



HAL
open science

Promotion de la santé par la mise en place d'activités en ergothérapie auprès d'adultes atteints d'obésité

Sonia Rinaudo

► To cite this version:

Sonia Rinaudo. Promotion de la santé par la mise en place d'activités en ergothérapie auprès d'adultes atteints d'obésité. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03603024

HAL Id: dumas-03603024

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03603024v1>

Submitted on 9 Mar 2022

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.



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Sonia RINAUDO

MEMOIRE
pour le
DIPLÔME d'ETAT EN ERGOTHERAPIE

Promotion de la santé par la mise en place d'activités en
ergothérapie auprès d'adultes atteints d'obésité

Directrice de mémoire : PATOUX Léa (ergothérapeute)

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements aux différentes personnes qui m'ont été d'une grande aide dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement ma directrice de mémoire, Léa PATOUX, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, pour ses conseils avisés, ainsi que pour tout le temps qu'elle a bien voulu m'accorder durant cette recherche.

Je souhaite également remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Clermont-Ferrand pour leur disponibilité et leur implication dans le cadre de la formation.

Je remercie aussi les ergothérapeutes qui ont accepté d'être interrogées, pour leur temps et leur participation à cette étude malgré la situation complexe due au COVID19.

Enfin, merci à ma famille et mes amis pour leur soutien.

SOMMAIRE

Liste des abréviations	2
Introduction	3
1. Contexte et justification de l'étude	5
1.1. Connaissances sur le sujet	5
1.1.1. <i>L'obésité, au commencement</i>	5
1.1.2. <i>Les conséquences d'une maladie bio-psycho-sociale</i>	10
1.1.3. <i>Ergothérapie et obésité</i>	14
1.2. Enquête exploratoire.....	20
1.3. Question de recherche.....	21
1.4. Cadre éthique	22
2. Méthodologie de la recherche	23
2.1. Choix de la population	23
2.2. Choix de l'outil	23
2.2.1. <i>Développement de l'outil</i>	23
2.2.2. <i>Description de l'outil</i>	24
2.3. Mode d'analyse des données	25
3. Analyse des données et principaux résultats	25
3.1. L'origine de l'obésité	25
3.2. L'impact du comportement alimentaire	26
3.3. Les conséquences psychologiques.....	27
3.4. Les difficultés occupationnelles.....	28
3.5. Les évolutions à la fin de la prise en charge	29
3.6. La pratique ergothérapique.....	31
4. Discussion	34
4.1. Comparaison des résultats avec la littérature	34
4.2. Réponse à la question de recherche.....	37
4.3. Biais et limites.....	39

5. Conclusion	40
Bibliographie	42
ANNEXE I : Enquête exploratoire	46
ANNEXE II : Guide d’entretien	49
ANNEXE III : Entretien n°1	51
ANNEXE IV : Entretien n°2	58
ANNEXE V : Entretien n°3	63
ANNEXE VII : Entretien n°5	75

Liste des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Activité Physique Adaptée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVQ : Activité de la Vie Quotidienne

BED : Binge Eating Disorder

EO : Equilibre Occupationnel

ETP : Education Thérapeutique du Patient

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RC : Restriction Cognitive

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

Introduction

L'obésité est une maladie biopsychosociale augmentant le risque relatif de mortalité. Elle se manifeste par l'interaction de différents facteurs, qui agissent à des degrés divers selon les patients. En 2020, le Ministère des Solidarités et de la Santé déclare que huit millions de personnes en France sont en situation d'obésité.

La 2^{ème} année de formation en ergothérapie comporte des enseignements sur l'obésité. Ces apports théoriques ont éveillé plusieurs questions. L'obésité étant une maladie chronique, les personnes atteintes doivent apprendre à vivre avec la maladie et construire un projet de vie. Comment parviennent-elles à le construire, lorsque que beaucoup de changements sont à faire ? L'obésité diminue fortement l'indépendance et s'accompagne de restrictions occupationnelles. Les personnes obèses ont donc besoin d'être accompagnées pour un certain nombre d'activités quotidiennes. Comment se déroulent leurs occupations ? Comment casser le cercle vicieux instauré par les troubles du comportement alimentaire dans le but d'améliorer leur qualité de vie ?

Cette étude a pour objectif d'explicitier le mode de vie et le profil occupationnel des patients atteints d'obésité, par l'intermédiaire de cinq ergothérapeutes interviewées, et de rechercher le potentiel de l'occupation dans la réduction des troubles alimentaires.

Dans un premier temps, une revue de littérature portant sur la compréhension de la pathologie, les retentissements de celle-ci, puis l'accompagnement en ergothérapie des personnes atteintes d'obésité avec la notion d'équilibre occupationnel, sera présentée. Ces apports théoriques, ainsi que le recueil de données d'une enquête exploratoire aboutiront à ma question de recherche.

Dans un second temps, la méthodologie employée pour cette recherche sera expliquée, en décrivant la population ciblée et le questionnaire utilisé pour mener les entretiens.

Ensuite, les résultats obtenus seront repris et synthétisés à travers une analyse transversale dans une troisième partie.

Une quatrième partie comportera une analyse critique des résultats comparés à la littérature, avant d'apporter une réponse à la question de recherche et d'examiner les biais et limites de cette étude.

Dans une dernière partie, une synthèse de ce travail sera rédigée. Enfin, des ouvertures ainsi que des perspectives de travaux ultérieurs seront proposées.

1. Contexte et justification de l'étude

1.1. Connaissances sur le sujet

1.1.1. *L'obésité, au commencement*

L'obésité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2020) comme une « accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé ».

L'Indice de Masse Corporelle (IMC), qui se calcule en divisant le poids sur la taille au carré, permet d'identifier les problèmes de poids. Chez un adulte, on peut parler d'obésité lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 30kg/m². Il se distingue ensuite en 3 grades :

- Grade 1 : obésité modérée avec un IMC compris entre 30 et 34,9 kg/ m²
- Grade 2 : obésité sévère avec un IMC compris entre 35 et 39,9 kg/ m²
- Grade 3 : obésité massive avec un IMC supérieur ou égal à 40 kg/ m²

Toutefois, il ne faut pas oublier l'importance de la composition corporelle. En effet, il est possible d'avoir un IMC élevé sans pour autant présenter un excès de masse grasse, mais une masse musculaire importante. Le tour de taille est une mesure à associer avec l'IMC.

L'OMS indique que la prévalence de l'obésité a presque triplé au niveau mondial entre 1975 et 2016. L'OMS reconnaît également le surpoids et l'obésité comme cinquième cause de mortalité. Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (Inserm, 2020), en 2019, l'obésité concernait 17% des adultes en France et 13% dans le monde.

L'obésité témoigne d'une mise en échec du système de régulation des réserves énergétiques par des facteurs externes (modes de vie, environnement) et/ou internes (psychologiques, biologiques). (Basdevant, 2006)

Il est rare qu'un seul facteur soit à l'origine de cette maladie. Plusieurs déterminants rentrent en jeu, chacun pouvant influencer un autre. Le développement de la masse grasse est sous l'influence de facteurs génétiques qui s'expriment en fonction de facteurs environnementaux et comportementaux. (Faucher & Poitou, 2015)

Il existe aussi un lien direct entre l'obésité et la génétique, mais les obésités génétiques ne représentent que moins de 5% des obésités. Dans les 95% restants, une majorité de ces personnes ont des prédispositions génétiques à stocker, qui se manifestent ou non en fonction de l'environnement. L'étude des jumeaux permet d'illustrer cette interaction gènes-environnement. (Bouchard, Tremblay, & Després, 1990)

Dans le rapport à la direction générale de la santé et à la direction générale de l'offre de soin (Ziegler, et al., 2014), le même constat est établi : l'obésité est la conséquence de l'interaction entre une prédisposition biologique et de multiples paramètres de l'environnement. Le mode de vie interagit avec de nombreux facteurs que l'on regroupe sous le terme d'exposome (microbiote intestinale, polluants, perturbateurs endocriniens, anomalies du sommeil, faibles liens sociaux, urbanisme défavorable...). L'étiologie de l'obésité se visualise donc plus comme un système interactif qu'un enchaînement linéaire.

Plusieurs facteurs biologiques interviennent dans ce système. L'homéostasie énergétique, ou le fait d'absorber une quantité de calories identique à celle dépensée, est permise grâce à des systèmes internes de régulation. Ces systèmes physiologiques complexes impliquent des hormones et des neuromédiateurs qui vont permettre la régulation du poids de manière naturelle. (Carraz, 2017). Cette balance énergétique peut être déséquilibrée par une augmentation des entrées caloriques (aliments riches principalement) ou par une diminution des sorties (sédentarité par exemple). D'autres facteurs sont à prendre en compte dans ce déséquilibre comme les neuroleptiques, les corticoïdes, les hormones, l'hypothyroïdie...

Une étude sur le circuit de la récompense alimentaire chez les patients obèses (Coppin, Sander, Golay, & Pataky, 2018) démontre que l'équilibre énergétique et le poids corporel ne dépendent pas simplement des apports caloriques.

La régulation centrale de l'appétit et de la satiété est complexe. Elle est influencée par une multitude de variables. Les études par Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) permettent de mettre en évidence que l'obésité est accompagnée d'une augmentation du « Wanting » et d'une diminution du « Liking » alimentaire, en d'autres termes, désir et plaisir à manger.

De plus, les aliments riches en sucre et matière grasse stimulent le circuit de récompense. Or, la régulation de la prise alimentaire est notamment contrôlée au niveau cérébral par ce système de récompense. Les aliments hautement transformés, avec des graisses ajoutées et/ou des hydrates de carbone raffinés (par exemples pizza, chocolat, boissons sucrées) auraient la capacité de déclencher une réponse addictive, particulièrement marquée chez certaines personnes (Coppin, Sander, Golay, & Pataky, 2018).

