employant des termes tel que maladie ou pathologie cependant les résultats de revue de littérature montrent que l'obésité n'est pas reconnue comme une maladie. 14% des ergothérapeutes définissent l'obésité à travers des termes liés au champ lexical des occupations, dans la revue de littérature une participation occupationnelle satisfaisante permet un changement d'habitude de vie sur le long terme ce qui est décrit comme étant bénéfique pour la personne en situation d'obésité. D'après les résultats de la revue de littérature les ergothérapeutes sont compétents dans la prise en soin de la personne en situation d'obésité car ils savent identifier les activités significatives et donc permettre l'engagement de la personne dans ses activités de la vie quotidienne, cela renforce le changement de comportement vis-à-vis de

l'alimentation et de l'activité physique. D'après la revue de littérature l'ergothérapeute soutient le transfert des acquis et augmentent la satisfaction de la performance occupationnelle. Cela corrobore les réponses de l'enquête en effet 71 % des ergothérapeutes disent être à l'aise avec la prise en soin des personnes en situation d'obésité notamment sur l'impact de la qualité de vie et sur les activités de la vie quotidienne.

Sur le terrain 14% des ergothérapeutes ont travaillé dans la prise en soin de l'obésité en équipe pluridisciplinaire ce qui va dans le sens des recommandations de l'has. Les interventions portaient sur l'éducation et la santé ce qui corrobore les interventions de l'ergothérapeute identifiées dans la revue de littérature.

La prise en soin de l'obésité est abordée par une approche biomédicale, qui relie la qualité de vie de la personne en situation d'obésité à la modification de son mode de vie par le biais de l'alimentation. D'après l'enquête l'ergothérapeute parle de leur intervention en s'intéressant aux occupations de la personne. Afin d'approfondir la recherche il serait intéressant de connaître le point de vue des personnes en situation d'obésité dans leur quotidien.

Quel est le quotidien des personnes en situation d'obésité ? Font-elles un lien entre leur qualité de vie et la manière dont réalise leurs occupations ? Comment vivent-elles leurs occupations ?

1.7 Question initiale de recherche

Afin de pouvoir approfondir la recherche et dans le but d'avoir une vision plus concrète des impacts de la situation d'obésité sur la vie quotidienne de la personne, nous allons porter notre recherche sur la question initiale de recherche :

Comment les personnes en situation d'obésité vivent-elles leurs occupations ?

Dans le but d'approfondir notre questionnement nous allons définir les concepts en lien avec la question initiale de recherche.

Le questionnement soulève trois concepts : l'occupation, la santé, la qualité de vie et l'obésité (cf. Annexe 6 : Matrice conceptuelle)

1.8 Le cadre de référence

1.8.1 L'occupation

C'est en 1997 que l'occupation apparaît comme un concept fondamental de l'ergothérapie (27). Elle occupe une place prépondérante dans la pratique des ergothérapeutes. L'Association Française des ergothérapeutes définit l'occupation comme étant : « Un déterminant de santé et chaque personne ou groupe de personnes doit pouvoir avoir accès et s'adonner aux activités qui sont nécessaires ou qui ont un sens pour elle »(4).

Doris Pierce définit l'occupation comme étant :

« Une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est à dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socioculturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues. »(28)

L'être humain est complexe dans la réalisation de ses occupations et comment ces occupations peuvent impacter la santé de l'individu et être impactées en fonction de son environnement, mais aussi à quel point il est essentiel de le considérer en tant qu'être occupationnel qui engrange des expériences tout au long de son existence qui vont venir façonner la réalisation de ses occupations et la signification qu'elles ont pour lui(27). L'occupation est « un art d'exécution et de réalisation » c'est-à-dire qu'elle n'existe que parce qu'elle est réalisée par la personne(27). L'occupation peut être réalisée de manière individuelle ou en communauté, « elle n'est pas un phénomène unitaire »(27) elle est un tout. L'occupation se réalise dans l'agir, elle est une norme, lorsqu'elle ne peut être réalisée cela peut être de le reflet d'une difficulté d'engagement pour la personne et donc être révélateur d'une problématique de santé de la personne(27). Une occupation peut se réaliser chaque jour, une fois dans l'année ou une fois tout au long de la vie(29). Le lien entre la santé et l'occupation devient plus évident avec l'émergence de la science de l'occupation (4). La science de l'occupation a pour objectif de montrer le lien établie entre l'engagement dans une occupation, son impact sur la santé et le bien être ressenti.(4).

« L'engagement dans des occupations valorisées apportent du bien-être et de la santé »(4)

En s'appuyant sur les travaux de Csikszentmihalyi, il est démontré que l'engagement dans une activité significative empreinte de sens et de défi permettait à la personne d'avoir accès à un

sentiment de bien être appelé le « flow » ou « expérience optimale » ce qui améliore la qualité de vie subjective de la personne(30).

La science de l'occupation part du principe que l'occupation est un facteur de bonne santé, c'est un déterminant de la santé, les occupations étant le fruits d'activités signifiantes et significatives, ce qui implique que lorsqu'une personne n'a pas accès à des activités qui ont un sens pour elle, cela amène à une situation de déséquilibre occupationnel avec une conséquence sur son état de santé. D'après Townsend et Wilcock avoir accès à des occupations signifiantes est un droit auquel la personne doit avoir accès, cela va être déterminant dans sa qualité de vie et son état de santé(27). La situation d'obésité peut impacter l'engagement d'une personne dans ses activités comme par exemple être victime de discrimination à l'embauche. Cette situation peut avoir un impact sur la satisfaction de la personne à réaliser ses occupations. D'après Fisher et Marterella on ne peut dissocier les personnes de leurs contexte de vie (29), c'est pourquoi il est important d'en tenir compte dans l'analyse de l'occupation de la personne. Dans le cadre de la situation d'obésité, la partie visible de la situation d'obésité est représentée par les normes biologiques et l'état physiologique qui peuvent être évalué par des bilans sanguins et des prise de mesures anthropomorphique. Pour la partie non visible c'est-à-dire l'impact de l'obésité sur les occupations de la personne, le modèle transactionnel de l'occupation pourrait permettre d'analyser le contexte de vie de la personne et son impact sur la réalisation de ses occupations et donc de sa santé et d'en avoir une vision approfondie. Les éléments situationnels du MTO⁶ sont influencés par trois éléments qui composent l'occupation, la performance occupationnelle en terme « d'agir et de faire », l'expérience occupationnelle en lien le ressenti et le vécu de la performance occupationnelle et la participation de la personne à savoir son engagement dans l'occupation(29). Le MTO se tourne vers le contexte de vie en détaillant les éléments situationnels à prendre en compte en 7 catégories :

Les éléments géopolitiques, socio-environnementaux, les éléments environnementaux physiques, les éléments liés à la tâche ou l'activité, les éléments liés à l'utilisateur, socioculturels, temporels.(29)

L'observation de l'occupation fait la jonction entre le milieu social et le milieu médical de la personne qui vit une situation de handicap ou de maladie, d'après Caire et Schabaille « C'est l'ouverture de l'ergothérapie sur l'aspect social de la participation de la personne en situation de handicap » (4)

⁶ Modèle transactionnel de l'occupation

L'approche centrée sur l'occupation modifie l'approche des soins prodigués par les ergothérapeutes. En effet en ouvrant leurs champs d'action au-delà de l'approche biomédicale curative, l'ergothérapeute va vers une perspective de prévention et de réadaptation en permettant à la personne de maintenir son pouvoir d'agir nécessaire à la réalisation de ses occupations signifiantes et significatives malgré les difficultés en cas de problèmes de santé.(4). « L'occupation peut soutenir notre santé à des degrés divers tandis que notre santé s'exprime dans nos occupations et les deux sont inextricablement liées au contextes de vie » (31)

En quoi agir sur l'environnement de la personne peut-il avoir un impact sur la réalisation de ses occupations ?

En quoi l'occupation peut-elle aider à se maintenir en santé dans le cas d'une personne en situation d'obésité ? Comment l'environnement de la personne en situation d'obésité peut-il avoir un impact sur sa santé ?

1.8.2 La santé

L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de la maladie »(32).

La santé ne peut être abordée sous l'angle de l'individu seulement et ses caractéristiques biologiques et physiologiques, la santé est à envisager comme un système complexe, impacté par l'environnement dans lequel nous évoluons, n'étant pas tous égaux face à cet environnement il faut aussi y intégrer la notion de justice sociale(31).

Les déterminants de santé sont des facteurs liés aux styles de vie de la personne, les réseaux sociaux, les réseaux communautaires, les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales(33).

La définition de la santé est source d'enjeux par tout ce qu'elle engage de responsabilité vis-à-vis de la prise en charge de traitement par leur remboursement, responsabilité ou non vis à de la justice (est-on responsable de ses actes ou non en fonction de sa pathologie ?) ou encore de priorisation en terme de recherche scientifique(34). D'après Giroux citant Georges Canguilhem la définition de la santé ne peut pas se baser uniquement des normes biologiques statiques (34). Ce qui montre une corrélation avec le fait que l'on ne peut pas se baser sur l'IMC comme seule mesure qui permettrait de définir l'obésité comme maladie(35) .

La définition de la santé comme n'étant pas seulement une absence de maladie, questionne le terme de l'obésité en tant que maladie et pas seulement comme étant un état physiologique. Philippe LeMoigne décrit la qualité de vie comme un concept composé de nombreuses

dimensions et influencé par des facteurs. Ce qui fait de la participation un déterminant de santé qu'il faut associer à la possibilité qu'à la personne de s'engager dans des occupations.

L'état de santé ne peut pas se définir qu'à travers des critères biologiques et par l'absence de maladie, il faut y inclure les déterminants de la santé liés à l'occupation.

1.8.3 La qualité de vie

Le concept de qualité de vie apparaît dans le domaine de la santé par l'intermédiaire de l'OMS et sa définition de la santé(36). Généralement l'évaluation de la qualité de vie est faite sur des groupes de personnes. Les critères évalués ont pour objectif d'évaluer la qualité de vie d'un ensemble de population comme par exemple la qualité de vie des habitants d'une ville(36). La généralisation des critères de la qualité de vie questionne le caractère subjectif de la qualité de vie. En effet comment choisir des critères d'évaluation représentatifs de l'échantillon de personnes étudiées ? Ce qui ouvre la question sur le choix de critères objectifs en lien avec des caractéristiques environnementales et le choix de critères subjectifs liés aux perceptions des personnes(36).

La psychologie soulève deux facteurs limitants : les postes évalués qui participent à la qualité de vie de la personne ne peuvent être jugés importants que par la personne elle-même, et on ne peut se référer à un indice collectif de satisfaction collective puisque les critères qui évaluent la qualité de vie sont propres à chacun. La psychologie a donc induit le terme de subjectivité des « différents domaines de l'existence » ce qui donne lieu à la création du « bien être perçu »(37). Cette perception du bien être perçu propre à la personne qui l'évalue se rapproche de la singularité de la signification qu'une personne donne à ses occupations. D'après l'association américaine d'ergothérapie, l'ergothérapie favorise le bien-être et la qualité de vie en facilitant la participation des personnes à la réalisation de leurs activités quotidiennes. Avoir accès à ses occupations est déterminant pour la santé de la personne et donc pour la qualité de vie.

1.8.4 Obésité

Perçue comme une problématique esthétique en lien avec le mode de vie basé sur une mauvaise alimentation, l'obésité est décrite comme un état physiologique « qui se définit par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle » qui peut impacter la santé négativement(38). L'obésité a des origines multifactorielle(2) et peut être impliquée dans le développement de maladies chroniques(9). Elle est nommée comme étant une « maladie aux

multiples conséquences »(9) par l'INSERM. L'apparition de l'obésité est liée à un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. D'après l'INSERM l'évaluation de l'obésité passe par le calcul de l'IMC tout en spécifiant que cette mesure n'apporte pas de visibilité sur la répartition de la matière grasse, d'après le conseil de l'AMA⁷ il n'existe pas de mesure fiable pour déterminer une situation d'obésité(39). La ligue contre l'obésité préconise de tenir compte de l'IMC, du tour de taille et de la répartition de la masse grasseuse (abdominale ou gynoïde)(40). Les avis divergent sur le fait de reconnaître l'obésité en tant que maladie, c'est pourquoi nous allons diviser en deux sous parties les perspectives politiques de la décision de parler de maladie en cas de situation d'obésité ou d'absence de maladie.

Les éléments en faveur de la reconnaissance de l'obésité en tant que maladie

D'après la ligue contre l'obésité, la reconnaissance de l'obésité comme maladie permettrait aux personnes en situation d'obésité d'avoir accès à une prise en soin global avec des spécialistes de la prise en soin de l'obésité qui auraient une connaissance des mécanismes et des origines plurifactorielles de l'obésité. De ce fait cela permettrait de lutter contre les discriminations dont ces personnes sont victimes en incriminant leur mode de vie et en remettant la responsabilité de leur état de sa santé sur leur alimentation et leur activité physique. Cela pourrait également permettre à des personnes en situation d'obésité qui en ont besoin d'avoir accès à l'affection longue durée si l'on considère que l'obésité est une maladie chronique et d'ainsi avoir accès à des remboursement permettant d'avoir à un plus grand nombre de professionnels de santé pouvant intervenir dans la prise en soin globale plébiscitée par la feuille de route demandée par madame la ministre de la santé(19).

Le fait de reconnaître l'obésité comme maladie permettrait aussi d'avoir plus de remboursement des soins ce qui éviterait les ruptures de parcours de soin et cela permettrait d'accès plus de recherche sur cette problématique de santé publique. Plusieurs organisations reconnaissent l'obésité comme une maladie dont L'OMS.

Le livre blanc rédigé par The Obesity Society « l'obésité en que maladie » apporte une conclusion qui corrobore avec les arguments décrits par la ligue contre l'obésité. En s'appuyant sur une approche utilitariste(41)(42), cette conclusion soutient que reconnaître l'obésité en tant que maladie pourrait apporter plus de points positifs que négatifs par les ressources qu'elle mobiliserait concernant « la prévention, le traitement et la recherche sur l'obésité »(42). Cela permettrait au personnel soignant d'avoir une approche plus adaptée permettant ainsi de réduire

⁷ American Medical Association

les discriminations et les stigmatisations dont peuvent être victimes les personnes en situation d'obésité.

Les éléments qui sont défavorables à la reconnaissance de l'obésité en tant que maladie :

Kyle et al. affirment en citant les mouvements militants « Fat Acceptation » et « Health at Every Size » que les personnes faisant parties de ces associations ne souhaitent pas voir l'obésité comme une maladie car cela serait support à développer la discrimination contre les personnes en situation d'obésité.

L'argument de la responsabilité personnelle de la personne en situation d'obésité est aussi mis en avant par Michael Tanner avec la crainte de vouloir renvoyer la gestion de la situation d'obésité à l'état(43)(35). Ce qui reviendrait à déresponsabiliser la personne de ses actes selon lui(35).