Depuis quelques années, plusieurs études se tournent vers la microbiote intestinale. Grober Jacques, qui effectue ses recherches au sein du centre de recherche Lipides Nutrition Cancer de l'INSERM, explique que les fonctions du microbiote peuvent avoir des répercussions dans le fonctionnement normal du corps ou lors de maladie, l'obésité étant une de ces maladies. Il existe 2 théories pouvant expliquer les effets de la microbiote sur la prise de masse grasse :

- Théorie énergétique : certaines bactéries présenteraient de plus grandes capacités à dégrader des molécules que nous ne sommes pas capables de digérer, comme les sucres complexes.
- Théorie inflammatoire : il semble que, par des mécanismes encore non élucidés, certaines molécules pro-inflammatoires (Lipopolysaccharides) présentes à la surface des bactéries, puissent dans certaines circonstances être en lien avec l'obésité.

Les facteurs psycho-sociaux sont également très présents. Des entretiens réalisés sur 2 mois parmi 60 patients de l'hôpital de jour du Service de Nutrition Clinique de Clermont-Ferrand en 2009, mettent en lumière les événements mis en lien par les patients avec la prise de poids. On peut les classer en 3 catégories :

Perte par la mort :

- deuil (30%)

Perte impliquant un deuil de soi :

- violences physiques, sexuelles et morales dans l'enfance (20%)
- troubles psychiatriques (11,5%)
- accident (10%) et opération/atteinte du corps (10%)

Perte relationnelle :

- divorce (6,5%)
- alcoolisme chez les parents (5%)
- conflit familiaux, retraite, déménagement, violences physiques à l'âge adulte (3%)

Des carences affectives sont également souvent présentes et peuvent engendrer des prises de nourriture dans le but de combler ces carences.

La restriction cognitive (RC) se définit comme une intention de contrôler consciemment et rationnellement le comportement alimentaire dans le but de maigrir ou de ne pas grossir (Haute autorité de santé, 2011). La RC est un acte d'autocontrôle. Or, tout acte d'autocontrôle nécessite de l'énergie psychologique (Dupont, et al., 2017). Selon la théorie de l'Ego Depletion, cette énergie psychologique est une ressource limitée et commune à toutes les sphères de la vie (travail, loisirs, relations). L'épuisement de cette ressource conduit à un échec d'autorégulation qui se manifeste notamment par des compulsions alimentaires (Beaumeister & Vohs, 2007). La RC risque donc de provoquer le résultat inverse de celui qui était recherché. Sur le long terme, une forte RC peut engendrer d'importantes fluctuations pondérales, en raison de l'alternance de régimes stricts et de phases de perte de contrôle.

La transmission des habitudes familiales n'est pas à négliger non plus. D'après Lecerf J-M (2001), le risque d'obésité s'élève à près de 70% si les deux parents sont touchés et 40% si un des deux parents l'est. Une étude sur l'intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale (Régnier & Masullo, 2009) indique que les rondeurs enfantines apparaissent plus tolérées chez les familles modestes, contrairement aux cadres qui laissent moins de tolérance au surpoids de l'enfant.

A cela, s'ajoutent les significations sociales. Apfeldorfer les explicite dans son ouvrage « Je mange donc je suis » (Apfeldorfer, 2006). Premièrement, les standards corporels évoluent sans cesse d'un pays à l'autre, d'une classe sociale à l'autre, d'une époque à l'autre, et exercent une certaine pression. Ainsi, le surpoids peut susciter de l'envie (idée que c'est le signe que la personne est riche, robuste etc...) ou bien de la répulsion (idée que la personne ne prend pas soin d'elle, ne correspond pas aux normes etc...). Deuxièmement, les personnes avec un niveau socio-économique faible sont plus exposées au risque d'obésité. Les enquêtes Santé de l'INSEE mettent en évidence la corrélation entre le niveau de diplôme et le risque d'être obèse. Plus l'individu est diplômé, plus la prévalence de l'obésité diminue. Ainsi, en France, 17% des personnes sans diplôme (brevet tout au plus) sont obèses en 2008, contre seulement 6% des personnes avec un niveau supérieur au baccalauréat.

Les facteurs environnementaux ont, eux aussi, un rôle prépondérant dans ce système interactif. L'abondance de la nourriture et sa facilité d'accès, ainsi que la sédentarisation de notre société sont des facteurs environnementaux possédant une influence négative sur la prise de masse grasse. Le développement des plats pré-cuisinés, ultra-transformés, le bas prix des aliments à haute teneur énergétique, la diabolisation de certains aliments, la valorisation des plats prêts en 5 minutes etc... autant d'éléments qui favorisent la malnutrition, la surconsommation et mettent à mal le respect de la triple fonction de l'alimentation.

La première fonction est biologique. Elle répond aux besoins énergétiques et nutritionnels et permet de maintenir constante la composition corporelle (notamment les réserves lipidiques). Elle est régulée par les sensations alimentaires (faim, rassasiement, satiété).

La deuxième fonction est relationnelle. L'alimentation a une symbolique culturelle. Elle est également un moyen de communication, de partage, de cohésion du groupe social. Enfin, la troisième fonction est émotionnelle. Elle implique les besoins psychoaffectifs, la gestion des émotions ainsi que le circuit de la récompense.

L'urbanisation a également sa place dans les facteurs environnementaux. Dans une ville où les commerces sont à proximité, les moyens de transports multipliés et le développement technologique, par exemple ascenseurs et escalators, la sédentarité ne peut que s'installer plus facilement et donc réduire les dépenses énergétiques. (Reyburn, 2010)

1.1.2. Les conséquences d'une maladie bio-psycho-sociale

L'endocrinologue Schlienger J-L (2010) explique que l'excès de poids n'est pas l'explication causale de toutes les maladies associées à l'obésité. Et tous les obèses ne sont pas égaux face au risque. Les mécanismes sont, soit mécaniques et reliés à l'excès de poids, soit systémiques du fait d'anomalies hormonales, métaboliques, inflammatoires, associées alors à la distribution du tissu adipeux dans le corps. Quoi qu'il en soit, l'intrication de ces mécanismes et des complications entraînent des tableaux cliniques complexes. Les complications les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires et respiratoires, le diabète de type 2 et l'arthrose.

Mais il existe en réalité une multitude de complications possibles :

- Risque d'AVC et d'hypertension multipliés par 3,
- Risque d'infarctus et de diabète multipliés par 2,
- Mycoses des plis, vergetures, irritations,
- Dyspnée, syndrome d'apnées du sommeil,
- Incontinence urinaire, troubles de la fertilité,
- Risque de certains cancers multiplié par 1,5 (sein, colon, endomètre, vésicule)...

Schlienger explique que l'excès de tissu adipeux viscéral augmente la quantité de certains médiateurs de l'inflammation et diminue l'adiponectine (qui à l'inverse possède des propriétés anti-inflammatoires et insulinosensibilisatrices).

Cela entraîne une activation des macrophages qui infiltrent le tissu adipeux, créant alors une méta-inflammation. La méta-inflammation contribue à l'installation d'une insulino-résistance et entraîne des anomalies immuno-inflammatoires. Ces modifications vont altérer le fonctionnement de différents organes (foie, muscles, système nerveux central) et vont donc favoriser les complications vues ci-dessus.

Les répercussions de l'obésité sur le système ostéoarticulaire sont fréquentes et liées aux contraintes mécaniques exercées sur les cartilages des principales articulations porteuses (genoux, hanches, colonne lombaire). Cela accentue la sédentarité qui contribue à majorer l'obésité et instaure une incapacité souvent à l'origine d'une invalidité professionnelle. (Schlienger, 2010)

Dû à la diminution des capacités, les personnes obèses rencontrent des difficultés dans la réalisation des actes quotidiens (s'habiller, se chausser, se lever d'une chaise ou d'un lit, se pencher etc...). Cela leur impose de fournir plus d'efforts qu'une autre personne et ne les encourage donc pas à adopter un mode de vie plus actif. (Hills, Henning, Byrne, & Steele, 2002)

Les limitations fonctionnelles et les douleurs physiques les orientent vers une sédentarité accrue. L'incompréhension par les autres de cette sédentarité et l'incompréhension qu'une tâche simple puisse demander énormément d'efforts, aboutissent à la stigmatisation. Ainsi, cette dernière, associée aux douleurs physiques, constituent des facteurs consolidant le comportement sédentaire, mais également une souffrance psychique.

Toutes les études s'accordent à dire que l'obésité diminue la qualité de vie et stigmatise la personne atteinte. L'environnement socio-culturel favorise l'obésité mais a parallèlement une opinion négative de celle-ci. Les « normes corporelles » accentuent le mal-être et la sensation d'exclusion. La discrimination et la culpabilisation dont sont victimes les personnes atteintes d'obésité peuvent avoir des retentissements conséquents aux niveaux psychologique et social.

L'obésité est associée à de nombreux stéréotypes tels que la paresse, le relâchement de la personne ou bien un manque de volonté. Ainsi, cette image de responsabilité de son corps entraîne une majorité des personnes obèses vers la culpabilité.