Certains experts de santé considèrent que les personnes en situations d'obésité ne sont pas toujours en mauvaise santé(39).

Concernant l'opinion public il est observé qu'une meilleure compréhension de l'obésité fait diminuer l'apriori qui consiste à croire que la situation de l'obésité repose sur ses choix personnels concernant son hygiène de vie(44).

Résumé des concepts

Le concept d'occupation montre que l'être humain est un être occupationnel, son accès aux occupations peut être entravé ce qui a pour conséquences d'impacter sa performance occupationnel, son engagement. L'accès à l'occupation est un droit fondamental, l'accès aux occupations significantes permet à l'être humain de s'engager dans ses occupations à tel point qu'il est un déterminant de santé. Le concept de santé ne se conditionne pas seulement par l'absence de maladie, il s'est récemment enrichi de la notion de bien-être et de qualité de vie, deux déterminants qui agissent en connivences avec l'environnement de la personne. Aborder la santé par les occupations c'est tenir compte d'un ensemble de paramètres indissociables lié à l'activité humaine et son environnement. Cela implique que l'on tienne compte de la notion de bien-être avec sa part subjectivité, qui peut être associée à la manière dont la personne vit ses occupations. L'obésité impacte la qualité de vie, elle est à l'origine de pathologie métabolique, pour autant le fait de reconnaître l'obésité comme une pathologie fait débat au sein du milieu scientifique, politique et publique. Pour autant son impact sur les occupations de la personne n'est pas identifié. Afin de mettre en tension les concepts évoqués ci-dessus,

il serait intéressant de recueillir l'expérience de personne en situation d'obésité dans le vécu de leur quotidien.

1.9 Problématisation théorique

Ces quatre concepts viennent éclairer la position ambiguë des politiques de santé concernant la reconnaissance de l'obésité en tant que maladie. Le concept de l'occupation et la science de l'occupation apporte un éclairage sur la place qu'occupe l'occupation et comment cette occupation s'imbrique avec l'environnement dans lequel nous la réalisons. C'est un tout qui devient un déterminant pour la santé de la personne. Avoir accès à ses occupations, comment nous les réalisons représente un réel enjeu de santé, au même titre qu'une modification de réalisation d'occupation ou une privation que peut avoir un réel impact sur la qualité de vie perçue par la personne. La corroboration des résultats de la revue de littérature, de l'enquête exploratoire et de cet apport théorique découle un questionnement menant à une question de recherche identique à la question initiale de recherche à savoir aller chercher le vécu de la personne en situation d'obésité dans sa vie quotidienne.

Quel lien établit-on entre la santé et l'obésité d'une personne ? une personne en situation d'obésité se sent elle comme une personne malade ? En quoi la situation d'obésité impact-elle la personne dans son quotidien ? Comment la situation d'obésité peut-elle influencer la réalisation d'une occupation ? connaît-elle des restrictions de participation dans ses occupations sur les plans personnels et professionnels ? Cela a-t-il un impact sur sa qualité de vie ? et donc sur sa santé ? a-t-elle accès à toutes les activités qu'elle souhaite faire ? est-ce sa situation d'obésité qui l'empêche d'avoir accès à toutes les activités qu'elle souhaite faire ? S'il y a une difficulté d'accès à une occupation, comment cela impacte sa santé ?

Question de recherche

Comment les personnes en situation d'obésité vivent-elles leurs occupations ?

Objet de recherche

Connaître le vécu des occupations d'une personne en situation d'obésité

2 Matériel et Méthode

2.1 Choix de la méthode

La méthode retenue est la méthodologie qualitative(45) centrée sur le récit de vie(46) de la personne.

D'après Busaidi, la méthodologie qualitative permet de comprendre un phénomène de manière globale et de l'analyser dans son contexte(45), notamment au travers du récit de vie (45). Le choix de l'entretien semi structuré se fait en lien la mise en place du récit de vie.

(Cf. Annexe 7 : Guide d'entretien)

2.2 Choix de la population

Les participants interrogé(e)s devront être âgé(e)s de plus de 18 ans. Les personnes devront être en situation d'obésité c'est-à-dire avoir un IMC supérieur ou égal à 30 ou avoir reçu un diagnostic d'obésité. Initialement deux participants étaient prévus. Cependant au vu de la situation sanitaire liée au Covid au moment de l'enquête et aux difficultés rencontrées pour sélectionner les participants une seule personne à finalement participé à l'étude.

2.3 Sites d'exploration

Les sites d'exploration de la recherche se sont portés dans un premier temps sur la participation volontaire de personnes et en complément les réseaux sociaux afin de trouver des personnes qui répondent aux critères de recherche.

En raison de la situation sanitaire et/ou de la situation géographique de la personne, cette demande lui sera adressée par mail.

2.4 Construction de l'outil des recueils de données

L'étude est basée sur un entretien de personnes. Afin d'assurer que l'entretien garantisse une approche éthique et respectueuse des participants, une pré-demande au comité d'éthique est faite par le biais du document « Formulaire d'information sur le dispositif de recherche des étudiant(e)s en ergothérapie pour préavis du Comité d'Éthique AMU » (cf. Annexe 9 : Formulaire d'information sur le dispositif de recherche des étudiant.e.s en ergothérapie pour pré avis de comité d'éthique AMU) avant de pouvoir lancer la recherche et de contacter les personnes (cf. Annexe 12 : Réponse mail du comité d'éthique). Les données sont recueillies par

le biais d'un entretien semi-dirigé(45), avec une question inaugurale et des questions de relances décrites ci-dessous.

2.5 Anticipation et stratégies d'atténuation des biais

Le thème abordé est le vécu de la personne sur ses occupations à travers son obésité dans la société Française en 2021, des relances sont décrites ci-dessous, afin d'approfondir certains points abordés par le participant.

L'objectif est de laisser place au récit de l'expérience de la personne par une écoute active avec le moins d'interruptions possible.

La personne a le droit de ne pas répondre aux relances, de mettre fin à l'entretien à tout moment, de demander d'effacer l'enregistrement et de se rétracter. (cf Annexe 8 : Matrice d'entretien questions de relance)

Un récapitulatif est présenté à la personne de ce qui va être abordé dans l'entretien avec l'explication de l'objet de la recherche de manière assez large afin de minimiser le risque de biais tel que le biais de désirabilité sociale et l'effet de Halo.

2.6 Test

Dans la mesure où nous sommes dans une méthode qualitative basée sur le récit narratif d'une personne, le test s'est déroulé lors d'un entretien par zoom de 45 min. La question inaugurale et les questions de relances établies dans la grille de questionnement sont testées.

La personne n'ayant pas lu la lettre d'information envoyé au préalable cela confirme l'importance de faire un rappel des droits de rétractation et du dérouler de l'entretien. La phase test a permis d'identifier les difficultés à recentrer le débat sur les occupations et à rester centré sur les questions de relances prévu dans la matrice.

À la suite du test les questions de relance ont été maintenues ainsi que la question inaugurale. Le thème du mémoire est expliqué lors du déroulé de l'entretien à savoir l'ergothérapie et la situation d'obésité.

2.7 Déroulé de l'entretien

Un entretien d'une durée d'une heure et demie environ est réalisé à distance par le logiciel Zoom®.

Le participant est accueilli par un remerciement de sa participation, par une présentation de l'étudiant qui mène l'entretien. L'étudiant décrit l'objet de sa recherche et introduit la

description des règles de l'entretien. Le document de non-opposition est renvoyé signé par la personne. (Cf. Annexe 13 : Formulaire de non-opposition Test signé). (Cf. Annexe 14 : Formulaire de non-opposition signé)

Les règles de l'entretien sont les suivantes :

La durée de l'entretien est d'une heure trente. L'enregistrement se fait par la fonction dictaphone du téléphone, les participants sont informés du moment où l'enregistrement de la discussion est lancée. Il est expliqué au participant que l'enregistrement des données peut être interrompu à tout moment s'il le souhaite. (Cf. Annexe 10 : Lettre d'information) (Cf. Annexe 11 : Formulaire de non-opposition).

À la suite de l'explication des modalités d'enregistrement, une présentation de l'étudiant est faite afin de rentrer en relation avec la personne interrogée, dans le but d'instaurer une relation de confiance et de favoriser la libre expression de la personne.

Les relances sont utilisées afin d'approfondir certains propos abordés par le participant. L'objectif est de laisser place au récit de l'expérience de la personne laissant place à une écoute active avec le moins d'interruptions possible.

La personne a le droit de ne pas répondre aux relances, de mettre fin à l'entretien à tout moment, de demander d'effacer l'enregistrement et de se rétracter.

Un récapitulatif de ce qui va être abordé dans l'entretien est présenté avec l'explication de l'objet de la recherche de manière assez large afin de minimiser le risque de biais tel que le biais de désirabilité sociale et l'effet de Halo.

Un consentement éclairé est mis en place avant chaque entretien par la signature d'un document envoyé par mail aux participants. Les participants doivent attester, en ayant lu et approuvé, les conditions de l'entretien, puis doivent renvoyer à l'étudiant le document signé avec la date et la mention « lu et approuvé » à partir de ce moment seulement l'enregistrement et l'entretien peuvent avoir lieu.

L'utilisation des données se fait dans le respect de l'anonymat des participants, par l'anonymisation des enregistrements de l'entretien dès le début du recueil des données.

Au début de l'entretien il est expliqué au participant qu'il sera nommé par Mme ou M. A ou B et que tout au long de l'entretien son nom et prénom ne seront pas mentionnés.

2.8 Choix des outils de traitements des données

Les données sont analysées selon la méthode décrite par Fraser par l'analyse ligne par ligne qui comporte sept étapes (46). Son discours est également analysé à travers les catégories du MTO :

- Les éléments géopolitiques
- Les éléments environnementaux physique
- Les éléments sociaux environnementaux,
- Les éléments liés à la tâche ou à l'activité
- Les éléments liés à l'utilisateur
- Les éléments socio culturels
- Les éléments temporels.

Les transcriptions ne contiennent pas de données personnelles. Les personnes enquêtées sont anonymisées dès le début de collecte des données.

Les données sont stockées sur un ordinateur personnel, puis seront détruites le 30 septembre 2021.

3 Analyse des résultats

- *Présentation de la personne*

Sonia a 35 ans, elle vit en couple à Marseille. Elle travaille dans le milieu associatif avec des adolescents. À l'âge de 11 ans elle se blesse la cheville. Sonia raconte que les opérations se sont étalées sur 4 ans. Elle explique que sa blessure a été mal soignée et mal diagnostiquée. Sonia raconte qu'en lien avec sa blessure elle n'a plus pu faire de sport jusqu'à ses 18 ans.

« J'ai arrêté de faire du sport en fait déjà, très tôt, alors que je pense que j'aimais plutôt ça en fait, que j'adorais aller au tennis, J'adoré faire du roller et j'ai et j'ai arrêté »

Sonia raconte que de là, sa prise de poids en lien avec sa situation d'obésité a débuté.

3.1 Le regard que la société porte sur l'obésité influence ses occupations

Tout au long de son récit Sonia fait référence à la norme présente dans différents domaines. Que ce soit le sport, la santé, l'habillement toutes ces normes n'incluent pas les personnes en situation d'obésités et amènent des discriminations.

Elle bénéficie de la sécurité sociale pour ses soins. La France ne reconnaît pas l'obésité comme une maladie, ce qui implique que la prise en charge des consultations sont remboursées en partie par la sécurité sociale pour les consultations de professionnels reconnus par la sécurité sociale. En revanche, les consultations de certains paramédicaux ne sont pas remboursées. Ceci implique que si Sonia souhaite avoir accès à une équipe de spécialistes, il se peut qu'elle ait des frais supplémentaires ou qu'elle ait besoin de se déplacer dans une autre ville. Cela montre que

dans le soin de la situation d'obésité, il faut avoir les moyens financiers permettant l'accès à des spécialistes ou des paramédicaux.

« La question financière (...) elle est plutôt, (...) sur le fait de pouvoir voir pleins de spécialistes sur la question » ; « Se déplacer parce que t'as vu tel spécialiste qui n'est pas à Marseille »

Sonia se déplace en **transport en commun**. A Marseille ces derniers ne sont pas adaptés au niveau des sièges pour les personnes en situation d'obésité. Sonia doit donc réfléchir à la place la plus adaptée par peur de gêner la personne assise à côté d'elle et éviter le contact physique. Cela implique qu'elle fasse preuve d'anticipation pour choisir sa place. Cela a pour conséquence de la renvoyer en permanence au fait que son corps ne correspond pas aux normes physiques du Français moyen. Elle ne se sent pas incluse dans la société. *« L'envie de disparaître ou alors d'être, d'être discret de se faire petit. Tu vois, et d'avoir un corps qui ne te permet pas ça. Tu vois qui ne te permet pas de te fondre dans, dans, dans la masse des gens tu vois »*

Ce manque d'inclusion se retrouve aussi lorsqu'il s'agit **de faire du shopping et de s'habiller**. L'agencement intérieur des magasins souvent trop étroit et les collections n'incluant pas de grandes tailles font que Sonia n'est pas à l'aise dans cet environnement. Les personnes en situation d'obésité ne sont pas visibles ou peu dans la mode et les quelques collections spéciales personnes obèses que l'on retrouve chez certaines marques sont nommés « curvy ». Cela montre bien que la personne en situation d'obésité ne fait pas partie de la société, elle n'existe pas. Sa satisfaction à réaliser une occupation importante pour elle en est impactée. Cela fini par être un moment de torture lorsque ses amies lui proposent une sortie shopping avec elles. Cela réduit sa participation à cette activité mais cela impacte surtout son moral et encore une fois lui renvoie son image et son physique non accepté. *« Tu vas faire les boutiques avec tes copines heu C'est hyper compliqué quoi » « C'est hyper dur. Tu vois, aucune personne qui te ressemble, Aucune fringues que tu peux essayer, ça cette devient de... un peu de la torture »*. De plus, les vêtements ne peuvent participer à revaloriser l'image qu'elle a d'elle-même en raison du peu de choix de vêtements à ses goûts et à ses besoins. *« Et à la fois avec cette conscience de son corps en plus, d'avoir un corps de femme en situation d'obésité. (...) mais il y eu un peu cette heuu questions tu vois des vêtements et du côté pratique » « Oui, c'est un questionnement tous les jours. Mais qui vraiment occupent une grande partie »*. Sonia décrit que le choix de la tenue est en lien avec une appréhension d'être jugée comme une personne en situation d'obésité mal habillée.

« Si je suis mal fringuée alors du coup alors on peut me dire que je suis mal fringuée, mais en plus on peut me dire « tiens regarde la grosse qui est mal fringuée ». Le fait de devoir tout le

temps se questionner sur comment va-t-elle ou comment doit-elle s'habiller représente une charge mentale pour elle. Par ailleurs son entourage ne comprend pas ces difficultés qu'elle peut rencontrer et augmente donc la gêne de Sonia.

Sonia a l'impression que les normes physiques de la société et les injonctions au corps, ont pour conséquence de faire ressortir des préjugés sur les personnes en situation d'obésité.

« Des préjugés qu'on peut avoir hum (réflexion) (silence), le préjugé que si tu fais du sport c'est seulement pour mincir hum le préjugé en fait que si t'es grosse c'est que tu te laisses aller tu vois ? c'est que t'as envie de mourir, t'aimes pas la vie, tu t'aimes pas assez pour »

Ces préjugés renvoient au fait que la personne est constamment regardée au travers de sa situation d'obésité. Elle n'est pas considérée en tant que personne à part entière. Ce qui implique que la personne doit constamment prouver qu'elle ne correspond pas aux aprioris. Cela peut entraîner une lassitude de devoir se justifier et prouver sa place et donc la désengager de certaines activités. Ses **limites physiques** dans ses activités sont plus rapidement atteintes ainsi sa performance n'est pas comprise par les autres. Elle doit donc faire face au jugement et s'adapter toujours aux autres dans des activités de groupe. Elle vit son activités dans la peur de se faire mal et elle culpabilise de ne pas être à la hauteur des autres.

Cela ne l'empêche pas de s'engager dans l'activité mais elle la vit avec des arrière-pensées négatives et elle ressent une solitude.

Sonia a dans son entourage, des personnes qui font des remarques très portées sur le jugement, avec des aprioris sur la situation d'obésité. A cause de cela Sonia reprend souvent les personnes de son entourage afin de lutter contre les aprioris et leurs préjugés. Elle n'a pas envie que le mot obésité soit utilisé comme une insulte et a peur d'être victime de discrimination. *« Voilà ça fait partie de Critère de discrimination que j'ai pas envie de de subir » « Reprendre toutes les remarques grossophobes que j'entends », « c'est plus un travail de pédagogie »*. Quand elle essaye d'aborder le sujet pour casser les aprioris, elle fait face à la gêne que procure le tabou et la fait se sentir incomprise et à l'écart à nouveau.

Que ce soit par sa famille proche ou des étrangers, par des moqueries ou de la négligence, Sonia ressent la discrimination faite en faire les personnes en situation d'obésité. Cela blesse sa confiance en elle. De plus, Sonia a l'impression que la situation d'obésité créer des biais sur la reconnaissance de **ses compétences**.

« (...) ne pas être assez compétente. T'as l'impression que c'est un peu ce truc-là qui va revenir en premier heu tu vois ? Le poids que c'est le poids qui va revenir (...) ça va être ce truc-là qui va te définir » Sonia a l'impression de devoir prouver plus que les autres personnes en situation d'obésité. Sonia explique que le mot « gros » devient un adjectif qualificatif qui définit son identité aux yeux des autres. Cette discrimination prend donc une forme plus importante au **travail** par ce poids de la compétence. Elle coupe les liens de communication entre la personne qui vit ces moqueries et ceux qui les expriment. Elle impacte aussi la personne en situation d'obésité en lien avec son engagement dans l'activité car elle peut se sentir mal à l'aise voire victime de harcèlement moral. Cela peut avoir une conséquence sur sa santé mentale et physique. Sa situation d'obésité impose de redoubler d'efforts par anticipation du jugement de l'autre. Un peu comme s'il y avait une relation de cause à effet amenant à des moqueries sur fond de préjugés.

La situation d'obésité peut être à l'origine de discriminations **en santé**. Sonia a rencontré des médecins qui n'ont pas été bienveillants avec elle lors de situations passées. Il y a eu des propos déplacés, condescendants et très éloignés de la réalité de sa situation en lien avec son obésité. Les conseils donnés étaient culpabilisants et jugeant car basés sur des aprioris.

« il n'y a aucuns Professionnels de santé qui a entendu ces remarques, et ces, ces inconforts de vie, tu vois parce que c'est pas un handicap en tout cas mais des petits inconforts. Et la, la solution, à chaque fois c'était la perte de poids quoi. Tout le temps je pense. »

L'impact de la blessure de cheville de Sonia est sous-estimé et n'est pas identifié en tant que tel dans l'apparition de sa situation d'obésité. Ce qui implique que les médecins rendent Sonia responsable de cette situation. Sonia décrit ses relations avec les médecins, comme centrées sur sa situation d'obésité. Aucune investigation n'a été menée concernant les possibles origines multifactorielles de sa situation d'obésité.

« Tu vois j'aurai aimé qu'on me recommande vers ce genre d'endroit avec des équipes pluridisciplinaire ou en fait, on me prend dans ma globalité. je ne sais pas j'aurai aimé qu'on me fasse passer un test pour savoir si tout allait bien, tu vois ? si ce n'était pas un problème hormonal. Tu vois j'aurai aimé des trucs comme ça avant qu'on me fasse comprendre que c'était de ma responsabilité »

L'obésité n'étant pas reconnue comme une maladie, les aprioris qui circulent peu importe l'environnement entraînent des discriminations. D'un point de vue éthique, Sonia n'a pas la place pour exprimer ses droits individuels et son droit à prendre ses propres décisions en matière de soin. L'occupation « prendre soin de sa santé », c'est à dire s'engager en santé, est limitée.

Sonia raconte l'impact que sa situation d'obésité a eu sur ses **relations amoureuses**. Une situation l'a particulièrement marqué. Sonia explique qu'à l'époque de ses 15 ans elle communiquait avec un garçon sur une messagerie instantané. Elle lui avait envoyé la photo de son visage uniquement, au vu de leurs photos ils se plaisaient mutuellement. Un jour ils décident de se rencontrer, Sonia décrit que le garçon a eu un comportement bizarre en la voyant, puis il n'a plus jamais voulu communiquer avec elle.

« J'ai toujours eu l'impression (silence) Que ce qui s'était passé, c'est que... c'est qu'il m'avait vu en vrai et que parce que (réflexion)...ah oui parce qu'on s'était envoyé des photos au moins de nos visages tu vois »

Cette situation lui a toujours laissé une sorte d'appréhension liée à son physique. Sonia explique que si elle ne prévient pas l'autre de sa situation, elle le vit comme un gros stress et peut même annuler le rendez-vous au dernier moment. Dans l'occupation des rencontres amoureuses, la situation d'obésité peut amener la personne à ressortir un gros stress au point de penser à se désengager de cette occupation par peur du rejet. Ce qui pourrait être à l'origine de situation de repli sur elle-même et l'empêcher de s'engager dans une relation.

3.2 Le regard que Sonia porte sur elle-même impact ses occupations

Sonia semble avoir intégré les moqueries et les discriminations comme normales. La situation d'obésité fait réagir les gens et impacte sa confiance en elle et son estime d'elle-même. Elle n'est pas prête à réagir, mais ne se sent pas légitime à se défendre sur le coup de la colère. Sonia se retrouve à toujours penser à l'autre et à faire passer les besoins des autres avant les siens comme lors d'une randonnée où elle anticipe en laissant partir ses amies devant de peur de les ralentir. De même que dans les transport en commun quand elle choisit une place qui ne gênera pas l'autre. Sonia ressent son corps comme illégitime à exister. Elle ne se sent pas légitime à faire passer ses besoins personnels avant ceux des autres.

« Je faisais une rando avec des potes et puis au bout d'un moment je leur ai dit allez-y partez devant, (...) moi je fais les trucs à mon rythme, je marche à mon rythme avec mes objectifs que je me suis fixée, moi toute seule dans cette idée de marcher »

Lors de cette randonnée l'environnement est souvent glissant et lui demande une vigilance supplémentaire et lui fait ressentir une peur permanente de glisser ou tomber, en lien avec sa problématique de cheville et de son poids. Ceci a pour impact de rappeler à Sonia les reproches du corps médical et des ami(e)s qui l'accompagnent lors de **l'activité physique** et de lui faire

ressentir ses limites physiques et corporelles avec pour impact de lui donner des pensées culpabilisantes et des peurs. La conséquence pour Sonia est qu'elle commence donc une activité en groupe et finit cette activité seule.

« C'est quand même un peu difficile parce que soit « ok » tu dis aux autres de partir devant, de pas t'attendre. Mais dans ce cas, tu passes un moment très solitaire à marcher alors que tu fais une sortie collective, soit les autres t'attendent et ça peut provoquer de l'énerverment ou de l'agacement ou de l'ennui de... pour eux... »

La situation d'obésité de Sonia impacte la manière dont l'occupation se déroule et comment Sonia la vit avec la conséquence de ressentir un moment de solitude.

Les normes de l'environnement matériel ne cessent de rappeler à Sonia la place qu'occupe son corps dans l'espace. La situation d'obésité crée une sensation de malaise dans le vécu de ses occupations. Sa situation d'obésité impose de redoubler d'efforts par anticipation du jugement de l'autre.

Sonia raconte que récemment, avec son conjoint et ses ami(e)s, ils avaient décidé d'aller à la plage. Sonia doit donc trouver une tenue vestimentaire adaptée, qui ne risque pas de lui créer d'irritations, mais aussi de penser à prendre une crème pour le frottement des cuisses.

« Et en fait moi, j'étais en train de chialer un dimanche matin, en train de dire à mon mec « je veux plus y aller, y a rien qui me va, j'ai aucunes tenues » »

L'occupation « s'habiller » est tellement compliquée qu'elle dégrade l'état émotionnel de Sonia qui envisage même de se désengager de l'activité avec son conjoint et ses ami(e)s.

La déception, la peur du jugement mais aussi la privation d'occupations significatives entraîne un déséquilibre occupationnel dans la réalisation de ses activités personnelles. Elle ne ressent pas un état de bien-être dans les occupations qui gravitent autour de l'habillement. Cela dégrade sa qualité de vie et donc sa santé de manière évidente.

Sonia exprime quelques difficultés à échanger sur sa situation avec son entourage. Cela lui fait sentir que cette situation d'obésité reste taboue.

« L'éléphant dans la pièce quoi, il est là, mais on n'en parle pas on fait comme si ça n'était pas là. » Sonia vit ce manque d'échange comme si ses amies et son conjoint niaient ce qu'elle vivait. *« Si on n'en parle pas j'ai l'impression que soit c'est parce que c'est inexistant et ils n'ont pas compris ce que moi j'étais en train de vivre ».* Cela participe à son sentiment de ne pas être légitime.

3.3 Son vécu amène des questions qui amorcent un processus de changement

Sonia s'est ouverte sur son ressenti sur sa situation d'obésité. Comme celle-ci vient impacter les relations de Sonia, elle ressent le besoin d'expliquer ce qu'elle vit, car elle a le sentiment de ne pas être comprise : elle aimerait que la réflexion de ses proches aille au même rythme que la sienne. Pour Sonia, la situation d'obésité constitue une part d'ombre de sa vie, une partie de sa façon d'être et de participer à ses occupations que son entourage ignore ou ne voit pas. Sonia aimerait qu'ils se renseignent sur la situation d'obésité, dans le but de comprendre cette situation. Malheureusement la démarche est plus difficile à faire. Le sujet est simplement évoqué mais jamais approfondit et souvent laissé de côté. Pour que sa situation d'obésité soit mieux comprise, elle a conscience que cela doit passer par le dialogue avec ses proches car elle ne veut se sentir incomprise et être victime de remarque.

Pour amorcer ce changement, Sonia raconte qu'elle a fait le lien entre l'état de santé de sa mère, qui est en situation d'obésité, et sa propre santé. La situation d'obésité de Sonia lui provoque des peurs et des inquiétudes au sujet de sa santé. Elle veut donc un corps en bonne santé. *« Tu vois entre la bonne santé, avoir le bon corps, le bon corps dans le sens d'un truc qui répond aux standards de notre société et ne pas mourir à 45 ans ».*

Les standards de beauté sont parfois tellement présents qu'ils amènent la personne en situation d'obésité à se focaliser sur l'aspect esthétique et non plus sur sa santé. La situation d'obésité questionne Sonia sur l'impact qu'à cette situation sur son engagement dans ses occupations, la possibilité de les réaliser ou non et la satisfaction que cela lui procure de pouvoir les faire. De ce fait elle entreprend un travail sur elle pour accepter son corps. Pour pouvoir l'amener vers une meilleure santé.

Différents éléments de sa vie semblent être soutenant pour ce processus de changement.

Sonia raconte comment une culture et un environnement peuvent impacter l'acceptation de son corps. Ici la culture méditerranéenne se montre plus ouverte aux corps avec des formes, cela aide Sonia à vaincre sa peur de son corps exposé aux yeux des autres en raison du climat de sa ville du Sud de la France.

Les activités signifiantes de Sonia l'aident à se dépasser et à maintenir son engagement occupationnel. Sonia exprime se rendre compte qu'elle aime se déplacer, elle y prend du plaisir

; elle aime sortir, aller danser, marcher dans les calanques. Contrairement aux idées reçues Sonia est très active malgré les difficultés en lien avec ses limites physiques lorsqu'elle fait des activités sportives en groupe. De plus, les changements d'occupations comme l'arrivée du télétravail ont permis à Sonia de trouver un équilibre dans l'énergie qu'elle dépense pour chacune de ses activités signifiantes « *Par exemple je suis bien contente d'avoir été en télétravail, parce que hier, on a beaucoup marché. Et donc Je sais que ça aurait été difficile d'avoir une journée ou je dois marcher beaucoup.* »

En plus de cela, Sonia s'informe sur les réseaux sociaux, elle consulte des pages Instagram® de personnes faisant partie de collectifs qui luttent contre la grossophobie et prônent l'acceptation du corps. Cela a alimenté sa réflexion sur des sujets tel que « *voir la manière dont les personnes obèses, étaient traitées* ».

Elle a pris conscience que depuis son enfance, influencée par le contexte culturel français, elle a intégré beaucoup de choses comme « normales », norme dans laquelle elle ne se reconnaît plus. « *Je pense que je me suis reconnue dans certaines choses, Et puis, je pense qu'il y a quelques trucs que j'avais dû intégrer comme normal, dans ma vie tu vois, dans la manière dont on me parle ou Euh, qu'on me considère* ». Les réseaux sociaux lui ont fait prendre conscience de ce qu'elle tolérait avant et ce qu'elle ne tolère plus maintenant et ce qu'elle ne doit plus tolérer. Sonia a donc commencé un travail qui consiste à accepter son corps et sa situation d'obésité, visant à retrouver la légitimité d'exister dans ce corps et pouvoir faire valoir ses droits et ses choix en tant que personne. Sonia raconte qu'elle ne souhaite pas être la porte-parole des personnes en situation d'obésité. « *Je ne suis pas le porte-parole des personnes en situation d'obésité* » *Je vis moi ma vie d'une manière dont je l'entends. D'autres le font d'une autre manière.* » La situation d'obésité a un impact différent chez chaque personne qui la vit, au même titre que le vécu d'une occupation est propre à chacun.