Parfois, ce processus se met en place dès l'enfance. Durant la scolarité, l'enfant peut être victime de stigmatisation sociale par les pairs, par le personnel éducatif mais également par les parents, ce qui ancre alors ce sentiment d'exclusion et d'anormalité. (Levasseur & Ortiz-Hernandez, 2017)

Une majorité des personnes atteintes d'obésité rapportent avoir vécu des expériences d'humiliations par la communauté en générale (lors de sorties par exemple) mais également par les médecins. Marquées par ces événements, elles réduisent les loisirs extérieurs ainsi que la fréquence des consultations médicales. (Forhan, Law, Vrkljan, & Taylor, 2010)

La diminution des consultations fait écho à la difficulté de diagnostiquer des troubles du comportement alimentaire (TCA). Parmi les différents TCA répertoriés dans le DSM-V, ce sont l'hyperphagie boulimique et les compulsions alimentaires qui sont prédominantes dans l'obésité. L'hyperphagie boulimique, ou Binge Eating Disorder (BED), touche 15 à 30% des personnes obèses. Selon une définition de l'HAS, « l'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie ». La boulimie est possible, mais rare dans l'obésité puisque les individus conservent un poids normal par le biais de comportements compensatoires. Quant aux compulsions alimentaires, elles correspondent à des accès hyperphagiques qui ne remplissent pas tous les critères du BED dans le DSM-V. Quel que soit le TCA, la personne qui en est victime ressent un fort sentiment de honte et de culpabilité à la suite de la prise alimentaire excessive.

L'obésité ne va pas systématiquement de paire avec les TCA. Cependant, les troubles alimentaires peuvent favoriser les conséquences psychologiques de l'obésité. Mais l'inverse est également vrai. Certaines personnes malades s'accordent à dire que, lors des moments difficiles à gérer psychologiquement, elles « ne se nourrissent pas mais mangent leurs émotions ». Elles font face à une compulsion irrésistible de se remplir de nourriture. Les finalités de ces prises alimentaires excessives sont multiples : pour régler des situations conflictuelles, la prise de nourriture devient un acte auto agressif où est exprimée la colère, l'angoisse et le stress, pour lutter contre la dépression etc...

A cela s'ajoutent différentes symboliques du corps obèse qui peut alors constituer une carapace, comme une barrière de protection contre le monde extérieur. (Collectif, 2005)

Le concept d'image du corps a été développé dans les années 1930 par le clinicien Paul Schilder, également neurologue, psychiatre et psychanalyste. Il le définit ainsi « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-même ». L'image du corps nous amène vers une représentation de soi, elle fait donc partie de notre identité. C'est un processus mental complexe où les perceptions corporelles s'intriquent avec une dimension affective. L'image du corps est modulable tout au long de la vie. Elle peut varier en fonction d'une multitude d'éléments : la pesanteur, la position du corps dans l'espace, les prises/pertes de poids etc...

Lorsque la personne est obèse, le poids du corps est ressenti de façon plus intense. Ainsi, une grande proportion d'obèses se perçoivent plus larges, plus trapus qu'ils ne le sont en réalité. La dimension affective accentue ce phénomène puisque, lorsque la personne n'aime pas son corps, l'image du corps qu'elle s'en fait met l'accent sur les aspects qui lui déplaisent. De plus, les sensations du corps sont modifiées. Certaines zones cutanées sont plus intensément ressenties, comme les zones où le corps appuie et les zones des frictions.

D'autres zones du corps sont inaccessibles et tendent à être progressivement ignorées. Le corps, moins malléable, est alors perçu plus rigide. Le cercle vicieux se met en place : plus l'image du corps se dégrade moins la personne bouge. Toutes ces impressions et sensations modifient l'image du corps qui, elle-même, s'additionne aux conséquences psychologiques. (Apfeldorfer, 2006)

Concernant les conséquences socio-économiques, la cascade de multiples pathologies liées à l'obésité engendre des coûts de santé importants. La dépense économique de santé d'un patient obèse représente 2500 euros contre 1220 euros pour les patient non obèses. (Emery, et al., 2008)

De plus, les personnes atteintes rencontrent des difficultés à l'embauche. Pour certains employeurs, être obèse renvoie l'image que la personne sera moins efficace dans la réalisation des tâches. (Forhan, Law, Vrkljan, & Taylor, 2010)

1.1.3. Ergothérapie et obésité

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2019) « L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. » L'ergothérapie est une profession centrée sur le développement et le maintien de la capacité d'agir des personnes. Elle contribue à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie. Elle facilite également la participation en permettant de prendre part aux activités quotidiennes. Acquérir un niveau d'autonomie et d'indépendance le plus élevé possible, malgré un handicap, constitue une mission prédominante de l'ergothérapeute.

Selon Doris Pierce, l'ergothérapeute privilégie l'occupation sous toutes ses formes pour faciliter l'acquisition ou le maintien du maximum d'autonomie. La satisfaction doit être la plus grande possible pour la personne qui est vulnérable ou qui est confrontée à une situation de handicap et pour son entourage.

En ergothérapie, l'occupation peut être un moyen (utilisé pour développer des capacités par exemple), mais également être un objectif (être indépendant dans la réalisation de la toilette par exemple).

L'occupation humaine se définit comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique. (Kielhofner, 2002) Le groupe ENOTHE (European Network of Occupational Therapy) définit l'occupation comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisirs. » Ainsi, l'occupation permet d'organiser sa vie ; de développer ses habiletés, ses compétences, ses connaissances ; de s'adapter à son environnement, de le modifier ; de satisfaire ses besoins ; d'exprimer ses valeurs.

D'après l'ANFE « L'activité ou l'Occupation est 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 du sens pour elle. »

La science de l'occupation est un domaine de recherche qui vise à prouver l'impact de l'engagement dans des occupations sur la santé et le bien-être. L'occupation est donc le concept central de la science de l'occupation, mais également la notion fondamentale de l'ergothérapie. Les sciences de l'occupation ciblent la compréhension du sens et de la signification des occupations pour la santé de la personne. D'ailleurs, pour se maintenir en santé, cette dernière doit trouver un équilibre occupationnel (EO) satisfaisant. (Kühne & Tétreault, 2017)

L'équilibre occupationnel fait partie intégrante de l'équilibre de vie. C'est un moyen pour acquérir un sentiment de bien-être et des activités significatives. L'EO peut être défini comme l'expérience subjective de l'individu d'avoir le « bon mélange » d'occupations dans son profil occupationnel. (Wagman, Håkansson, & Björklund, 2011) Cela signifie que l'obtention de cet équilibre unique se fait grâce à la quantité et la variété des occupations.

Le concept de l'EO est subjectif, d'une part parce que chaque individu possède un profil occupationnel différent, et d'autre part parce que le classement au sein des 3 catégories – soins personnels, productivité, loisirs – varie également. Par exemple, la cuisine peut être classée comme loisir par certains, et comme productivité par d'autres. (Backman, 2004)

Néanmoins, dans chaque occupation nous retrouvons trois notions : la performance, l'engagement et la participation.

La performance est définie par Meyer comme « le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement. » La réalisation est la partie observable de la performance par un tiers. L'évaluation intervient également dans la performance. C'est grâce à l'analyse que fait la personne de son occupation qu'elle pourra par la suite s'adapter et améliorer les conditions. Ainsi, plus l'occupation est répétée, plus la performance sera élevée.

« Le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » correspond à l'engagement. C'est le côté motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation. L'engagement peut avoir des effets sur la performance. Si cette dernière exige des efforts mais que la personne est engagée à aller jusqu'au bout, alors elle pourra se sentir satisfaite et avoir une meilleure performance. A contrario, la personne peut se sentir désengagée dans certaines occupations, par exemple dans le domaine de la vie domestique. Dans ce cas, la performance est plus pénible. Néanmoins, l'engagement n'est pas non plus absent, puisque ces occupations contraignantes sont suffisamment valorisées dans la société pour que la personne réalise la performance occupationnelle attendue.

La participation est « l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées. » La participation peut s'apercevoir dans tous les domaines de l'occupation, lorsque celle-ci survient dans un contexte social. L'interaction sociale, via cette occupation, peut être directe (deux individus la réalisent ensemble) et indirecte (juste une coprésence lorsqu'une des deux personnes la réalise).

Mais la participation ne se limite pas en un lieu réel puisque les interactions peuvent être différées. Cela peut être, par exemple, un calendrier hebdomadaire utilisé par toute la famille dans l'occupation "organisation de la vie de famille". Certaines occupations ne nécessitent aucune interaction sociale, la notion de participation ne peut donc être citée. (Meyer, 2018)

Plusieurs études, réunies dans celle de Backman (2004), montrent une corrélation entre l'équilibre occupationnel, l'état de santé et le sentiment de satisfaction. Quand la composition des occupations était bien coordonnée, les personnes établissaient un lien positif avec la santé et le bien-être. Quand il y avait dissonance entre les occupations, les personnes tendaient à moins de satisfaction et de bien-être. Ces études mettent également en lumière le phénomène dynamique de l'EO. Ce n'est pas quelque chose qui, une fois atteint, reste en place.

Le coefficient de Spearman montre une corrélation entre l'augmentation de l'IMC et la limitation d'indépendance ainsi que la restriction sociale (Caire, Ruffel, & Gonin, 2018). Cela reflète l'évolution que peut avoir l'équilibre occupationnel en fonction d'une multitude de variables. Concernant les personnes atteintes d'obésité, il leur est difficile de réaliser un grand nombre d'activités à cause de leur poids. Ces difficultés interviennent dans tous les domaines de l'occupation, bien que les principales problématiques touchent souvent l'hygiène, la mobilité et les loisirs. Les adultes atteints d'obésité s'adonnent à des activités de la vie quotidienne, mais la diversité et la qualité sont limitées par des facteurs personnels et des barrières environnementales. Les conséquences physiques de l'obésité limitent la performance, l'engagement et la participation. Les conséquences psychologiques peuvent limiter encore plus les occupations puisque certaines personnes se restreignent elles-mêmes dans les sorties. (Forhan, Law, Vrkljan, & Taylor, 2010)

S'ajoutent, aux conséquences physiques et psychologiques, les obstacles environnementaux qui freinent leur participation, leurs sorties et donc contribuent au déséquilibre occupationnel. En effet, la loi sur l'accessibilité de 2005 ne précise pas l'obligation d'adaptation des locaux aux personnes en surpoids.