Sonia dit avoir conscience qu'un changement doit s'opérer, et exprime le besoin de se sentir forte pour s'affirmer et notamment se confronter au personnel médical en qui elle n'a plus confiance. Dans le futur, Sonia souhaiterait avoir une prise en soins pluridisciplinaire mais avant de pouvoir s'engager dans ce changement, elle veut trouver la force d'affronter le corps médical et être suffisamment forte pour exprimer ses besoins ou ses désaccords avec leurs propositions.

4 Discussion

4.1 Interprétation des résultats et éléments de réponses à l'objet de recherche

Contrairement aux recommandations de l'HAS(1), les personnes en situation d'obésité n'ont pas systématiquement de propositions de prise en soin pluridisciplinaire. En effet dans l'entretien la personne n'a pas eu de proposition d'orientation vers des spécialistes, d'investigations sur ses paramètres biologiques et d'évaluation de sa qualité de vie(12)(1). Pourtant dans l'entretien il ressort que la situation d'obésité impacte la personne sur ses occupations et sa qualité de vie. Ce qui corrobore l'étude australienne qui montre la relation bidirectionnelle qu'il y a entre L'IMC et la qualité de vie(25).

Une étude(23) dit que l'engagement en santé de la personne est lié à l'absence de conscience de son état de santé. A l'inverse, dans l'entretien il ressort que ceux sont les préjugés en lien avec la situation d'obésité et la posture qu'ont les médecins vis-à-vis de la prise en soin de la personne qui ont pour conséquence une problématique d'engagement de la personne. En effet, dans l'entretien il ressort que son état psychologique serait déterminant pour s'engager en santé, avec pour objectif de se sentir assez forte mentalement pour pouvoir prendre possession de son programme de soin et être en mesure de refuser ce qui ne lui convient pas.

Le récit de vie vient confirmer le fait que la prise en soin de l'obésité reste centrée sur la perte de poids et l'activité physique de la personne. Cela corrobore les résultats de la revue de littérature qui fixe les objectifs de prise en soin sur une perte de poids de 15 à 20% (19). Dans le récit de vie nous retrouvons un besoin et une volonté d'avoir une prise en soin globale accompagnée de plusieurs professionnels de santé ce qui va dans le sens des nouvelles directives de la prise en soin de la personne en situation d'obésité(19). Bien qu'une approche globale soit plébiscitée dans le récit de vie de la personne et par la ligue contre l'obésité(40), la personne en situation d'obésité se heurte toujours au fait de sa responsabilité en lien avec son état de santé et se retrouve parfois sans situation thérapeutique comme cela est le cas dans le récit de vie, voire même victime d'a priori de la part des professionnels de santé(44). Dans le récit de vie il y a la question des a priori de la situation d'obésité de la personne. Les résultats montrent que ces a priori sont liés à un manque d'information sur la situation d'obésité. Cela corrobore l'étude canadienne (21) qui explique qu'après une formation sur la situation d'obésité les a priori des ergothérapeutes diminuent et leurs permet d'identifier des objectifs de prise en

soin pour cette population. Cela pourrait venir expliquer la non-réponse de la question 14 du questionnaire proposé aux ergothérapeutes lors de l'enquête exploratoire.

La revue de littérature aborde ce que la vision des politiques de santé(1)(19), la place de l'ergothérapeute et l'impact de la qualité de vie sur le poids de la personne en situation d'obésité mais elle n'apporte aucun élément en lien avec le vécu de la personne en situation d'obésité.

La situation d'obésité est apparue en lien avec une rupture des occupations significatives de la personne en lien avec une blessure à la cheville. Si l'on s'appuie sur le concept de l'occupation, et plus précisément sur la science de l'occupation le fait de ne pas pouvoir avoir accès à une occupation significative a un impact sur sa qualité de vie et la santé de l'utilisateur en lien avec la privation occupationnelle et la problématique d'engagement dans des activités significatives.

4.2 Critiques du dispositif de recherche

Au commencement de ce travail je pensais que l'obésité était une maladie, reconnue comme telle en France. Cela a probablement influencé la construction de ma question de recherche et de mon équation de recherche. La question de recherche aurait pu être affinée car j'ai eu des difficultés à faire ressortir des thématiques. La revue de littérature s'est complétée tout au long de la recherche.

Concernant l'enquête exploratoire, le questionnaire avait pour but de recueillir l'avis des ergothérapeutes sur la prise en soin de l'obésité. Après avoir envoyé le questionnaire, j'ai continué d'élargir ma revue de littérature par des recherches. Ce qui m'a fait prendre conscience que j'aurais aimé avoir d'autres réponses, et certaines questions auraient pu être tournées différemment.

Concernant le dispositif de recherche de l'entretien en lien avec la situation sanitaire, les entretiens ont eu lieu à distance. Cela a probablement diminué la qualité de l'entretien car il est plus difficile d'analyser le langage non verbal par visioconférence.

Le contact de personnes sur les réseaux sociaux s'est montré infructueux car la plupart de ces personnes sont créatrices de contenu et donc vivent de ce travail. D'où la difficulté de dégager du temps pour participer à des recherches comme celles-ci.

L'entretien a révélé l'intérêt de la pratique en ergothérapie pour les personnes en situation d'obésité. Un seul entretien reste une analyse thématique, même si elle s'appuie sur le MTO. Cela ne permet pas d'atteindre la saturation des données. De ce fait le nombre restreint d'entretiens ne permet pas de transférer les résultats de la recherche à d'autres personnes dans la même situation.

Il aurait été intéressant de pouvoir confronter d'autres récits de vie afin d'étayer la recherche. Les résultats pourraient être exploités par la confrontation de cette étude à d'autres études similaires.

4.3 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

La recherche apporte un éclairage sur l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes en situation d'obésité. L'intervention se place dans l'identification des objectifs en vue de promouvoir la participation de ces personnes dans leurs occupations et d'améliorer leur qualité de vie. La complexité de la situation de l'obésité est peu prise en compte et est fondée sur des idées préconçues. Cela ressort à travers le récit de vie de la personne mais aussi dans les conseils et bonnes pratiques des politiques de santé.

A travers le récit de vie nous constatons que passer à côté d'une disruption occupationnelle de la personne peut avoir des impacts sur sa santé. En tant que professionnels de l'occupation nous pouvons avoir un rôle à jouer dans l'identification de ces situations qui touchent considérablement la santé des personnes en situation d'obésité. Déculpabiliser la personne ne reviendrait pas à la déresponsabiliser mais au contraire à lui permettre de s'engager dans l'occupation qu'est « prendre soin de sa santé ».

Les résultats de la recherche analysés selon le modèle du MTO laissent entrevoir des pistes de réflexion. L'intérêt d'un modèle est qu'il aborde les occupations en connivence avec les conditions environnementales dans lesquels la personne les réalise. De plus nous pouvons faire l'hypothèse que l'entretien avec la personne en situation d'obésité, avec qui l'on aborde les seuls objectifs centrés sur la perte de poids et l'alimentation ont sûrement été conditionné à ne parler que de ces problématiques lors des consultations. Ce qui confirme l'intérêt d'envisager la prise en soin de la personne au travers d'un modèle centré sur l'occupation.

L'utilisation d'un modèle peut permettre également de se prémunir des idées reçues et de passer à côté de zones d'ombre plus implicites que les seules problématiques du poids et de l'alimentation de la personne en situation d'obésité.

En se renseignant sur les bonnes pratiques des politiques de santé il est difficile d'établir des objectifs de prise en soin pour la pratique en ergothérapie. De ce fait la complexité de la situation d'obésité et toutes les sphères qu'elle impacte au niveau occupationnel pourraient être approfondies lors du cursus universitaire des étudiants ergothérapeutes et pourrait aider à lutter contre les idées reçues.

Ainsi nous avons un rôle à jouer dans le fait de transmettre ses informations au sein d'une équipe pluridisciplinaire. En effet étant professionnel de l'occupation nous avons les clés pour analyser la partie invisible de la situation d'obésité c'est-à-dire l'impact de l'engagement de la personne dans ses occupations significantes et significatives et la satisfaction qu'elle en ressent. En permettant/prônant l'habileté à l'occupation et ce dans le but de promouvoir un état de santé dans une situation qui impacte la vie de la personne dans tous les domaines.

Cette approche que nous avons pourrait être communiquée aux étudiants en ergothérapie afin de diminuer voire supprimer les a priori sur la situation d'obésité et leur permettre d'être confiants quant à l'importance du rôle à jouer dans l'accompagnement de cette population.

La limite reste que les champs disciplinaires de l'ergothérapie dans l'accompagnement et l'habilitation des occupations de la personne en situation d'obésité sont encore méconnus en France, une des raisons hypothétique à cette limitation de pratique peut être également dûe au coût financier que ces soins/accompagnements pourraient entraîner.

4.4 Propositions et transférabilité des résultats dans la pratique professionnelle

Pour ce faire nous pouvons soutenir notre approche par l'utilisation de modèle tel que le modèle transactionnel de l'occupation et l'approche centrée sur la personne, ainsi notre vision holistique pourrait être support à l'expression de la personne sur sa situation de problématique occupationnelle.

Le recueil des besoins, nos compétences en matière d'approches centrées sur la personne, les modèles dont nous disposons dans notre pratique sont des éléments qui permettent d'éclaircir ce que l'ergothérapie peut apporter, c'est à dire permettre à la personne de s'engager pour sa santé. Ainsi une approche occupationnelle qui prend en compte la connivence qu'il y a entre le contexte situationnel et les éléments de l'occupation seraient vecteurs de santé.

Bibliographie

1. recommandation_obesite_adulte.pdf [Internet]. [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf
2. Vandebroek IP, Goossens DJ, Clemens M. Tackling Obesity: Future Choices — Obesity System Atlas. :46.
3. Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) - Canadian Occupational Performance Measure (COPM) | Institut Nazareth et Louis-Braille [Internet]. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.inlb.qc.ca/professionnels-recherche/mcro-fiche-orvis/>
4. Caire J-M, Schabaille A. Engagement, occupation et santé: une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie [Internet]. Paris: Association nationale française des ergothérapeutes; Disponible sur: http://univ-amu.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwY2AwNtIz0EUrE1Iski1TgWWlsXFacpKheVqaiWGqQaIxsHVubmKSCj6YKdjDyMPDLDDCyJWJAXbbFWIIozQvs0w3Mb dUL60I3m3Mzs9IBHctdSHLLaF71nKAHoLcpmEIbmEDO_SsRkbAxMvCwOru6BziD-ycGQG7BaAzMQ0sIYfwwPmgs59AdgGtQqpn3AQZWEB7D4QYmNKKRBgUXPPSoUtT dBTy4acBK6SWKBQDw-PwSIEGOTfXEGcPXahR8VCPxENdZCTGwALs3adKMCgYmyemphqJJKelJYH2iZqCDpg3NjRMMrc0SLEAhpIkgzgOQ6RwysgwsKYBE2-qLAMHLNzkoH4HAExycuk
5. Jessen-Winge C, Ilvig PM, Jonsson H, Fritz H, Lee K, Christensen JR. Obesity treatment: a role for occupational therapists? *Scand J Occup Ther.* 16 janv 2020;1-8.
6. ICI.Radio-Canada.ca ZS-. Inclusion de nouvelles disciplines dans le traitement de l'obésité [Internet]. Radio-Canada.ca. Radio-Canada.ca; [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1727831/obesite-guide-physiotherapie-ergotherapie-multidisciplinaire-biais>
7. OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/>
8. OMS | Obésité [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/obesity/fr/>
9. Obésité [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
10. Le Strat Y, Melchior M, Gorwood P, Tebeka S, Dubertret C. The role of comorbidity in the association of obesity with unemployment and disability. *Ann Epidemiol.* 1 mai

2020;45:61-8.

11. McCafferty BJ, Hill JO, Gunn AJ. Obesity: Scope, Lifestyle Interventions, and Medical Management. *Tech Vasc Interv Radiol*. 1 mars 2020;23(1):100653.
12. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie
13. Brousse C, Boisaubert B. La qualité de vie et ses mesures. *Rev Médecine Interne*. 1 juill 2007;28(7):458-62.
14. Ferrans CE, Powers MJ. L'indice de qualité de vie : développement et propriétés psychométriques. *Rech Soins Infirm*. 2007;N° 88(1):32-7.
15. Julia C, Hercberg S. Épidémiologie de l'obésité en France. *Rev Rhum Monogr*. 1 févr 2016;83(1):2-5.
16. Emery C, Lafuma A, Khoshnood B, Fagnani F, Dinot J, Sermet C. Évaluation du coût associé à l'obésité en France. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 juin 2007;1(2):28-34.
17. [compte_rendu_1er-seminaire-obesite-5avril2012.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/compte_rendu_1er-seminaire-obesite-5avril2012.pdf) [Internet]. [cité 23 janv 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/compte_rendu_1er-seminaire-obesite-5avril2012.pdf
18. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. *Ma santé 2022 : un engagement collectif* [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
19. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. *Prise en charge de l'obésité : Agnès Buzyn présente la feuille 2019-2022* [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 23 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/prise-en-charge-de-l-obesite-agnes-buzyn-presente-la-feuille-2019-2022>
20. Nielsen SS, Christensen JR. Occupational Therapy for Adults with Overweight and Obesity: Mapping Interventions Involving Occupational Therapists. *Occup Ther Int* [Internet]. 30 oct 2018 [cité 14 juin 2020];2018. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6232807/>
21. Forhan M, Law M. Évaluation d'un atelier sur l'obésité conçu pour les ergothérapeutes. *Can J Occup Ther*. 1 déc 2009;76(5):351-8.
22. Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, et al. Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*. 1 déc 2014;9(4):302-28.

23. Netgen. Comment accompagner les patients obèses dans un processus de changement à long terme ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-511/Comment-accompagner-les-patients-obeses-dans-un-processus-de-changement-a-long-terme>
24. [TRIBUNE] Pourquoi il est urgent que l'Etat reconnaisse enfin la maladie obésité, corrige ses erreurs et opte pour une vision globale [Internet]. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://liguecontrelobesite.org/plaidoyer/tribune-pourquoi-il-est-urgent-que-letat-reconnaisse-enfin-la-maladie-obesite-corrige-ses-erreurs-et-opte-pour-une-vision-globale/>
25. Cameron AJ, Magliano DJ, Dunstan DW, Zimmet PZ, Hesketh K, Peeters A, et al. A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal AusDiab study. *Int J Obes.* févr 2012;36(2):295-303.
26. Serrano-Aguilar P, Muñoz-Navarro SR, Ramallo-Fariña Y, Trujillo-Martín MM. Obesity and health related quality of life in the general adult population of the Canary Islands. *Qual Life Res.* 1 mars 2009;18(2):171-7.
27. Townsend EA, Polatajko HJ, Cantin N, Association Canadienne des Ergothérapeutes. Habilitier à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation [Internet]. 2e édition. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2013. Disponible sur: http://univ-amu.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwY2AwNtIz0EUrE1KSgNVkipFBsnmqqYWhYZpZkqWRYYoFMikbJhsYg4_yDPYw8vAwC4wwckXslkYMYZTmZZbpJuaW6qUVwbuN2fkZieCupS5kuSV0z1oO0EOQ2zQszQ2MLIH9eVYjI2DaZWFgdXd0DvEHbyS3NAUdxGdgDD31CcYH7eUBWQW0CamacRNkYAFtPRBiYEorEmGQ9IAcoZ1apHB4gUKOej78PGBRBlk31xBnD12oGfFQD8RDXGIkxsAC7NSnSjAoJCampBkZmRulJRunmRgmmSalpiWZAWMVWJsnGgB7DZIMYtjNkMIic3AZQS-qgE0PCDDwJoGTL6psgwcsJCTg3ofAJ4tcjM
28. Pierce D, Morel-Bracq M-C. La science de l'occupation pour l'ergothérapie [Internet]. Bruxelles: De Boeck supérieur; 2016. Disponible sur: http://univ-amu.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwdV1LT8MwDLZglXblNfEayo1TR5WobXxE00YPIITYgduUJq6YGGyqNP4Tv4M_htOGDiE4JpHi2LLif4fAEqOkvjXnVBp1JkmTCzlmGnjklTJ0DdVNY6a4PfHQhZf9vAkJ9ts6a0LY_O2eI_N62ZU1R1sfFk9mwZaxm24ZchZWzJDbTcNTJHN8S5EkiE-q390cz2e3TM2kypVbLebtoPe-dGNfVKTJ8WUfpiZ6R70fOrBPuxU9QH078K39yFc3RoRTJVwJJaXq642sFizMvAM1b6QwedHbdYLOoLhdDIbF3EgMg8cztujujgH0GPXTMQiNnkUzuzK8rJtqHNIU5OixLa9UJDP7e4_S_hTPmxx94rf_gHKKK9ZuG0P8W7UWQzxfmOX3w

29. Fisher AG. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Center for Innovative OT Solutions; 2019.
30. Csikszentmihalyi M, Bouffard L. LE POINT SUR LE FLOW. *Rev Québécoise Psychol.* 2017;38(1):65-81.
31. Kantartzis S. Conférence commémorative du Dr Elizabeth Casson 2019: Changer notre objectif. Favoriser le potentiel de l'occupation et de l'ergothérapie dans un monde complexe. *Br J Occup Ther.* 1 sept 2019;82(9):553-66.
32. Constitution [Internet]. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
33. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. :69.
34. Giroux É. *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*. Presses Universitaires de France; 2010. 97 p.
35. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. *Endocrinol Metab Clin North Am.* sept 2016;45(3):511-20.
36. Mercier C, Filion J. La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. *Santé Ment Au Qué.* 5 juin 2006;12(1):135-43.
37. Moigne PL. La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? *Sci Soc Sante.* 2010;Vol. 28(3):75-84.
38. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
39. Is Obesity a Disease: Debate, Why & Who Is Defining It [Internet]. Healthline. 2019 [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.healthline.com/health/is-obesity-a-disease>
40. L'obésité | Ligue Contre l'Obésité [Internet]. [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://liguecontrelobesite.org/fr/obesite-le-grand-mensonge/>
41. L'utilitarisme en santé publique. :12.
42. Allison DB, Downey M, Atkinson RL, Billington CJ, Bray GA, Eckel RH, et al. Obesity as a Disease: A White Paper on Evidence and Arguments Commissioned by the Council of The Obesity Society. *Obesity.* 2008;16(6):1161-77.
43. Michael D. Tanner [Internet]. Cato Institute. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cato.org/people/michael-d-tanner>
44. Apfeldorfer G. De manque de capital-minceur en faute esthétique, le corps de l'obèse est une honte [Internet]. *Trop gros ? Autrement*; 2009 [cité 10 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/trop-gros--9782746712683-page-136.htm>

45. Al-Busaidi ZQ. Qualitative Research and its Uses in Health Care. Sultan Qaboos Univ Med J. mars 2008;8(1):11-9.
46. Fraser H. Faire des recherches narratives: analyser des histoires personnelles ligne par ligne. Qual Soc Work. 1 juin 2004;3(2):179-201.
47. Doing Narrative Research: Analysing Personal Stories Line by Line - Heather Fraser, 2004 [Internet]. [cité 3 avr 2021]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1473325004043383>
48. dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_pour_la_sante_-_25.03.2019.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2019/03/dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_pour_la_sante_-_25.03.2019.pdf

Annexe 1 Tableau des résultats des banques de données

Annexe 2 Synthèse de l'analyse de la revue de littérature

Annexe 3 Matrice du questionnaire

Annexe 4 Questionnaire

Annexe 5 Données Bruts du questionnaire

Annexe 6 Matrice Conceptuelle

Annexe 7 Guide de l'entretien

Annexe 8 Matrice des questions de relance de l'entretien

Annexe 9 : Formulaire d'information sur le dispositif de recherche des étudiant.e.s en ergothérapie pour préavis du Comité d'éthique AMU

Annexe 10 : Lettre d'information

Annexe 11 : Formulaire de non-opposition

Résumé et mots clefs

Abstract and Keywords

Annexes 1 : Tableaux des résultats des banques de données

Total à partir des mots clefs	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
26968	PubMed	136	136	2136	1
	BDSP	8518	4987	2397	
	Cochrane	20	3	19	
	Cairn	80	0	0	
	Google scholar	17600			3
	SAGE	603	11	0	1
	EM Premium	11	1	0	

Annexe 2 : Synthèse de l'analyse de la revue de littérature

Source s	Nive au de scient ificité	Thème	Population	Méthode utilisé	Approche théorique	Principaux résultats	Question dimension qui n'est pas abordée
Google scholar Revue médicale suisse	+	Accompagne ment des patients obèse dans un processus de changement à long terme	Adultes obèses	Cohorte	Autonomisation du patient Approches multidisciplinaires de L'obésité La place du thérapeute. La place de l'entretien Motivationnel dans le processus de changement du patient.	L'approche Multidisciplinaire plus efficace, d'autant plus si elle est combinée à de l'éducation thérapeutique dans la prise en soin de l'obésité.	Le ressenti du patient face à ce type de prise en charge.

Pub Med	+++	Cartographie des interventions D'ergothérapeutes dans l'obésité et le surpoids chez l'adulte	Adultes en surpoids ou en obésité de 18ans et plus.	Revue de littérature	Étude de l'impact de la présence d'ergothérapeute dans la prise en soin de l'obésité et du surpoids. Tous les titres /résumés ont été sélectionnés pour leurs pertinences sur le sujet	Les articles étudiés rapportent. La présence de l'ergothérapeute dans la prise en soin de la perte de poids des patients a un impact positif, or ne sait pas encore définir pourquoi et par quels actions l'ergothérapeute a un impact positif.	Exclusion d'articles non pertinents pour l'ergothérapie et l'obésité et le surpoids. Sont exclus la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et les interventions à titre préventif pour l'obésité.
Google scholar	++	Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse	Personne en situation d'obésité en France	Rapport	situation d'obésité Autonomisation du patient approche global centrée sur la personne Démarche éducative tient compte des besoins des		L'intervention de l'ergothérapeute au sein de l'éducation thérapeutique

					objectifs et du vécu du patient et du référentiel de bonnes pratiques Proposition de gradation de l'éducation thérapeutique avec l'ETP de proximité et ETP de recours. Objectif ETP : aider le patient à mieux vivre avec le handicap que constitue l'obésité.		
					Cinquante et un ergothérapeute participent à un atelier sur l'obésité		
Sage	+++	An evaluation of a workshop about obesity designed for occupational therapists	Ergothérapeutes canadiens	Etude randomisée	Cinquante et un ergothérapeutes participent à un atelier sur l'obésité.	L'analyse montre un changement dans des croyances des ergothérapeutes au sujet des personnes obèses et les ergothérapeutes se déclarent mieux préparer à l'accueil de	Les enfants

						<p>personnes en situation d'obésité après leur participation à l'atelier sur l'obésité. Une enquête randomisée de la communauté des ergothérapeutes canadien sur leurs connaissances de l'obésité permet d'établir le contenu de la formation. Reconnaissance du potentiel de l'intervention des ergothérapeutes pour permettre l'occupation des personnes en situation d'obésité.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

Google scholar	+++	A bi-directional relationship between obesity and health-related quality of life: evidence from the longitudinal AusDiab study	Adulte australien ayant plus de 25 ans au moment d'intégrer l'étude	Etude longitudinale Rando misee	Il existe un lien entre la variation de l'imc et la variation de la qualité de vie des personnes. Quand l'imc augmente la qualité de vie diminue et lorsque l'imc diminue la qualité de vie augmente, ce qui d'après l'étude pourrait faire de la qualité de vie un prédicteur de prise de poids. S'intéresser à la qualité de vie pour la gestion du poids pourrait avoir un impact bénéfique.	Exclusion des personnes présentant un cancer autre que le cancer de la peau	
Google scholar	++	Recommandations de l'HAS prise en charge de l'obésité	Patients adultes en surpoids et obésité		Le patient en situation d'obésité doit bénéficier d'un accompagnement par le médecin traitant+ nutrition		L'approche occupationnelle
Google scholar	*	Prise en charge de l'obésité : Feuille 2019-2022	Patients adultes et enfants en situation d'obésité	Communiqué de presse	Prévenir et coordonner les soins de santé Traitement des complications Approche globale des soins		Le vécu de la personne en situation d'obésité

Google scholar	*	Ma santé 2022	Population Française	Recommandation de bonnes Pratiques	Lutter contre les inégalités de soins/ meilleure organisation des professionnels de santé et du système de santé		
Google scholar La revue de médecine interne	+	Mise au point des Mesures de la qualité de vie	Population en générale	Définition de la qualité de vie Mesure de la qualité de vie Recherche sur la qualité de vie	Evaluer la qualité de vie en santé public	Nouvelles échelles de mesures plus efficace Intérêt pour la santé du patient	
Google scholar	+	Occupational therapy for adults with overweight and Obesity	Cartographie de l'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes en situation d'obésité	Revue de littérature	Evaluer l'impact de l'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes en situation d'obésité		

Annexe 3 : Matrice du questionnaire

Variable	Indicateur(s)	Intitulé	Modalités de réponse	Objectifs
Le consentement de participation		Acceptez-vous de participer à l'enquête ?	Oui/non	Loi Jardé et affirmation du consentement
La population	Sexe	Vous êtes de sexe ?	Choix multiples / semi-ouverte : - Féminin - Masculin - Autre :	Influence du sexe du thérapeute sur la prise en soins de la personne en situation d'obésité
	Age	Quel âge avez-vous ?	Réponse libre	Influence de l'âge du thérapeute sur la prise en soins de la personne en situation d'obésité
	Lieu de formation	Dans quel IFE avez-vous fait vos études ?	Choix multiples / semi-ouverte : - Alençon - Berck sur mer - Auvergne Clermont-Ferrand - Créteil - Evreux la Musse - Hyères - Laval - Meulan les Mureaux - Marseille - Montpellier - Adere-Paris - Assas - Rennes - Rouen - Toulouse - Croix rouge Tours - Lyon 1	Influence du lieu de formation sur les connaissances et la prise en soins de la personne en situation d'obésité

			<ul style="list-style-type: none"> - IFEN - Mulhouse - Lorraine et Champagne Ardenne - Amiens Picardie - IFRES - De la Musse - Bordeaux - ILFOMER - Poitiers - IRFE la Réunion - Autre : 	
	Lieu d'exercice	Dans quel(s) type(s) de structure(s) travaillez-vous actuellement ?	Réponse libre	Influence du lieu d'exercice sur les expériences professionnelles de prise en soins de l'obésité
	Date de diplôme	En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?	Réponse libre	Influence des années de formation sur les connaissances et la prise en soins de la personne en situation d'obésité
Définition de la pathologie		Pour vous qu'est-ce que l'obésité ?	Réponse libre	Savoir comment les ergothérapeutes perçoivent et définissent cette pathologie
Formation reçue et connaissances sur la pathologie	Présence de cours au sujet de l'obésité dans la formation initiale	Durant vos années de formation en ergothérapie, avez-vous eu des cours sur la personne en situation d'obésité ?	Oui/non	Savoir si les ergothérapeutes ont été formés à la prise en soins de l'obésité en formation initiale
	Présence de cours au sujet de l'obésité dans la formation initiale	Si oui, dans quelle unité d'enseignement avez-vous eu des cours ?	Choix multiples / semi-ouverte : <ul style="list-style-type: none"> - Physiopathologie - Aide technique - Autre(s) : 	Connaitre les UE dans lesquelles des connaissances sur l'obésité ont été transmises

	Présence de cours au sujet de l'obésité dans la formation initiale	Jugez-vous l'apport de la formation suffisant sur la prise en soins des personnes en situation d'obésité ?	Oui/non	Niveau de satisfaction des ergothérapeutes concernant les enseignements sur l'obésité en formation initiale
La prise en soins de l'obésité en ergothérapie	Apport de l'ergothérapie aux personnes en situation d'obésité	D'après vous, qu'est ce que l'intervention de l'ergothérapeute peut apporter dans la prise en soin de l'obésité ?	Réponse libre	Connaitre les bénéfices apportés aux personnes en situation d'obésité qui sont perçus par les ergothérapeutes
	Expérience professionnelle auprès de personnes en situation d'obésité	Avez-vous déjà pris en soin des personnes en situation d'obésité (en dehors d'un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité) ?	Oui/non	Déterminer la proportion des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes en situation d'obésité
	Expérience professionnelle auprès de personnes en situation d'obésité	En tant qu'ergothérapeute avez-vous déjà travaillé dans un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité ?	Oui/non	Déterminer la proportion des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé dans un service spécialisé dans la prise en soins de l'obésité
	Expérience professionnelle auprès de personnes en situation d'obésité	Si oui, pour quels types de prise en soin ?	Réponse libre	Connaitre les prises en soins effectuées lors de ces prises en soins
	Nécessité de formation complémentaire	Si oui, avez-vous ressenti le besoin de vous former au	Oui/non	Déterminer si les professionnels travaillant auprès de cette population ont

		moment de la prise de poste ?		eu besoin d'effectuer des formations complémentaires
	Nécessité de formation complémentaire	Si oui, pouvez-vous dire par quelle formation complémentaire êtes-vous passés ?	Réponse libre	Connaitre les formations complémentaires suivies par les ergothérapeutes
	Vécu de la prise en soins de personnes souffrant d'obésité	En tant qu'ergothérapeute vous sentez-vous à l'aise dans la prise en soins d'une personne en situation d'obésité ?	Oui/non	Déterminer si la prise en soins de l'obésité est familière ou non aux ergothérapeutes
	Vécu de la prise en soins de personnes souffrant d'obésité	Si non, pourquoi ?	Réponse libre	Déterminer les freins limitant la prise en soins de personnes en situation d'obésité
	Vécu de la prise en soins de personnes souffrant d'obésité	Vis-à-vis de la personne en situation d'obésité, dans quelle pratique vous sentiriez-vous le plus compétent ?	Choix multiple / semi-ouverte : <ul style="list-style-type: none"> - Prescription d'aide technique - Accompagnement relationnel - Impact sur la qualité de vie - Manutention 	Déterminer les domaines dans lesquels l'ergothérapeute se sentirait capable d'accompagner une personne en situation d'obésité
	Modalités de prise en soins de la personne en situation d'obésité	Sur quels aspects de la prise en soin de la personne en situation d'obésité pensez-vous que l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle à jouer ?	Choix multiple / semi-ouverte : <ul style="list-style-type: none"> - Hygiène alimentaire - Qualité de vie - Perte de poids - Stabilisation du poids - Activités de la vie quotidienne 	Evaluer la perception des possibilités de prises en soins de la personne en situation d'obésité par les ergothérapeutes