En considérant le processus de rétablissement par l'engagement occupationnel, les ergothérapeutes peuvent adapter leur pratique pour aider les individus à explorer et redécouvrir leurs propres préférences occupationnelles et besoins. (Doroud, Fossey, & Fortune, 2015)

L'ergothérapie joue un rôle important dans la prévention et la promotion de la santé chez les patients obèses. Grâce à des interventions ciblées, l'ergothérapeute sensibilise davantage aux risques, maladies et incapacités associés, mais aussi aux bienfaits de la perte de poids, de la reprise de l'activité physique et des adaptations permettant la participation aux occupations. La perte de poids est un moyen pour faciliter la reprise des activités mais ne constitue pas le but de l'ergothérapeute. Son rôle est de faciliter la reprise des occupations signifiantes et significatives en accompagnant le patient dans son changement d'habitude de vie. Pour cela, il évalue les répercussions fonctionnelles de l'obésité sur les activités quotidiennes, professionnelles et sociales.

Il est essentiel qu'il ait toutes les connaissances nécessaires à la compréhension de cette pathologie complexe et qu'il mène des entretiens complets avec le patient afin de cerner tous les aspects et problématiques de ce dernier. L'ergothérapeute, en collaboration avec le patient, pourra alors établir des objectifs centrés sur le patient et mettre en œuvre une prise en soin pertinente. La collaboration, l'approche client-centré et le lien thérapeutique sont susceptibles de renforcer la participation et la motivation, indispensables durant la prise en soins, pour permettre le transfert des acquis dans leur milieu écologique.

La prise en charge ergothérapique participe donc au développement et à l'installation d'un changement de vie durable et individualisé. Grâce à sa vision globale, l'ergothérapeute peut agir en instaurant une intervention en fonction des habitudes de la personne et de ses préférences. Il peut également analyser les composantes déficitaires dans les AVQ et adapter l'environnement pour réduire les situations de handicap. (Lin, Su, & Ma, 2012)

Les recommandations de l'OMS (2017) soulignent l'importance d'investir une éducation à la santé tournée vers le développement de l'empowerment et de la parole donnée aux patients. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) remplit ces critères. Les programmes d'ETP peuvent être élaborés pour toute pathologie chronique, telle que l'obésité. Ces programmes visent à aider la personne à prendre soin d'elle-même, à apprendre à vivre avec sa maladie et mieux la gérer en autonomie, à améliorer la qualité de vie...

« La qualité de vie est une perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » (OMS) La qualité est donc vraiment propre à chacun. Ainsi, apporter le vécu du patient dans la prise en charge permet d'adapter au mieux l'intervention et favoriser l'adhésion au programme de soin. Un apprentissage chez l'adulte implique souvent une déconstruction-reconstruction continue de conceptions et le soignant, grâce au lien thérapeutique, peut être un facilitateur dans cette aventure.

Les prises en charge des personnes obèses sont souvent longues et laborieuses. Il existe des comportements et des représentations qui peuvent faire obstacles. On retrouve les croyances de santé avec, par exemple, les complications qui sont généralement silencieuses et donc le patient ne se sent pas concerné, les représentations sociales (par exemple 'on ne jette pas la nourriture'), ou encore les représentations des soignants. (Barthassat, Lager, & Golay, 2008)

L'ETP tient une place centrale dans le traitement de l'obésité. C'est pour cela que Golay Alain (2007) propose une éducation thérapeutique en 4 dimensions qui prend en compte les principales résistances à la perte de poids pour ensuite proposer et instaurer plus facilement des changements de comportements via ces 4 dimensions. Afin d'être encore plus riche pour le patient, l'éducation thérapeutique se réalise en interdisciplinarité.

Lors de la prise en soins d'un patient avec une obésité, l'ergothérapeute est un acteur compétent dans différentes parties du processus d'intervention, tant dans les interventions individuelles que multidisciplinaires. Il contribue aux résultats des interventions grâce à une approche holistique, en fournissant des connaissances sur le rôle de l'occupation humaine, en soutenant les changements de comportements en matière de santé et en favorisant le plaisir d'être actif. (Nielsen & Christensen, 2018)

1.2. Enquête exploratoire

Suite aux connaissances recueillies à l'aide des précédentes sources bibliographiques, j'ai réalisé un questionnaire de 8 questions à destination d'ergothérapeutes ayant réalisé des prises en charge auprès de patients obèses. Le but de ce questionnaire est de mieux cerner les caractéristiques de ces prises en charge et les difficultés rencontrées. La profession semble peu répandue dans les structures spécialisées.

Ainsi j'ai obtenu cinq réponses d'ergothérapeutes travaillant dans différents domaines : soins de suite et de réadaptation (SSR), conseil départemental, SSR nutrition, centre hospitalier dont 20% d'intervention en nutrition.

Quand la prise en soin n'était pas directement liée à la maladie (40%), elle était liée à des complications secondaires et des situations handicapantes. Parmi les cinq réponses, quatre ont répondu oui à la question « le patient présentait-il un trouble du comportement alimentaire ? ». Deux ont répondu non.

Concernant l'objectif principal de la prise en soin, il semble être principalement orienté sur la réduction des situations handicapantes, la modification des habitudes de vie ainsi que la mise en place d'adaptations. Une seule réponse mettait en avant la perte de poids et l'augmentation de l'activité physique.

Il existe quelques spécificités à prendre en compte dans la prise en charge avec ces patients. Selon les réponses, cela correspond notamment à l'image que les patients ont d'eux-mêmes, une écoute active constante, des équipements adaptés au poids... Une réponse précise également qu'il est possible d'être confronté au fait que le patient ne voit pas d'intérêt dans ce qui peut être mis en place, puisqu'il a l'idée de maigrir prochainement.

Enfin, tous ont répertorié des difficultés particulières : manque de formation pour cette population, manque de matériel spécifique et difficultés à trouver des articles scientifiques en français.

1.3. Question de recherche

La promotion de la santé en ergothérapie se fait notamment par la mise en place d'activités. La prise en charge de l'obésité nécessite d'accompagner le patient dans des changements de comportement et dans ses apprentissages. Ceci implique de l'aider à prendre conscience de ce qui guide ses habitudes et son comportement alimentaire. Une problématique apparaît alors : Comment casser le cercle vicieux des compulsions alimentaires et ainsi réduire la dépendance à l'aliment ?

Et si la notion de plaisir est bouleversée dans les troubles alimentaires, elle l'est également dans la réalisation des occupations. On peut donc se questionner sur l'hypothèse que retrouver un équilibre occupationnel pourrait ramener une sorte d'équilibre alimentaire. Ainsi, le développement du bien-être lié à l'équilibre occupationnel serait susceptible de réduire les troubles alimentaires. Cette réduction pourrait également être à l'origine d'une perte de poids et par conséquent d'une meilleure mobilité, d'un gain de motivation, d'un développement de confiance en soi ainsi qu'une augmentation de la sociabilisation.

Grâce aux informations recueillies dans la revue de littérature, nous avons pu voir que le déficit occupationnel dû à l'obésité limite l'engagement et réduit la participation. De ce fait, l'estime de soi est affaiblie et la capacité à répondre à ses besoins devient limitée. Le déséquilibre occupationnel est la résultante de cette chaîne de causalité qui impacte sur la qualité de vie et influe l'équilibre de vie.

Ainsi, nous pouvons arriver à la question de recherche suivante :

Quel est le potentiel de l'occupation dans la diminution de la prise alimentaire chez des patients adultes atteints d'obésité ?

1.4. Cadre éthique

Pour mener à bien cette recherche, des entretiens seront menés auprès d'ergothérapeutes ayant déjà pris en charge des patients atteints d'obésité. Il est donc nécessaire de respecter certaines règles. Cela consistera à adopter un comportement adéquate lors de ces entretiens, à respecter les personnes ainsi que leurs propos et idéologies. Leur vie privée sera respectée et ne sera pas abordée. Ces entretiens seront enregistrés vocalement afin de les retranscrire dans le but de mieux traiter les données ultérieurement. Pour cela, un document de non-opposition sera signé par les participants afin de recueillir leur consentement. Au début de l'enregistrement, les ergothérapeutes reconfirmeront leur consentement par voix orale.

Au vue de la situation sanitaire actuelle, les entretiens se dérouleront par téléphone. De plus, cela facilite l'organisation pour fixer un rendez-vous. Néanmoins, l'entretien téléphonique supprime le langage corporel. L'utilisation des données dans le mémoire sera faite de façon anonymisée afin de n'avoir aucun signe distinctif pouvant permettre l'identification des personnes interrogées et des patients mentionnés.

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Choix de la population

Avant de mener mes entretiens, j'ai établi des critères d'inclusions afin de cibler la population à interroger. Lors de mes recherches, j'ai pu constater que très peu d'ergothérapeutes interviennent spécifiquement auprès de patients obèses. J'ai donc fait le choix de n'avoir qu'un seul critère d'inclusion. Il correspond à des ergothérapeutes ayant déjà pris en charge des patients atteints d'obésité. Le nombre d'années exercées par l'ergothérapeute, le nombre de patients obèses pris en charge etc... étaient des critères risquant de fortement limiter le nombre d'entretien.