	Modalités de prise en soins de la personne en situation d'obésité	Pour vous l'objectif de la prise en soin de l'obésité c'est :	Choix multiple / semi-ouverte : <ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids - Réduire les risques liés à l'obésité - Permettre à la personne d'avoir accès à l'occupation - Autre : 	Evaluer la perception des possibilités de prises en soins de la personne en situation d'obésité par les ergothérapeutes
Avis sur le questionnaire		Avez-vous des remarques ?	Réponse libre	Connaitre l'avis des participants sur le questionnaire

Annexe 4 : Questionnaire

1. Acceptez-vous de participer à l'enquête? *

- oui
 non

2. Vous êtes de sexe? *

- Masculin
 Féminin
 Autre

3. Quel âge avez-vous? *

Entrez votre réponse

4. Dans quel IFE avez-vous fait vos études? *

Sélectionnez votre réponse



5. autre

Entrez votre réponse

6. Dans quelle(s) type(s) de structure(s) travaillez-vous actuellement?

Entrez votre réponse

7. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme? *

Entrez votre réponse

8. Autre

Entrez votre réponse

9. Pour vous qu'est-ce que l'obésité?

Entrez votre réponse

10. Durant vos années de formation en ergothérapie, avez-vous eu des cours sur la personne en situation d'obésité?

oui

non

11. si oui, dans quelle unité d'enseignement avez-vous eu des cours?

physiopathologie

Aide technique

autre

12. autre

Entrez votre réponse

13. Jugez-vous l'apport de la formation suffisant sur la prise en soin des personnes en situation d'obésité?

oui

non

14. D'après vous, qu'est-ce que l'intervention de l'ergothérapeute peut apporter dans la prise en soin de l'obésité?

Entrez votre réponse

15. Avez-vous déjà pris en soin des personnes en situation d'obésité (en dehors d'un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité)?

oui

non

16. En tant qu'ergothérapeute avez-vous déjà travaillé dans un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité?

oui

non

17. Si oui pour quelles types de prise en soin?

Entrez votre réponse

18. Si oui, avez-vous ressenti le besoin de vous former au moment de la prise de poste?

oui

non

19. Si oui pouvez-vous dire par quelle formation complémentaire êtes-vous passés?

Entrez votre réponse

20. En tant qu'ergothérapeute vous sentez-vous à l'aise dans la prise en soin d'une personne en situation d'obésité?

- oui
- non

21. Si non Pourquoi?

Entrez votre réponse

22. Vis à vis de la personne en situation d'obésité, dans quelle pratique vous sentiriez vous le plus compétent?

- Prescription d'aide technique
- accompagnement relationnel
- impact sur la qualité de vie
- manutention

23. Sur quels aspects de la prise en soin de la personne en situation d'obésité pensez-vous que l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle à jouer?

- l'hygiène alimentaire
- la qualité de vie
- la perte de poids
- la stabilisation du poids
- activités de la vie quotidienne

24. Pour vous l'objectif de la prise en soin de l'obésité c'est:

- La perte de poids
- Réduire les risques liés à l'obésité
- Permettre à la personne d'avoir accès à l'occupation
- autre

25. Autre

Entrez votre réponse

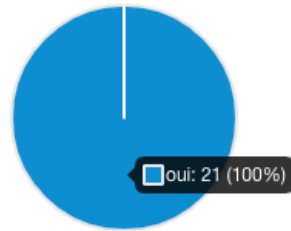
26. Avez-vous des remarques?

Entrez votre réponse

Annexe 5 : Données Bruts du questionnaire

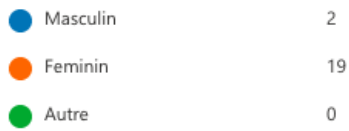
1. Acceptez-vous de participer à l'enquête?

[Plus de détails](#)



2. Vous êtes de sexe?

[Plus de détails](#)



4. Dans quel IFE avez-vous fait vos études?

[Plus de détails](#)

● IFE Alençon	1
● IFE Berck sur Mer	1
● IUFE Auvergne Clermont-Ferra...	0
● IFE Créteil (UPEC)	1
● Institut de formation Evreux-L...	0
● IFPVPS Hyères	2
● IFE Laval	0
● CHI Meulan-les-Mureaux	0
● UFR de Medecine Aix-Marseille	7
● IFE Montpellier	1
● Institut ADERE-Paris	1
● IFE Assas	0
● IFPEK Rennes	1
● IFE du CHU de Rouen	0
● IFE Toulouse	0
● IRFSS-Croix Rouge Tours	1
● ISTR-Université Lyon1	0
● IFEN	0
● IIRFE Mulhouse	1



	IFE Lorraine et Champagne Ar...	0
	IFE CHU Amiens Picardie	0
	IFRES	0
	IFE de la Musse	2
	IFE du CHU de Bordeaux	0
	ILFOMER	0
	IFE CHU de Poitiers	0
	IRFE (La Réunion)	0
	Autre	2

5. autre

2 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	HELHA/Belgique
2	anonymous	Helha de charleroi

6. Dans quelle(s) type(s) de structure(s) travaillez-vous actuellement?

20 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	Hôpital psychiatrique
2	anonymous	SESSAD et liberal
3	anonymous	Eeap Ssr gériatrique PASA
4	anonymous	Libéral
5	anonymous	Institut d'Éducation Motrice
6	anonymous	SAMSAH + service de rééducation et de prise en soin de l'obésité pédiatrique
7	anonymous	Master 1 santé publique
8	anonymous	EHPAD
9	anonymous	Hdj psy adulte
10	anonymous	EHPAD
11	anonymous	SSR
12	anonymous	Ehpad et SSR
13	anonymous	Libéral
14	anonymous	ueros
15	anonymous	Libéral
16	anonymous	Ehpad Equipe Mobile Alzheimer
17	anonymous	hopital psychiatrique
18	anonymous	SSR
19	anonymous	Ssr neuro adulte
20	anonymous	ESA

7. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme?

21 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	2012
2	anonymous	2018
3	anonymous	2019
4	anonymous	2014
5	anonymous	2020
6	anonymous	2020
7	anonymous	2017
8	anonymous	2020
9	anonymous	2020
10	anonymous	2017
11	anonymous	2020
12	anonymous	2020
13	anonymous	2017
14	anonymous	2015
15	anonymous	2019
16	anonymous	2020
17	anonymous	2018
18	anonymous	2019
19	anonymous	2016
20	anonymous	2009
21	anonymous	2015

8. Autre

1 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	A quoi sert cette question ? 😞

9. Pour vous qu'est-ce que l'obésité?

20 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	Une maladie
2	anonymous	une personne ayant son IMC au dessus de la courbe
3	anonymous	Être plus qu'en surpoids
4	anonymous	Surcharge pondérale avec imc supérieur à 30
5	anonymous	Un symptôme dû à une pathologie, un déséquilibre alimentaire ou un trouble alimentaire.
6	anonymous	Conséquence d'un surplus de tissu adipeux ayant des répercussions métaboliques fonctionnelles au quotidien entraînant des situations de handicap
7	anonymous	Une situation de surcharge pondérale handicapante
8	anonymous	Surpoids important entraînant un handicap dans certaines situations
9	anonymous	Une pathologie souvent lié à une addiction, dont les conséquences peuvent être vitales et qui a un impact conséquent sur la participation occupationnel

10	anonymous	Une personne avec un imc trop élevé.
11	anonymous	C'est un IMC correspondant à une tranche particulière
12	anonymous	Definit un être vivant avec un taux de graisse évalué trop important et qui influe de manière négative sur sa santé.
13	anonymous	Une personne dont l'IMC est supérieur à la moyenne
14	anonymous	IMC trop élevé
15	anonymous	Une maladie chronique avec plusieurs catégories : obésité modérée, sévère, massive
16	anonymous	Un trouble physiologique entraînant une accumulation excessive et anormale de graisses ayant pour conséquences des limitations d'activités
17	anonymous	personne en incapacité de pouvoir réaliser des tâches dû à son poids qui entraine des handicaps
18	anonymous	Personne avec un imc élevé et qui est gêné au quotidien par son poids pour effectuer ses transferts, se déplacer, pratiquer ses activités quotidiennes, loisirs, travail...

9. Pour vous qu'est-ce que l'obésité?

20 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	Une maladie
2	anonymous	une personne ayant son IMC au dessus de la courbe
3	anonymous	Être plus qu'en surpoids
4	anonymous	Surcharge pondérale avec imc supérieur à 30
5	anonymous	Un symptôme dû à une pathologie, un deséquilibre alimentaire ou un trouble alimentaire.
6	anonymous	Conséquence d'un surplus de tissu adipeux ayant des répercussions métaboliques fonctionnelles au quotidien entraînant des situations de handicap
7	anonymous	Une situation de surcharge pondérale handicapante
8	anonymous	Surpoids important entraînant un handicap dans certaines situations
9	anonymous	Une pathologie souvent lié à une addiction, dont les conséquences peuvent être vitales et qui a un impact conséquent sur la participation occupationnel

9. Pour vous qu'est-ce que l'obésité?

20 Réponses

10	anonymous	Une personne avec un imc trop élevé.
11	anonymous	C'est un IMC correspondant à une tranche particulière
12	anonymous	Definit un être vivant avec un taux de graisse évalué trop important et qui influe de manière négative sur sa santé.
13	anonymous	Une personne dont l'IMC est supérieur à la moyenne
14	anonymous	IMC trop élevé
15	anonymous	Une maladie chronique avec plusieurs catégories : obésité modérée, sévère, massive
16	anonymous	Un trouble physiologique entraînant une accumulation excessive et anormale de graisses ayant pour conséquences des limitations d'activités
17	anonymous	personne en incapacité de pouvoir réaliser des tâches dû à son poids qui entraine des handicaps
18	anonymous	Personne avec un imc élevé et qui est gêné au quotidien par son poids pour effectuer ses transferts, se déplacer, pratiquer ses activités quotidiennes, loisirs, travail...
19	anonymous	C'est un critère de physiologie défini par l'IMC
20	anonymous	Une maladie chronique se traduisant par une surcharge pondérale (IMC > 30)

10. Durant vos années de formation en ergothérapie, avez-vous eu des cours sur la personne en situation d'obésité?

[Plus de détails](#)

● oui	12
● non	9



11. si oui, dans quelle unité d'enseignement avez-vous eu des cours?

[Plus de détails](#)

● physiopathologie	10
● Aide technique	4
● autre	2
● Autre	9



12. autre

5 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	De manière tres brève
2	anonymous	Nous avons par contre évoqué le sujet quelque fois, lorsqu'il y avait un rapport avec le cours, mais jamais de théorie ni analytique ni pour une prise en charge ergo.
3	anonymous	Santé publique
4	anonymous	PES?
5	anonymous	Cours sur la pathologie par un médecin

13. Jugez-vous l'apport de la formation suffisant sur la prise en soin des personnes en situation d'obésité?

[Plus de détails](#)

● oui	1
● non	20



14. D'après vous, qu'est-ce que l'intervention de l'ergothérapeute peut apporter dans la prise en soin de l'obésité?

[Plus de détails](#)

0
Réponses

Dernières réponses

15. Avez-vous déjà pris en soin des personnes en situation d'obésité (en dehors d'un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité)?

[Plus de détails](#)

● oui	16
● non	5



16. En tant qu'ergothérapeute avez-vous déjà travaillé dans un service spécialisé dans la prise en soin de l'obésité?

[Plus de détails](#)

● oui	3
● non	18



17. Si oui pour quelles types de prise en soin?

3 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	Semaine d'éducation thérapeutique/Maintien d'engagement dans les activités du quotidien
2	anonymous	SSR pédiatrique - rééducation et prise en soin de l'obésité
3	anonymous	Éducation, Conseils

18. Si oui, avez-vous ressenti le besoin de vous former au moment de la prise de poste?

[Plus de détails](#)

19. Si oui pouvez-vous dire par quelle formation complémentaire êtes-vous passés?

3 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	aide technique
2	anonymous	ETP, entretien motivationnel
3	anonymous	Articles scientifiques, discussions avec les médecins et ergothérapeutes plus expérimentés dans le domaine

20. En tant qu'ergothérapeute vous sentez-vous à l'aise dans la prise en soin d'une personne en situation d'obésité?

[Plus de détails](#)

21. Si non Pourquoi?

6 Réponses

ID↑	Nom	Réponses
1	anonymous	Car pas assez de formation pendant nos études
2	anonymous	Pour des conseils en aménagement ou en aides techniques oui Pour de la reeducation, des conseils en activités ou autre non.
3	anonymous	Manque de connaissance
4	anonymous	L'impuissance. Nous pouvons proposer des solutions alternatives lors de notre présence mais qui ne sont absolument pas suivit à la maison, nécessite un suivit addicto mais corrélé avec une patho psy c'est très compliqué
5	anonymous	Peu de formation. La prise en soin est assez globale mais peut-être pas assez ciblée sur les problématiques de l'obésité
6	anonymous	Par le manque de formations que je n'ai pas l'occasion de faire. Ou par le peu de personnes rencontrées avec cette pathologie (dont les 2/3 en psychiatrie).

22. Vis à vis de la personne en situation d'obésité, dans quelle pratique vous sentiriez vous le plus compétent?

[Plus de détails](#)

● Prescription d'aide technique	12
● accompagnement relationnel	9
● impact sur la qualité de vie	17
● manutention	3



23. Sur quels aspects de la prise en soin de la personne en situation d'obésité pensez-vous que l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle à jouer?