Pour cela, j'ai pu contacter les ergothérapeutes qui m'ont laissé leur adresse mail lors de l'enquête exploratoire. J'ai complété cette liste grâce à d'autres professionnels, avec lesquels j'ai échangé autour de mon mémoire, qui ont pu me communiquer des adresses mails d'ergothérapeutes rentrant dans mon critère. Finalement, cinq ergothérapeutes ont accepté de participer.

2.2. Choix de l'outil

2.2.1. *Développement de l'outil*

L'outil que j'ai choisi d'utiliser est l'entretien individuel semi-directif. Il comporte plusieurs questions ouvertes classées en thèmes. Les questions ouvertes permettent d'avoir le maximum d'informations possible sans que l'interlocuteur ne soit influencé par une réponse type. L'entretien comporte également des questions de relances afin de dynamiser l'échange et récolter d'éventuelles informations manquantes.

Pour élaborer les questions, j'ai pu reprendre point par point les différents éléments de la première partie menant à la question de recherche, ainsi que les réponses obtenues à l'enquête exploratoire. Cela m'a permis de cibler plus facilement les questions pertinentes dans le but de répondre à ma question de recherche.

L'utilisation de l'entretien semi-directif est utilisée, ici, dans le but d'identifier la perception de la santé et l'expérience vécue de la maladie chronique par des patients, en vue d'analyser le potentiel de l'ergothérapie dans la diminution des troubles. Cet outil permet de poser une série de questions tout en laissant la personne libre de s'exprimer et de développer ses arguments.

Ces entretiens se sont déroulés de mars à avril. Les conditions sanitaires liées au COVID-19 ainsi que la position géographique de chacun n'ont pas permis de réaliser les entretiens en présentiel. Après avoir proposé l'entretien par visio-conférence ou par téléphone, j'ai pu les mener par téléphone. En effet, les connexions internet ainsi que le matériel nécessaire n'étaient pas toujours disponibles.

2.2.2. Description de l'outil

La trame de l'entretien est composée de quatre thèmes généraux : les origines et caractéristiques de l'obésité, le comportement alimentaire, l'aspect psychologique, les occupations. Chaque thème comporte plusieurs questions principales, avec des questions de relance si besoin.

Le premier thème porte sur les origines et les caractéristiques de l'obésité. Il questionne le grade de l'obésité dans lequel se situent les patients et si les patients font un lien entre leur prise de poids et un évènement. Ce thème a pour but de constater quelles seront les différences et points communs dans l'occupation, en fonction du grade et de l'origine de l'obésité.

Le deuxième thème interroge le comportement alimentaire des patients. Il permet de distinguer les patients présentant un trouble alimentaire ou non. Si c'est le cas, est-ce qu'ils en sont conscients, quel en est l'impact sur leur mode de vie ? Il permet également d'apprécier l'évolution du trouble à la fin de la prise en charge.

Le troisième thème aborde l'aspect psychologique. Ce n'est pas le thème le plus développé puisque j'interroge des ergothérapeutes. Néanmoins, il permet d'avoir un aperçu des barrières psychologiques et leurs retentissements sur la vie quotidienne.

Le dernier thème est ciblé sur les occupations, avec une sous-partie portée plus particulièrement sur l'intervention de l'ergothérapeute. Les intérêts des questions de ce thème sont multiples : voir si des similitudes sont présentes entre les domaines ou si un domaine est plus impacté qu'un autre, visualiser le déséquilibre occupationnel, connaître les facteurs aggravant de celui-ci, savoir si l'équilibre occupationnel a pu être atteint en fin de prise en charge.

2.3. Mode d'analyse des données

Afin de pouvoir analyser au mieux les données, les entretiens téléphoniques ont été enregistrés pour ensuite être retranscrits. Cela permet de pouvoir traiter l'intégralité des données et être sûr de garder les formulations et le vocabulaire employés par le professionnel interrogé. Ensuite, une analyse transversale permettra de mettre en relation chaque entretien et de comparer les propos des ergothérapeutes interrogés.

3. Analyse des données et principaux résultats

L'analyse utilisée ici permet de synthétiser les résultats obtenus, puis de les confronter à la littérature. Pour cela, les résultats sont classés en six thèmes en fonction des idées clés qui sont apparues dans les entretiens.

3.1. L'origine de l'obésité

Bien que certains patients n'en soient pas conscients ou non concernés, il apparaît clairement qu'un évènement traumatique est souvent à l'origine de l'obésité. Ces évènements déclencheurs peuvent être très variés et survenir à tout âge. Cela peut être des traumatismes familiaux, des viols, un décès précoce, des enfants battus, une perte d'emploi, l'alcoolisme etc...

Quelques patients ont rapporté qu'ils ont toujours été « costauds », ou qu'ils se sont « juste laisser aller ». De plus, il est possible que des patients ne fassent un lien avec un évènement qu'après le début de la prise en charge, avec l'aide du psychologue. « C'est justement un des objectifs de la prise en charge en collaboration avec la psychologue. »

« Dans un premier temps, ils remettent l'obésité sur une activité fonctionnelle : moins de sport, grignotage... mais ils oublient la part du psychologique. »

La majorité des patients vus par les cinq participantes se situent en obésité de grade trois.

3.2. L'impact du comportement alimentaire

Toute personne atteinte d'obésité ne présente pas systématiquement un trouble du comportement alimentaire. Cependant, les réponses indiquent que beaucoup de patients présentent un trouble, sans nécessairement avoir un TCA diagnostiqué. L'hyperphagie boulimique (ou binge eating disorder) est la plus fréquente. Cela peut également être des comportements boulimiques suivis de restrictions alimentaires, ou encore du grignotage fréquent. Les patients qui présentent un trouble, ressentent souvent du dégoût, de la honte et de la culpabilité envers leur comportement alimentaire. « C'est même pas plaisant pour eux, ils ne prennent pas forcément plaisir et puis après il y a la culpabilité en plus qui s'installe. C'est jamais vraiment plaisant. »

Pour d'autres, l'aspect culturel prend une place importante dans le mode d'alimentation. Certains patients minimisent l'ampleur des troubles. « Ils disent qu'ils ne mangent pas beaucoup, parfois pas le matin etc... et puis après on se rend compte qu'il doit y avoir des comportements bien plus importants au domicile que ce qu'ils décrivent à l'arrivée. » D'autres encore ne sont simplement pas conscients de ce qu'est l'équilibre alimentaire. Cela reste très patient-dépendant.

Que le patient soit conscient ou non des problèmes, toutes les sphères de la vie sont impactées par le comportement alimentaire. Les personnes n'ont quasiment plus d'activités, ni de plaisir. « Par exemple, j'ai en tête une dame dont son mode de vie était très austère. Elle cuisine le dimanche, elle fait ses boîtes pour la semaine et en fait il n'y a plus aucun plaisir dans l'alimentation. Mais c'est valable pour plein d'autres choses où il n'y a plus de plaisir : au niveau sexuel, les sorties etc... » Elles sont sédentaires et dépendantes pour toutes les activités de la vie quotidienne.

L'isolement social est accentué notamment par la honte qui peut les empêcher de sortir chez des amis. Certains comportements vont apparaître, comme dépenser beaucoup dans les courses par peur de manquer. Globalement, l'isolement social et le côté financier sont les deux répercussions ressortant le plus. « Manger de tout, tout le temps va coûter plus cher, donc il y a moins de sorties, cela créé un isolement social. »

3.3. Les conséquences psychologiques

Les conséquences psychologiques sur les occupations sont importantes. Il ressort, dans chaque entretien, une absence d'interaction sociale, pas de variété dans les activités, une dévalorisation constante avec une perte de motivation et de confiance en soi. Tous ont également rapporté des restrictions dans les sorties à cause de la grossophobie. « Ils vont s'empêcher d'aller à la piscine, à la mer, parce que dès qu'il y a de la nudité, les regards sont présents et c'est trop difficile pour eux. »

Une des ergothérapeutes interrogées précise que les conséquences sont vraiment propres à l'histoire de vie du patient. Pour mieux comprendre, elle donne l'exemple d'une patiente atteinte d'hyperphagie boulimique, avec une histoire conjugale malsaine où le mari lui interdisait de sortir. Elle s'est ensuite retrouvée à la rue. Ainsi, lorsqu'elle est sortie de cette situation, la patiente achetait de la nourriture en grande quantité en se disant « si un jour je ne peux plus manger j'aurai déjà mangé ».

A l'unanimité, ils ont affirmé que des patients se restreignent eux-mêmes dans les sorties. Ils l'expliquent par le regard des autres et la stigmatisation, le manque de confiance, la peur de se faire mal à cause des troubles musculosquelettiques... Ils précisent également, qu'en plus des restrictions psychologiques, c'est parfois le manque d'adaptations du milieu urbain qui est très limitant. « Il y a vraiment un isolement de par la stigmatisation, la honte et la culpabilité qu'ils ont de leur mode alimentaire. Une autre chose qui pose problème c'est d'aller aux toilettes publiques. Pour un homme obèse qui n'a pas accès à son sexe, c'est contraignant par exemple. »

3.4. Les difficultés occupationnelles

Tous les domaines d'occupation sont impactés. Quatre activités de soins personnels le sont d'autant plus : l'habillage, la toilette, aller aux WC et réaliser les transferts. Les difficultés au niveau de l'habillage concernent les membres inférieurs : mettre les chaussures, les bas de contention, les chaussettes... C'est également le cas pour la toilette : se laver les pieds, couper les ongles... Essuyer les parties intimes après l'élimination est également un problème rencontré dont les patients n'osent pas systématiquement en parler. « Dire par exemple qu'on a des difficultés d'aller faire ses courses c'est pas vraiment péjoratif. Dire qu'on a des difficultés à s'essuyer quand on va aux toilettes c'est un peu plus gênant. » Concernant les transferts, il leur est compliqué de se mobiliser dans le lit et de réaliser les transferts au lit en totale indépendance.