[Plus de détails](#)

● l'hygiène alimentaire	3
● la qualité de vie	18
● la perte de poids	4
● la stabilisation du poids	3
● activités de la vie quotidienne	21



24. Pour vous l'objectif de la prise en soin de l'obésité c'est:

[Plus de détails](#)

● La perte de poids	2
● Réduire les risques liés à l'obé...	7
● Permettre à la personne d'avoi...	20
● autre	3



25. Autre

6 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	Question 15 : car je me suis adaptée à rencontrer des pathologies diverses, grâce à des recherches et des conseils de collègues qui rencontrent la même situation. Lorsqu'on a besoin de conseils, il faut savoir trouver les informations. Cela n'empêche que, peut être, nous loupons quelque chose, car si personne n'est formé... Question 18 : je pense que cette réponse est influencée par mon rôle d'ergo, les objectifs de la prise en soin sur le terrain sont finalement les objectifs du patient.
2	anonymous	Rediriger vers d'autre professionnel adapté :addicto, diététicienne, cure, séjour de rupture...
3	anonymous	Maintenant avec les aides techniques qu'ils existent les manutentions se font bien ce que je trouve plus compliquer c'est au niveau de l'installation dans un fauteuil roulant manuel ou parfois les tailles standards ne conviennent pas
4	anonymous	Faciliter le maintien et / ou la création de liens sociaux
5	anonymous	je pense que en tant qu'ergothérapeute nous avons l'objectif de permettre à ces personnes d'avoir accès à l'occupation, ce qui leur permettrait de pouvoir perdre puis se maintenir au niveau de leur poids en réinstaurant et en adaptant l'occupation
6	anonymous	Reduire les situations de handicap

26. Avez-vous des remarques?

8 Réponses

ID ↑	Nom	Réponses
1	anonymous	Il y a énormément de pathologies qui mènent à l'obésité. Le rôle de l'ergothérapeute est aussi la prévention des risques, la prévention du handicap, et pourtant nous ne sommes pas formé à la prévention de l'obésité en cas de pathologie de ce type. C'est dommage. Je pense que le quotidien joue... Aller au travail à vélo, etc... Le patient peut être intéressé par toutes les adaptations qui préviendrait l'obésité. Très bon sujet, hâte d'avoir des nouvelles de cette recherche ! (si possible)
2	anonymous	Pas assez calée sur le sujet, pourtant bien intéressant ! Hâte de le lire, bon courage !
3	anonymous	Non
4	anonymous	Concernant la pratique, je pense que la mise en situation est à privilégié ++ pour observer la personne et lui permettre de trouver des solutions
5	anonymous	J'ai fait mon mémoire sur l'obésité mais n'ai jamais accompagné de personnes en situation d'obésité. J'aimerais mettre en place des groupes d'ETP dans mon cabinet.
6	anonymous	Mon mémoire était sur l'obésité également et la methode Coop, il est disponible sur le site de l'Anfe si cela vous intéresse
7	anonymous	J'ai réaliser mon mémoire sur cette pathologie et maintenant diplômé et travaillant en psychiatrie, je suis ammenée à travailler avec cette pathologie pour de nombreux patients.
8	anonymous	Bon courage pour votre recherche

Annexe 6 : Matrice Conceptuelle

Concepts	Variables / attributs principaux	Indicateurs
Santé	Bien-être	Éléments physiques
		Éléments Mentales
		Éléments Sociales
	Rapport à la norme	Physiologique
		Biologique
	Environnement	Environnement matériel
		Environnement physique
		Environnement sociale
		Participation à des occupations
	Déterminant de santé	Style de vie
		Réseaux sociaux
		Réseau communautaire
		Condition socio-économique
Culturel		
	Environnemental	
Qualité de vie	Sphère de la personne	Physique
		Somatique
		Sociale
	Aspect Subjectif	Psychologique
Occupation	Contexte	Implication d'un réseau de personne
		Sens culturel
		Partager ou solitaire
		Norme
		Facteur temporel
	Lien avec la personne	Expérience de l'existence
		Palpable dans l'action
		Facteur de santé
	Engagement	
Obésité	État physiologique	Impact psychologique
		Vecteur de maladie chronique
		Origine plurifactoriels
	Vision biomédicale	Problématique esthétique
		Mesure

Annexe 7 : Guide d'entretien

Guide d'entretien :

« Bonjour, je tenais à vous remercier pour votre disponibilité dans le but de réaliser cet entretien. Comment allez-vous ? Je voulais commencer par me présenter, je m'appelle Laura Bossuet, je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'école de Marseille et je fais un mémoire d'initiation à la recherche dont le sujet parle de l'ergothérapie et de la situation de l'obésité. Avant que notre échange puisse se faire, je voulais m'assurer que vous aviez pu prendre connaissance du Formulaire d'information et de non-opposition, ainsi que la lettre d'information envoyé par mail ? Comme je vous l'ai décrit dans la lettre d'information, je vous avertis dès que je lance l'enregistrement. Si vous êtes d'accord j'allume la fonction dictaphone de mon téléphone. Je souhaite revoir avec vous les modalités de l'entretien. Donc nous allons passer une heure ensemble environ, l'objectif de cet entretien est d'écouter et de comprendre votre expérience de vie, je souhaite accueillir votre histoire avec bienveillance et sans jugements. Ce temps est pour vous, dans le but de partager votre expérience de vie et pour me permettre de comprendre votre quotidien. Comme expliqué dans la lettre d'information, vous pourrez interrompre l'enregistrement dès que vous le souhaitez, demander à effacer l'enregistrement et cela à tout moment. Afin de mieux comprendre certains événements, il se peut que je vous relance avec des questions sur le sujet dont vous êtes en train de parler. Sachez que vous êtes en droit de ne pas me répondre et vous pourrez également annuler votre participation, même après l'entretien sans justification. Je souhaite également vous rappeler que les données de cet entretien seront stockées jusqu'au 30 septembre 2021 puis elles seront détruites le 1 er octobre 2021. Si vous êtes prêt(e) Nous allons pouvoir commencer »

Question inaugurale : J'aimerais beaucoup vous entendre sur votre vécu, pourriez-vous me décrire votre expérience ? Ce que vous faisiez avant, ce que vous faites maintenant, ce que vous envisager dans l'avenir ?

Annexe 8 : Matrice d'entretien/Questions de Relances : (Cf Framework for Reflective Questioning)

Relances sur les perceptions	Pouvez-vous me décrire... ? Que pouvez-vous me dire de... ? Pouvez-vous m'expliquer votre souhait de mettre cela en place ? Après avoir essayé ...comment cela se passe-t-il ?
Relances sur ce qu'il fait	Quelle est votre situation actuelle ? Quels genres d'expériences avez-vous tenté ? Où cela se produit-il le plus souvent ? La prochaine fois, comment cela se passera-t-il ?
Relances sur les ressentis	Pouvez-vous me décrire votre ressenti à ce moment-là ? Que s'est-il passé pour vous ? Qu'avez-vous ressenti à ce moment ?
Relances pour évaluer	Il y avait-il d'autres opportunités auxquelles vous auriez souhaité accéder ? comment allez-vous vous y prendre ?
Relances Passives	Silences/D'accord/ Hmmm...
Autres relances	Quand vous dites Que voulez-vous dire par cela ? Quand vous me parlez de ... pouvez-vous m'en dire plus ? Pensez-vous à autre chose quand vous évoquez... ? Pouvez-vous m'apporter des précisions sur la situation que vous venez de décrire s'il vous plait ?

Annexe 9 : Formulaire d'information sur le dispositif de recherche des étudiant.e.s en ergothérapie pour pré-avis du Comité d'Ethique

AMU

Cette étude ne pourra être examinée que si elle répond aux critères suivants :

- Il s'agit d'une étude non interventionnelle, n'impliquant pas des personnes humaines volontaires saines ou malades dans le but d'évaluer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique (études physiologiques ou physiopathologiques) ou d'évaluer l'efficacité et la sécurité de la réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques. (Décret n°2017-884 du 9 mai 2017, Art. R. 1121-1. -I.)
- L'étude ne porte pas sur une collection biologique

Une seule réponse « oui » à l'une des questions 1 à 5 nécessite un passage devant un CPP :

1. Mon étude prévoit le recueil d'éléments ou de produits du corps humain
 oui non
2. Mon étude prévoit un écouvillonnage de la peau, du nez et du nasopharynx, des oreilles et du conduit auditif, de l'œil, de la cavité buccale incluant l'oropharynx, de l'orifice anal, des plaies, du vagin et d'autres orifices tels que les stomies
 oui non
3. Mon étude prévoit le recueil de paramètres physiologiques par capteurs extra-corporels
 oui non
4. Mon étude prévoit le recueil de données électrophysiologiques sur matériel implanté ou en cours d'implantation pour le soin
 oui non
5. Mon étude prévoit des mesures anthropométriques
 oui non
6. Mon étude prévoit des enregistrements audio ou vidéo
 oui non
7. Mon étude prévoit des entretiens et questionnaires (*hors satisfaction*)
 oui non

Titre (provisoire) de la recherche :

Comment les personnes en situation d'obésité vivent-elles leurs occupations ?

Investigateur·trice principal·e (directeur·rice de mémoire) :

Mme Sophie Albuquerque

Investigateur·trice secondaire (étudiant·e) :

Mme Laura Bossuet

Objectif(s) de la recherche :

En France, l'obésité concernait 17,5% de la population en 2012 contre 6,1% en 1980(15).

Le nombre de personnes en situation d'obésité croît, ce qui en fait un enjeu de santé public.

En 2011, L'HAS⁸ a établi des recommandations sur la prise en soin des patients en situation d'obésité, et a émis un avis favorable à une prise en soin centrée sur le médecin traitant.

Ce dernier, en première ligne orientera le patient vers un ou plusieurs professionnels de santé faisant partie des domaines médical et paramédical(1). L'HAS fait également état d'une pathologie plurifactorielle et recommande l'évaluation de facteurs anthropomorphiques, de paramètres sanguins, de la qualité de vie de la personne et des retentissements de l'obésité sur la vie sociale et le travail de la personne.

Toujours selon l'HAS¹ le diagnostic de l'obésité repose sur l'IMC⁹ (rapport poids/taille au carré) qui en fonction du résultat orientera le patient vers une décision thérapeutique pouvant aller jusqu'à une chirurgie bariatrique. En 2019, la ministre de la santé Agnès Buzyn établit une feuille de route(19) concernant la prise en soin de l'obésité avec une volonté de décloisonner les systèmes de santé en valorisant la coordination entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Cette feuille de route abonde dans le sens de l'HAS car elle préconise une prise en soin pluri-professionnelle avec la mise en place d'éducation thérapeutique, ayant pour objectif de responsabiliser le patient. Dans sa feuille de route, madame La Ministre ouvre le débat du choix de la chirurgie bariatrique : selon elle, cette pratique proposée comme traitement pour lutter contre l'obésité devrait être d'avantage être encadrée dans la mesure où elle n'est pas sans risques(19), il serait donc intéressant de favoriser d'autres approches avant d'envisager cette solution(19). L'alliance d'une approche globale et de la responsabilisation du patient vis-à-vis de sa pathologie corrobore les objectifs de « ma santé 2022 »(18).

Dans le champ de la lutte contre l'obésité, La Ligue contre l'obésité(24) plébiscite cette approche globale de l'obésité, allant même jusqu'à expliquer pourquoi il serait important d'avoir une science et des spécialistes de l'obésité au même titre que le cancer a ses spécialistes et sa discipline : la cancérologie. La ligue contre l'obésité décrit la difficulté que le patient peut rencontrer quant à l'accès à cette prise en soin globale, certains professionnels de santé n'étant pas pris en charge par la sécurité sociale.

La ligue souhaiterait que l'obésité soit reconnue comme une maladie chronique permettant d'avoir accès à l'affection de longue durée, ce qui permettrait d'éviter les ruptures de soins. Ces ruptures de soins sont souvent liées à la difficulté de trouver des spécialistes mais aussi à la charge financière que cela représente pour la personne en situation d'obésité(24). De plus, il est difficile de trouver des personnes spécialisées dans le champ de l'obésité, la personne en recherche d'une prise en soin se heurte souvent à une approche centrée sur l'alimentation qui ne tient pas compte de la multiplicité de facteurs responsables de l'obésité de la personne. Parmi les professionnels qui interviennent dans le champ de l'obésité mais peu identifiés en tant que tels, sont présents les ergothérapeutes. Une étude réalisée par Nielsen et Christensen(20) parle de l'intervention de l'ergothérapeute auprès des personnes en situation d'obésité ; elles ont observé que la prise en soin de la personne en situation d'obésité était plus efficace lorsque la personne bénéficiait d'une prise en soin pluridisciplinaire axée sur son alimentation, la modification de l'activité physique et la mise en place d'une modification

⁸ Haute autorité de santé

⁹ Indice de masse corporelle

comportementale. Ces résultats positifs se maintiennent sur le long terme si la personne est soutenue par une équipe avec qui elle reste en contact même après sa prise en soin.

La participation de l'ergothérapeute permet d'identifier les activités importantes de la personne, en favorisant son habilitation à des activités significatives. Ainsi, l'ergothérapeute favorise la participation de la personne au sein de ses activités. Cela a un impact sur la modification durable des comportements avec un impact positif sur le plaisir d'être actif et donc une amélioration directe de la qualité de vie de la personne(20). Lorsque l'indice de masse corporelle d'une personne augmente, cela impacte directement sa qualité de vie, et réciproquement(25)(26). C'est pour cela qu'il est important de tenir compte de la qualité de vie(13)(14). L'évaluation de la qualité de vie se fait sur toutes la sphère qui concerne la personne. Cependant, il y a autant de complexité dans l'analyse de la qualité de vie d'une personne que dans l'analyse de l'origine de l'obésité chez une personne.

Tandis que certains spécialistes (professionnels de santé de la ligue contre l'obésité) cherchent à obtenir la reconnaissance de l'obésité comme une maladie, d'autres experts médicaux cherchent à démontrer que l'obésité ne peut être reconnue comme une maladie(39).

En effet, bien qu'elle puisse être facteur de risques d'autres pathologies, elle ne fait pas toujours état de mauvaise santé car il n'est pas garanti que la personne ait des problèmes de santé spécifiquement liés à son obésité au cours de sa vie(39). De plus, les critères permettant de diagnostiquer l'obésité ne sont pas fiables. En effet l'IMC n'est pas une mesure objective et pertinente pour tous. Pour certains spécialistes, le fait de définir l'obésité comme une maladie pourrait mener à certaines discriminations vis-à-vis des personnes en situation d'obésité(39).

Il y a donc un débat autour des professionnels de santé, des personnes en situation d'obésité et des politiques de santé. S'il y a une volonté de tenir compte de l'origine plurifactorielle de l'obésité afin de ne pas culpabiliser la personne en centrant toute la problématique autour de son alimentation, les objectifs du ministre de la santé pour 2023 passent par une action sur l'alimentation et le sport(48).

C'est ce cheminement et cette réflexion qui m'ont poussée à choisir ce sujet de recherche.