Chaque participant à l'étude explique les difficultés dans les soins personnels par les capacités limitées des patients, mais également par l'agencement du logement. Les obstacles se situent surtout au niveau de la salle bain avec une douche trop étroite ou une baignoire à enjamber. De plus, le manque d'aide technique adaptée sur le marché ne permet pas de pallier ces difficultés. Le second obstacle concerne les logements sans ascenseur. Prendre les escaliers, avec des courses par exemple, demande souvent un grand effort aux patients. Une participante a également relevé que lorsque les personnes louent des logements sociaux, les démarches pour réaliser des travaux voire se reloger, sont plus lentes.

Les activités de loisirs sont des activités sédentaires : télévision, mots croisés, ordinateur notamment.

Au niveau de la productivité, la majorité des patients sont en arrêt ou en invalidité professionnelle. Il y a également un certain nombre de retraités. Quelques un exercent encore lorsque le travail reste sédentaire. Les limitations s'expliquent principalement par les douleurs et les complications secondaires de l'obésité. Ils ne peuvent pas rester longtemps debout, ni être toujours assis. En effet le travail est une activité qui demande beaucoup d'énergie et implique des déplacements fatigants.

« Ils ont besoin vraiment d'avoir des postes adaptés car ils ont des problèmes autres : le souffle, problèmes cardiaques... tout va être impacté. »

La reprise de l'emploi semble rarement être une priorité. Ils expriment avoir déjà beaucoup de mal à reprendre une quelconque activité, qu'il est inenvisageable pour eux de reprendre le travail. De plus, c'est parfois l'angoisse liée à la désocialisation qui empêche cette reprise.

3.5. Les évolutions à la fin de la prise en charge

Lorsque l'hospitalisation touche à sa fin, le trouble du comportement alimentaire n'a pas forcément évolué. Néanmoins, la prise de conscience est souvent présente chez les patients. Pour ceux dont le comportement alimentaire a pu évoluer positivement, ils essayent de maintenir des comportements plus sains à domicile. Cela peut se faire à l'aide de fiches données par la diététicienne par exemple. Pour d'autres, l'évolution est patient-dépendant. Cela va dépendre premièrement du motif d'hospitalisation. Il y a une différence notable si le patient est venu de lui-même ou s'il a été orienté par un médecin ou un tiers. Les soignants observent de meilleurs résultats lorsque c'est de la propre initiative du patient.

Deuxièmement, cela peut dépendre également de l'évolution du problème sous-jacent. « Pour certaines personnes ça va évoluer positivement, il y aura eu le déclic. Ils ont réussi à prendre la motivation. Mais il y en a quand même où ça reste un échec. Ça n'a pas marché et souvent le problème sous-jacent n'a pas été réglé. » La participante qui a soulevé ce point explique que, les personnes qui ont un problème psychologique, qui ont vécu un traumatisme et qui refusent de consulter la psychologue, ne garderont pas une motivation à long terme. Et ce, malgré les efforts qu'ils feront au cours de la prise en charge.

Concernant le développement de la diversité et de la qualité dans les activités, les réponses sont variées. Pour la participante qui explique le problème sous-jacent précédemment, le constat est le même pour l'évolution des activités. Certains patients ont changé leur routine et observent un changement signifiant dans les activités de la vie quotidienne.

Elle précise qu'ils ont augmenté leur activité physique, mais surtout le nombre d'AVQ. Pour les autres patients qui gardent un problème sous-jacent, elle observe que les difficultés sont toujours présentes trois mois après.

Une autre participante relève, la plupart du temps, une amélioration pour la toilette, l'habillage et une meilleure indépendance dans la globalité. Elle insiste sur cette réussite grâce à la pluridisciplinarité, l'éducation thérapeutique, la mise en place d'aides techniques et une activité physique adaptée.

La troisième participante fait le même constat. Elle observe une amélioration de la marche, de l'autonomie à la toilette et à l'habillage. Cependant, elle précise aussi qu'il est important de penser aux loisirs et de ne pas se focaliser uniquement sur la toilette. « On essaie de les guider vers un retour aux activités, mais on essaie aussi de diversifier. Il faut penser aux loisirs, il n'y a pas que la toilette. » Cette ergothérapeute note généralement du progrès, avec parfois une rechute.

Quant à la quatrième participante elle observe très peu d'évolution, pour diverses raisons. La prise en charge est centrée sur l'activité physique pour perdre du poids et elle ne dure que quelques semaines. De plus, l'ergothérapeute intervenant dans plusieurs services, elle n'avait pas assez de temps pour réaliser une prise en charge axée sur les activités signifiantes.

Enfin, la dernière participante estime ne pas avoir assez d'éléments pour répondre à cette question. Elle explique que le temps d'hospitalisation complète avec seulement quelques weekends de permission, ne permet pas de se réengager pleinement. Elle réalise donc l'apprentissage de ce réengagement et comment le maintenir à domicile. Mais elle n'a pas de retour sur ce que les patients ont réussi à mettre en place à la sortie.

Le manque de suivi à domicile est un point également rapporté par les autres participants. Il est donc courant que les professionnels de santé n'aient pas de regard sur ce qui est mis en place et maintenu au domicile par le patient.

3.6. La pratique ergothérapique

Quelque soit la pratique appliquée par l'ergothérapeute, les leviers et les freins de la prise en charge restent sensiblement les mêmes.

A propos des freins, les participants citent :

- Des comorbidités associées
- La culture
- L'entourage familial
- L'estime qu'ont les patients d'eux-mêmes
- Une condition physique très grabataire à l'arrivée : un temps doit s'écouler pour qu'ils gagnent en mobilité avant de pouvoir intervenir sur des activités concrètes
- Une absence de prise de conscience : refus d'aide technique
- Un « petit niveau intellectuel » et des troubles cognitifs : pour intégrer les informations alimentaires, suivre les programmes à domicile
- Le manque de solutions face à certaines situations : des problèmes musculosquelettiques empêchant des mouvements, des places de cinéma trop étroites etc...

A propos des leviers, les participants citent :

- L'entourage familial
- La motivation : lorsque l'initiative vient du patient
- L'envie d'atteindre l'objectif
- Avoir un retour à domicile dans de bonnes conditions
- La perte de poids : le patient voit des résultats et la motivation s'accroît
- Les séances en groupe : les patients s'encouragent et trouvent des solutions entre eux

Les outils utilisés par les ergothérapeutes pour favoriser l'équilibre occupationnel sont assez variés selon le participant et la structure dans laquelle il exerce. La mise en place de séances individuelles et d'aides techniques restent deux éléments présents dans les prises en charge de tous les participants.

En début de prise en charge, trois participantes réalisent un bilan d'autonomie dans le but de cerner les difficultés et établir des objectifs. « On va pouvoir établir des objectifs avec la méthode SMART et on se projette sur le rythme de vie qu'on aimerait avoir. » Ensuite, trois participantes sur cinq réalisent des séances en groupe, en complément des séances individuelles. Des visites à domicile sont également réalisées par trois participantes afin d'anticiper le retour à domicile avec d'éventuelles aides techniques ou aménagements.

Deux participantes pratiquent des mises en situation au sein de l'établissement, en groupe ou en individuel. Une ergothérapeute interrogée articule ses prises en charge à l'aide des 10 compétences psychosociales. « J'ai ancré ces compétences dans ma prise en charge, qui prennent en compte tous les troubles du comportement alimentaire. » Il arrive parfois à une autre participante d'intervenir via une approche psychosociale en utilisant un levier motivationnel lorsque le patient n'a plus d'élan vital.

D'autres activités proposées sont propres à l'intervention de chaque participante. L'une va surtout collaborer avec le professeur d'APA pour développer les transferts. Tandis qu'une autre va accentuer sur la réassurance à la marche et le relevé de sol. Enfin, une dernière participante a mis en place l'école du dos adaptée aux personnes obèses.

De ce fait, la première participante réalise des prises en charge en groupe principalement, axées sur la volonté de rendre acteurs les patients. « Je compte sur le groupe pour qu'ils puissent faire leurs interactions et trouver des solutions eux-mêmes pour leurs occupations. » Des entretiens individuels et des visites à domiciles viennent compléter les séances en groupe.

La deuxième participante intervient ponctuellement auprès de cette population, en individuel. Elle commence son intervention par un bilan d'autonomie. Elle poursuit ensuite avec la mise en place d'aides techniques et d'aménagements si nécessaire. Des séances sur l'école du dos adaptée sont également proposées.

La préparation du retour à domicile avec des aides techniques représente la majeure partie de l'intervention de la troisième participante. Ensuite, elle effectue surtout des mises en situations pour les transferts, en binôme avec le professeur d'APA. Elle mène également un bilan d'autonomie.

La quatrième participante axe ses interventions sur le développement des capacités physiques et sur les limites psychologiques. Par exemple, elle développe la réassurance à la marche, la peur de la chute et le relevé du sol. Après évaluation du quotidien, elle peut mettre en place des aides techniques. Il lui arrive parfois d'utiliser le psychosocial. Lorsqu'il n'y a aucun engagement de la part du patient, elle cherche une activité pouvant être un levier motivationnel pour permettre au patient de se réengager dans la rééducation par la suite.

La dernière participante s'appuie sur les compétences psychosociales tout au long de ses prises en charge. Elle débute avec un entretien d'entrée, puis poursuit avec la MCRO pour faire un rendement des occupations. Des visites à domicile sont réalisées si le besoin est présent. Le reste de son intervention se fait par la réalisation de différents parcours reprenant les compétences psychosociales.

A la fin des entretiens, les participants avaient la possibilité de rajouter des informations ou d'appuyer certains points. Voici les quatre éléments qui ont été rapportés :

- Le manque important de matériel adapté
- Le besoin d'avoir un suivi psychiatrique plus présent en globalité
- Réengager le patient à être acteur de sa prise en charge est important
- Le travail d'équipe est primordial pour la prise en charge complexe de ces patients

4. Discussion

4.1. Comparaison des résultats avec la littérature

Comme l'explique l'étude de Faucher et Poitou en 2015, l'obésité résulte de l'influence de l'interaction entre les facteurs génétiques, environnementaux et comportementaux. Les résultats obtenus ici concordent avec cette affirmation. En effet, la majorité des patients ont fait face à des facteurs psycho-sociaux entraînant une modification de leurs comportements alimentaires et occupationnels.

On retrouve un dysfonctionnement de la triple fonction de l'alimentation. La fonction biologique, régulée par la faim et la satiété, est perturbée. Les patients présentant un TCA peuvent ingurgiter une grande quantité de nourriture sans que la faim ne soit présente, lors de crises boulimiques par exemple. La deuxième fonction relationnelle représentant le partage et la cohésion du groupe social est presque absente. Les comportements alimentaires des patients vont, au contraire, engendrer un isolement social à cause de la honte éprouvée. La troisième fonction émotionnelle est parfois prédominante. En effet, la gestion des émotions se réalise parfois via la prise alimentaire excessive.

La restriction cognitive est illustrée par l'exemple que donne une participante d'une patiente voulant absolument contrôler son alimentation. En réalisant des repas identiques pour toute la semaine, elle épuise de l'énergie psychologique menant à un échec d'autorégulation. Cela se manifeste par des compulsions alimentaires en fin de semaine.

Parmi les différents TCA répertoriés dans le DSM-5, l'hyperphagie boulimique et les compulsions alimentaires sont prédominantes dans l'obésité. Les résultats font effectivement mention de l'hyperphagie boulimique comme principal TCA chez les patients. Ces derniers, comme le rapportent plusieurs participantes, ne ressentent pas de plaisir à manger. Au contraire, ils ressentent du dégoût, de la honte et de la culpabilité envers ces comportements alimentaires. Ils disent avoir ce besoin incontrôlable de manger. On observe donc les mêmes résultats que les études par IRMf. A savoir une augmentation du « Wanting » et une diminution du « Liking ».

Les problématiques au niveau occupationnel restent les mêmes : elles touchent principalement l'hygiène, la mobilité et les loisirs. Les personnes obèses rencontrent des difficultés dans la réalisation des actes quotidiens, mais pas uniquement. La performance, l'engagement et la participation sont amoindris pour chaque occupation. La performance est réduite par les complications physiques de l'obésité. Il leur devient difficile et fatigant de réaliser des actes courants. L'engagement est quasiment absent. La perte de plaisir et de motivation sont des notions mentionnées à plusieurs reprises par les participantes. Or, si la personne se sent désengagée dans certaines occupations, cela peut avoir des effets négatifs sur la performance. « Ils perdent toute motivation et toute envie de faire quelque chose. Parce qu'ils savent qu'après ça va les mettre en échec et ils ont pas envie d'être dans cette position. Donc parfois ils préfèrent ne rien faire plutôt que d'essayer. » Quant à la participation, qui se produit dans un contexte social, elle semble plutôt sommaire puisque les cinq ergothérapeutes rapportent un important isolement social.

Schlienger met en avant les répercussions de l'obésité sur le système ostéoarticulaire qui accentuent la sédentarité et instaure une incapacité à l'origine d'une invalidité professionnelle. Ici, la quasi-totalité des patients n'ont plus d'emploi et les participants l'expliquent principalement par les troubles musculosquelettiques.

Peu d'articles font état du domicile des patients obèses. Pourtant, les visites à domicile concernent trois participantes sur cinq. Les soins personnels sont compliqués, avec souvent des salles de bain non adaptées.

La littérature notifie la réduction des loisirs extérieurs à cause des expériences de grossophobie vécues par les patients. Tous les participants ont cité des restrictions dans les sorties en raison de la stigmatisation.

L'urbanisation est un facteur environnemental pouvant mener à une sédentarité et une réduction des dépenses énergétiques. (Reyburn, 2010) Or, selon les résultats, l'environnement urbain est plus décrit comme un obstacle lorsque l'obésité est présente, qu'un facteur favorisant l'obésité. Le manque d'accessibilité, malgré le développement technologique, entraîne des restrictions dans tous les domaines occupationnels. Ainsi, certains lieux, pouvant être source de sociabilisation, deviennent alors une cause d'isolement social.

La perte de poids ne constitue pas le but de l'ergothérapeute. Par contre, elle est un moyen pour faciliter la reprise des activités. C'est le cas, par exemple, pour une participante qui a cité la condition physique grabataire comme frein à la prise en charge. « Quand ils arrivent alités, j'ai du mal à leur proposer des activités. L'autonomie est au plus bas. Donc il y a un certain temps qui s'écoule entre le moment où ils arrivent et qu'ils perdent un peu de poids, qu'ils récupèrent un peu de mobilité. Pour que moi je puisse intervenir sur des activités plus concrètes. » La perte de poids a également été citée en tant que levier, puisqu'elle insuffle au patient un gain de motivation pour le reste de la prise en charge.

De plus, Nielsen décrit l'ergothérapeute comme un professionnel soutenant les changements de comportements en matière de santé et favorisant le plaisir d'être actif. Les notions de plaisir et de motivation reviennent dans plusieurs thèmes des résultats. Elles sont souvent absentes chez les patients et les participantes cherchent à faire émerger ces deux notions.

Certaines participantes font face à des comportements et des représentations qui peuvent faire obstacle, comme l'explique Barthassat, Lager et Golay. C'est le cas lorsque les patients rapportent qu'ils ont toujours été « costauds », qu'ils « remettent l'obésité sur le fait de faire moins de sport », qu'ils n'ont pas besoin d'aide technique car ils vont bientôt maigrir etc...

Dans la littérature, l'ETP semble tenir une place centrale dans le traitement de l'obésité. Or, parmi les cinq participantes, une seule a mentionné l'éducation thérapeutique, à laquelle elle ne participe pas systématiquement. Par ailleurs, une autre participante ne se positionne pas favorablement à l'ETP.

Son parcours professionnel comprend un master 2 en ingénierie d'éducation à la santé et éducation thérapeutique. Cependant, elle explique que l'ETP était peut-être un très bon modèle auparavant, mais n'est plus d'actualité pour cette population. Bien que cet outil ne soit pas utilisé par les participantes, il apparaît clairement que leurs interventions restent tournées vers le développement de l'empowerment du patient, comme le souligne les recommandations de l'OMS.

4.2. Réponse à la question de recherche

Afin de répondre à la question : Quel est le potentiel de l'occupation dans la diminution de la prise alimentaire chez des patients adultes atteints d'obésité ? Il convient, dans un premier temps, de mettre en relation l'évolution des troubles alimentaires et l'évolution des AVQ pour chaque participante.

La première participante distingue deux cas de figure. Pour un groupe de patients, elle observe une évolution positive des TCA ainsi qu'un développement des activités parfois surprenant. Pour l'autre groupe, la prise en charge reste un échec, avec peu ou pas de modification du trouble alimentaire. Malgré les efforts fournis par les patients, la diversité et la qualité des activités ne sont pas non plus améliorées. Cette situation se présente lorsque les patients n'ont pas réglé en amont un problème psychologique.

La deuxième participante constate souvent une amélioration dans les activités. Bien qu'elle n'intervienne pas systématiquement, elle insiste sur la primordialité de la pluridisciplinarité. Concernant l'évolution des comportements alimentaires, elle rapporte une grande variété selon les patients : « Parfois ils font plusieurs séjours, parfois en 1 mois il y a des améliorations. Ça dépend si la personne est prête. Ça dépend aussi le motif de l'hospitalisation etc... ». On observe donc ici un développement des AVQ sans nécessairement une amélioration des troubles du comportement alimentaire.

Les résultats obtenus au travers du troisième entretien montre qu'une évolution des TCA est possible, sans nécessairement améliorer les AVQ. Elle observe la plupart du temps une réduction des troubles alimentaires. Cependant, elle relève très peu de développement dans les activités, la prise en charge étant centrée sur l'activité physique et la perte de poids. Il est donc possible de constater une amélioration du comportement alimentaire dans une prise en charge pluridisciplinaire, sans réelle modification des AVQ.

La quatrième participante note globalement une évolution positive des TCA et des AVQ. Elle précise que parfois, quelques rechutes apparaissent, sans détailler les causes possibles. Il y a donc une diminution des troubles alimentaires accompagnée d'une augmentation des AVQ. Cependant, la rechute du patient étant possible, on peut supposer que le développement des activités quotidiennes ne suffit pas.

Enfin, les réponses de la dernière participante ne permettent pas d'estimer, ni l'évolution des comportements alimentaires, ni l'évolution des AVQ. Elle estime ne pas pouvoir se positionner puisqu'elle n'a aucun regard ou retour sur la sortie du patient.