De cette analyse émanent les questions suivantes : Comment définir l'obésité ? Pourquoi certaines personnes souhaitent-elles voir l'obésité reconnue comme une maladie ? pourquoi certaines personnes ont la démarche opposée ?

On constate d'un côté une discrimination et un manque de reconnaissance des difficultés du quotidien de la personne qui impactent sa qualité de vie, et de l'autre la peur d'une discrimination en lien avec le fait de considérer la personne obèse comme une personne malade lui empêchant d'avoir accès à certaines occupations/activités. Voilà ce que nous dit la littérature. Si l'on va dans le sens de l'approche globale, Il serait intéressant de connaître le point de vue des personnes en situation d'obésité : comment vivent-elles leur obésité à travers leurs occupations de la vie quotidienne, dans l'environnement qui est le leur ?

Afin de répondre à cette question et comprendre les interactions de la personne en situation d'obésité en France en 2021, la méthode choisie sera la méthode narrative à travers le récit de vie de la personne(46). En effet la personne est experte de sa situation et de son vécu, elle est donc la plus à même pour nous éclairer concernant ce questionnement.

A travers cet entretien l'objectif est d'avoir accès à un reflet de la réalité(46) et de comprendre l'expérience et le vécu d'une personne en situation d'obésité vivant en France en 2021.

Description détaillée de la méthode (*mentionner les éventuelles modalités d'indemnisation*) :

La Méthode retenue est la méthodologie qualitative(45) centré sur le récit de vie(46) de la personne.

D'après Al Busaidi, la méthodologie qualitative permet de comprendre un phénomène de manière globale et de l'analyser dans son contexte(45), notamment au travers du récit de vie qui est un des instruments de la recherche qualitative(45): Le choix de l'entretien semi structuré se fait en lien la mise en place du récit de vie.

Les participant(e)s ne sont pas indemnisé(e)s.

Il y aura un entretien par participant d'une durée d'une heure et demie environ.

Le participant sera accueilli par un remerciement de sa participation, par une présentation de l'étudiant qui mène l'entretien. L'étudiant décrira l'objet de sa recherche et introduira la description des règles de l'entretien.

Les règles de l'entretien sont les suivantes :

La durée de l'entretien sera d'une heure trente, il aura lieu à distance sur le logiciel ZOOM, l'enregistrement se fera par la fonction dictaphone du téléphone, les participants seront informés du moment où l'enregistrements de la discussion est lancée.

Il sera expliqué aux participants que l'enregistrement des données peut être interrompu à tout moment s'il le souhaite.

Suite à l'explication des modalités d'enregistrement, une présentation de l'étudiant sera faite afin de rentrer en relation avec la personne interrogée, dans le but d'instaurer une relation de confiance et de favoriser la libre expression de la personne.

Le thème abordé sera le vécu de la personne à travers son obésité dans la société Française en 2021, il pourra y avoir des relances, décrites ci-dessous, afin d'approfondir certains points abordés par le participant.

L'objectif sera de laisser place au récit de l'expérience de la personne laissant place à une écoute active avec le moins d'interruptions possible.

La personne aura le droit de ne pas répondre aux relances, de mettre fin à l'entretien à tout moment, de demander d'effacer l'enregistrement et de se rétracter.

Je présente à la personne un récapitulatif de ce qui va être abordé dans l'entretien avec l'explication de l'objet de la recherche de manière assez large afin de minimiser le risque de biais tel que le biais de désirabilité sociale et l'effet de Halo.

L'objectif est d'instaurer une relation de confiance.

Un consentement éclairé sera mis en place avant chaque entretien par la signature d'un document envoyé par mail aux participants. Les participants devront attester en ayant lu et approuvé les conditions de l'entretien, puis ils devront renvoyer à l'étudiant le document signé avec la date et la mention « lu et approuvé » à partir de ce moment seulement l'enregistrement et l'entretien pourront avoir lieu.

L'utilisation des données se fera dans le respect de l'anonymat des participants, par l'anonymisation des enregistrements de l'entretien dès le début du recueil des données.

Au début de l'entretien il sera expliqué aux participants qu'ils seront nommés par Mme ou M A ou B et que tout au long de l'entretien leur nom et prénom ne seront pas mentionnés.

Il y aura deux participants pour cette étude. Un participant par entretien.

Les données seront recueillies par le biais d'un entretien semi-dirigé(45), avec une question inaugurale et des questions de relances décrites ci-dessous.

L'analyse des récits de vie sera fait selon la méthode décrite par Heather Fraser(46).

Les données seront collectées sur un enregistreur jusqu'au 30 septembre 2021 inclus. Elles seront supprimées le 1 octobre 2021.

Population et procédure mises en œuvre afin d'informer et de recueillir le consentement de ces personnes :

Il y aura deux participants pour cette étude. Les deux participants interrogé(e)s seront âgé(e)s de plus de 18 ans.

Une demande d'autorisation de prise audio-enregistrée devra être signée par la personne interrogée.

En fonction de la situation sanitaire et/ou de la situation géographique de la personne, cette demande lui sera adressée par mail.

Mise en application de la « loi Jarde » par la demande adressée au comité d'éthique.

Durée de la recherche : jusqu'au 30 septembre 2021

Traitement et utilisation des données (*notamment personnelles*) :

Les données seront analysées selon la méthode décrite par Fraser par l'analyse ligne par ligne(46) Les transcriptions ne contiendront pas de données personnelles. Les personnes enquêtées seront anonymisées dès le début de collecte des données.

Les données seront stockées sur un ordinateur personnel, puis seront détruites le 30 septembre 2021.

Description des contraintes/bénéfices/risques potentiels occasionnés par la recherche pour les participant(e)s :

La chercheuse devra se montrer vigilante, lors de l'entretien. Le but étant de ne pas être intrusive dans son questionnement vis-à-vis de la personne interrogée tout en cherchant à émuler une atmosphère d'écoute active et d'accueil de la personne sans jugement. L'objectif sera de favoriser l'expression libre de la personne interrogée.

Il sera entendu en début d'entretien que la personne interrogée se réserve le droit de ne pas répondre si elle juge l'orientation des questions trop intrusives.

Annexes à joindre :

Formulaires d'information et de non-opposition

Matériel de l'étude/questionnaires

Le questionnaire

Au début de l'entretien, le cadre de l'entretien est :

-cadre d'écoute : la durée de l'entretien sera d'une heure trente, l'entretien aura lieu à distance par le logiciel ZOOM. L'enregistrement de l'entretien se fera par la fonction dictaphone du téléphone et les participants seront avertis du moment où je lance l'enregistrement. Il sera expliqué aux participants que l'enregistrement des données peut être interrompu à tout moment s'il le souhaite.

Suite à l'explication des modalités d'enregistrement, une présentation de l'étudiant sera faite afin de rentrer en relation avec la personne interrogée, dans le but d'instaurer une relation de confiance et de favoriser la libre expression de la personne.

-de contenu : le thème abordé sera le vécu de la personne à travers son obésité dans la société Française en 2021, il pourra y avoir des relances, décrites ci-dessous, afin d'approfondir certains points abordés par le participant.

L'objectif sera de laisser place au récit de l'expérience de la personne laissant place à une écoute active avec le moins d'interruptions possible.

La personne aura le droit de ne pas répondre aux relances, de mettre fin à l'entretien à tout moment, de demander d'effacer l'enregistrement et de se rétracter.

Je présente à la personne un récapitulatif de ce qui va être abordé dans l'entretien avec l'explication de l'objet de la recherche de manière assez large afin de minimiser le risque de biais tel que le biais de désirabilité sociale et l'effet de Halo.

Question inaugurale :

Parlez-moi de votre quotidien, j'aimerais vous entendre vous, sur vos occupations dans le passé, votre présent, comment vous envisager le futur ?

Je vais utiliser des phrases de relance (relances non systématiques) :

Les relances serviront à approfondir le récit de vie de la personne.

Pouvez- me décrire...

Quand vous dites Que voulez-vous dire par cela ?

Quand vous me parlez de ... pouvez-vous m'en dire plus ?

Pensez-vous à autre chose quand vous évoquez... ?

Pouvez-vous m'apporter des précisions sur la situation que vous venez de décrire s'il vous plait ?

Pouvez-vous me décrire votre ressenti à ce moment-là ? Que s'est-il passé pour vous ?

Clôture de l'entretien

Souhaitez-vous faire des remarques ?

Afin de ne pas laisser l'entretien se finir sur des moments qui peuvent être difficile émotionnellement pour la personne, la clôture de l'entretien se fera sur un retour des moments positifs de l'entretien. L'étudiant remerciera la personne interrogée pour sa participation.

Objectif de l'entretien

Mon objectif est de connaître l'expérience de vie d'une personne en situation d'obésité sur le vécu de ses occupations compte tenu de son obésité, à travers son récit de vie :

-connait-elle des restrictions de participation dans ses occupations sur les plans personnels et professionnels ? Cela a-t-il un impact sur sa qualité de vie ? et donc sur sa santé ?

- a-t-elle accès à toutes les activités qu'elle souhaite faire ? est-ce sa situation d'obésité qui l'empêche d'avoir accès à toutes les activités qu'elle souhaite faire ?

S'il y a une difficulté d'accès à une occupation, comment cela impacte sa santé ?

(Par exemple ne pas avoir accès à un sport parce qu'on ne se sent pas à l'aise, ou parce qu'on ne trouve pas de tenu à sa taille pour le pratiquer ? ou peut-être parce qu'on a des difficultés à trouver un travail qui assure un revenu suffisant pour avoir accès à des activités qui nous plaisent ?)

Les entretiens ne répondront peut-être pas à ses questions, ils pourront peut-être mettre en avant des points non abordés.

Je recherche une personne en situation d'obésité, vous sentez-vous concerné et souhaitez-vous participer à ma recherche ? avez-vous déjà reçu un diagnostic d'obésité ?

Vous sentez vous concerné par l'accès aux activités de la vie quotidienne, qui sont porteuses de sens pour vous ?

Annexe 10 : Lettre d'information

Je tiens à vous remercier pour votre participation à cet entretien qui constitue un élément important de ma recherche. Avant de pouvoir échanger, je souhaite vous informer de vos droits concernant cet entretien.

Notre entretien se déroulera par zoom si vous êtes d'accord. La durée de notre entretien sera d'une heure trente environ. Ce temps est pour vous, dans le but de partager votre expérience de vie et pour me permettre de comprendre votre quotidien, je vais enregistrer nos échanges grâce à la fonction dictaphone de mon téléphone. Dans l'objectif de respecter votre anonymat, votre nom ne sera pas cité lors de l'entretien.

Vous serez averti dès le lancement de l'enregistrement sur le téléphone. Vous pourrez interrompre l'enregistrement dès que vous le souhaitez, demander à effacer une partie de l'enregistrement et cela à tout moment. Dans le but de clarifier vos propos, il se peut que je vous relance avec des questions sur le sujet dont nous sommes en train de parler, vous êtes en droit de ne pas me répondre. Vous êtes en droit de vous rétracter également à la participation de cet entretien à tout moment.

Je vous remercie de compléter le formulaire de non-opposition à votre participation et à l'enregistrement de notre entretien et de me renvoyer par mail ce document signé. A partir de ce moment l'enregistrement et l'entretien pourront avoir lieu.

Je reste à votre écoute si vous avez des questions avant notre rencontre par ZOOM.

Cordialement

Annexe 11 : Formulaire d'information et de non-opposition

Formulaire d'information et de non-opposition

Autorisation de prise et de diffusion audio-enregistrées (Pour une personne majeure)

JE SOUSSIGNÉ(E) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

AUTORISE :

L'entretien avec un étudiant en ergothérapie dans le cadre de la réalisation d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie.

Tous les renseignements obtenus lors de cet entretien :

-seront anonymes.

-ne pourront être utilisés en dehors de la réalisation du mémoire

- ne pourront être utilisés sans l'accord de la personnes interrogées lors de l'entretien

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention manuscrite «lu et approuvé ».

Laura PERETTI BOSSUET

Situation d'Obésité et ergothérapie : Vécu des occupations d'une personne en situation d'obésité

Résumé

En France, l'obésité n'est pas reconnue comme une maladie alors qu'elle est au centre des préoccupations de la santé public. Le traitement de l'obésité est principalement centré autour de l'objectif du poids, avec une approche biomédicale. Cette approche fait peser une lourde responsabilité sur les épaules de la personne en situation d'obésité. En pointant leur mode de vie, aux yeux de la société, ils sont rendus responsables de leurs états de santé. Être en bonne santé ce n'est pas seulement avoir une absence de maladie, c'est aussi une question de qualité de vie. Le but de cette étude est de découvrir comment les personnes en situation d'obésité réalisent leurs occupations et quel impact cela a sur leur santé.

La méthode utilisée est l'approche narrative avec une analyse du récit dans le but de collecter et analyser les données d'une personne en situation d'obésité.

La situation d'obésité impact son engagement, sa performance occupationnelle et sa satisfaction à réaliser ses occupations. Cela a pour conséquence d'affecter sa qualité de vie et sa santé.

La situation d'obésité alter la performance des occupationnelles de la personnes et donc sa santé. La vision biomédicale réduit la situation d'obésité et trop réductrice dans sa façon d'évaluer l'impact de cette situation sur la personnes. En tant que professionnel de l'occupation, les ergothérapeutes pourraient identifier les situations de privation occupationnelle, promouvoir l'engagement dans les occupations dans le but d'améliorer la qualité de vie et être vecteur de santé.

Mots clefs : Ergothérapie,Obésité,Occupation,Récit de vie,Modèle transactionnel de l'occupation

Abstract

In France, obesity has not been recognized as a disease despite being at the center of public health concerns. Obesity treatment is mainly centered on the goal of weight loss, with a biomedical approach. However, this approach places a heavy accountability on the shoulders of the person with obesity. By pointing out their lifestyle, in the eyes of society, they are responsible for their state of health. Being healthy is not merely the absence of disease but is also a matter of life. The aim this study is to find out how people with obesity carry out their occupations and their impact on their health. A narrative approach with an analysis of narrative was used to collect and analyses data from one person in obesity situation. The results are analyzed using Fraser's life story analysis method and the results description will be based on the transactional model of occupation analysis.

The situation of obesity has consequences on the accomplishment of occupations of the person. It impacts their commitment, their occupational performance and satisfaction of person with obesity situation. The impact of the situation is to be linked to the environments that the person experiences. The situation of obesity impacts the performance of the occupations therefore the person's health. A biomedical vision is reductive in how to assess a person's life. As a professional on occupations, occupational therapists could identify situations of occupational deprivation, promote occupational engagement, and thus improve quality of life and health status.

Keys words: Occupational therapy, Obesity, Occupation, life narrative, Transactional model of occupation

Directrice de Mémoire et Référente Professionnelle : Sophie Albuquerque et Hélène Gonin

Nombre de page : 137 pages