Seulement, d'autres facteurs sont à prendre en compte dans la corrélation entre les TCA et les AVQ. Sans la collaboration avec la psychologue, on peut se demander si la première participante obtiendrait la même évolution des comportements alimentaires et du développement dans les AVQ. Les réponses de la deuxième participante révèlent une amélioration dans les AVQ, sans forcément avoir un changement du comportement alimentaire. Les réponses de la troisième ergothérapeute indiquent une amélioration des TCA, sans changement dans les AVQ. L'intervention des autres professionnels a donc évidemment une influence sur la réduction des troubles alimentaires. De plus, comme l'indique la quatrième participante, des rechutes dans les troubles alimentaires surviennent de temps en temps, même chez les patients ayant réussi à développer leurs occupations. Cela pourrait signifier que l'évolution des AVQ ne suffit pas à maintenir les bons comportements alimentaires.

Il semble complexe de pouvoir évaluer le potentiel de l'occupation dans la diminution de la prise alimentaire. En regard de toutes les informations recueillies au cours de cette recherche, le développement de l'occupation peut exercer une influence positive sur les troubles alimentaires. Cependant, à lui seul, il n'est pas totalement efficace. Il est nécessaire de prendre en compte la pluridisciplinarité ainsi que la motivation du patient. L'enrichissement des occupations possède donc son potentiel dans la diminution de la prise alimentaire, à condition que les interventions de tous les professionnels soient complémentaires.

4.3. Biais et limites

Ce travail de recherche contient plusieurs biais. Premièrement, les entretiens ont été réalisés uniquement avec des ergothérapeutes et non des patients. Les réponses apportées aux questions concernant directement les patients comportent donc nécessairement une part de subjectivité et d'interprétation. En effet, les participantes se basent sur leur expérience professionnelle ainsi que leurs observations. Mais la qualité de vie étant subjective et propre à chacun, cela ne peut correspondre totalement aux vécus et ressentis des patients.

Les différentes structures dans lesquelles exercent les ergothérapeutes interrogées constituent un autre biais. Elles n'interviennent pas toutes à temps complet auprès des patients en situation d'obésité. De plus, le contenu de leurs interventions est parfois très différent d'une structure à l'autre. Ce biais est donc une limite pour la comparaison des résultats.

Peu d'entretiens ayant pu être menés dans cette recherche, les résultats ne sont donc pas représentatifs de toutes les interventions ergothérapeutiques auprès des personnes en situation d'obésité. Cependant, cela reflète le faible nombre d'ergothérapeutes intervenant spécifiquement auprès de cette population.

5. Conclusion

Différentes barrières limitent la diversité et la qualité des activités chez les personnes atteintes d'obésité. Ces obstacles comprennent des facteurs physiques, sociaux, comportementaux et environnementaux. Les personnes atteintes d'obésité sont soumises à une privation occupationnelle dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs.

Toutes ces problématiques peuvent être abordées au moyen d'interventions ergothérapeutiques. En effet, les activités de la vie quotidienne jouent un rôle important dans la santé et le bien-être. L'ergothérapeute a donc les compétences pour offrir aux patients la possibilité de participer à des occupations significatives, favorisant ainsi la santé. Pour y parvenir, ce professionnel doit être informé de toutes les causes et conséquences de l'obésité pour être en mesure d'accompagner cette population. En prenant en compte les conséquences de cette pathologie sur le rendement occupationnel, l'ergothérapie vise à retrouver un équilibre occupationnel.

L'obésité est une maladie qui s'accompagne fréquemment d'un versant psychiatrique et/ou psychologique. De ce fait, pour favoriser la réussite de la prise en charge, cette dernière doit être axée sur le développement des capacités ainsi que sur les troubles associés.

L'obésité est une maladie multidimensionnelle qui exige des interventions et un suivi tout au long de la vie. Or, les patients réalisent habituellement leurs prises en charge sous forme d'hospitalisation complète au sein d'une structure, durant quelques semaines. Il est donc compliqué d'évaluer objectivement l'évolution de l'équilibre occupationnel, sur le long terme, lorsqu'ils sont retirés de leur milieu écologique. Nous pouvons envisager la perspective que le potentiel des occupations dans la diminution des troubles alimentaires serait meilleur si les patients bénéficiaient d'interventions et d'un suivi, à domicile.

En tant que thérapeute de l'activité, l'ergothérapeute a la possibilité d'être un acteur nécessaire dans la prise en soin des patients obèses. En regard de l'enjeu de santé publique et des conséquences de cette maladie, l'ergothérapeute pourrait également participer à la prévention de l'obésité chez des personnes identifiées à risque, au travers de différents biais à explorer dans un éventuel travail ultérieur.

Bibliographie

- Apfeldorfer, G. (2006). *Je mange donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire*. (P. B. Payot, Éd.) Paris: Payot & Rivage.
- Association Nationale Française des Ergothérapeute. (2019). *Définition*. Récupéré sur <https://www.anfe.fr/definition>
- Backman, C. (2004, Octobre). Occupational balance : exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 71(4), pp. 202-209.
- Barthassat, V., Lager, G., & Golay, A. (2008, avril 2). Représentations, comportements et obésité. *Revue médicale suisse*(4), pp. 848-853.
- Basdevant, A. (2006, Mars). L'obésité : origines et conséquences d'une épidémie. *Science direct*(329), 562-69. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.crv.2006.03.018>
- Beaumeister, R., & Vohs, K. (2007). Self-regulation, Ego depletion, and motivation. *Social and personality psychology compass*(1), 115-128.
- Bouchard, C., Tremblay, A., & Després, J.-P. (1990). The response to longterm overfeeding in identical twins. *N. Engl. J. Med*(322), 1477-1482.
- Caire, J.-M., Ruffel, A., & Gonin, H. (2018, Juillet). Enquête sur la perception des conséquences de l'obésité sur les activités du quotidien chez 21 femmes inscrites en éducation thérapeutique. *ergOthérapies*(70), pp. 51-56.
- Carraz, J. (2017). Comprendre et traiter l'obésité. Approche pluridisciplinaire intégrative. (E. Masson, Éd.) *Pratiques en psychothérapie*.
- Collectif. (2005). *Mon corps est un champ de bataille*. (M. colère, Éd.)

- Coppin, G., Sander, D., Golay, A., & Pataky, Z. (2018, Mars 21). Circuit de la récompense alimentaire chez les patients obèses. *Revue médicale suisse*(14), pp. 612-614.
- Doroud, N., Fossey, E., & Fortune, T. (2015). Recovery as an occupational journey : a scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian occupational therapy journal*, 62, 378-392.
- Dupont, M., Drapeau, V., Sénécal, C., Gallant, A., Pérusse-Lachance, E., & Tremblay, A. (2017). Régulation de la prise alimentaire consécutive à un travail mental exigeant. *Canadian Journal of Behavioural Science*(49), 18-31.
- Emery, C., Lafuma, A., Khoshnood, B., Fagnani, F., Dinet, J., & Sermet, C. (2008, Février 28). Evaluation du coût associé à l'obésité en France.
- Faucher, P., & Poitou, C. (2015, Décembre 22). Physiopathologie de l'obésité. *Science direct*(83), 6-12.
- Forhan, M., Law, M., Vrkljan, B., & Taylor, V. (2010, octobre). The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 77, 210-218.
- Golay, A., Lager, G., & Giodan, A. (2007, mars). Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des maladies métaboliques, Education thérapeutique*, 1(1), pp. 69-76.
- Haute autorité de santé. (2011, Septembre). *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique.*

- Hills, A., Henning, E., Byrne, N., & Steele, J. (2002, Février 21). The biomechanics of adiposity - structural and functional limitations of obesity and implications for movement. *Obesity reviews*, 3(1).
- Inserm. (2020). *Obésité*. Consulté le Septembre 10, 2020, sur Inserm: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
- Kühne, N., & Tétreault, S. (2017, Mai 19). Equilibre occupationnel et ergothérapie : quels sont les enjeux rencontrés et les stratégies utilisées par les ergothérapeutes et les étudiant-e-s ? *Les sciences de l'occupation : au coeur du quotidien et de la santé*.
- Levasseur, P., & Ortiz-Hernandez, L. (2017, mars). Comment l'obésité infantile affecte-t-elle la réussite scolaire ? Contribution d'une analyse qualitative mise en place à Mexico. *Presses de sciences Po*(83), pp. 51-72.
- Lin, C.-Y., Su, C.-T., & Ma, H.-I. (2012, juin). Physical activity patterns and quality of life of overweight boys : a preliminary study. *Hong Kong journal of occupational therapy*, 22(1), 31-37.
- Meyer, S. (2018). La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. (ANFE, Éd.) *Engagement, occupation et santé*.
- Nielsen, S., & Christensen, J. (2018, octobre 30). Occupational therapy for adults with overweight and obesity : mapping interventions involving occupational therapists. *Hindawi, Occupational therapy international*.
- OMS. (2020). *Obésité*. Consulté le Septembre 2020, sur Organisation Mondiale de la Santé : <https://www.who.int/topics/obesity/fr/>
- Régnier, F., & Masullo, A. (2009). Obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance social. *Revue Fr Soc*(50), 747-773.

- Reyburn, S. (2010). L'urbanisme favorable à la santé : une revue des connaissances actuelles sur l'obésité et l'environnement bâti. *Environnement urbain*(4), pp. 1-26. doi:<https://doi.org/10.7202/044886ar>
- Schlienger, J.-I. (2010, Septembre). Conséquences pathologiques de l'obésité. *La presse médicale*, 39(9), 913-920. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2010.04.018>
- Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2011, Juillet 25). Occupational balance as used in occupational therapy : a concept analysis. *Scandinavian journal of occupational therapy*.
- Ziegler, O., Bertin, E., Jouret, B., Calvar, R., Sanguignol, F., Avignon, A., & Basdevant, A. (2014). *Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse*. Rapport à la Direction générale de la santé et à la Direction générale de l'Offre de soins. doi:<https://doi.org/10.1007/s11690-014-0466-1>

ANNEXE I : Enquête exploratoire

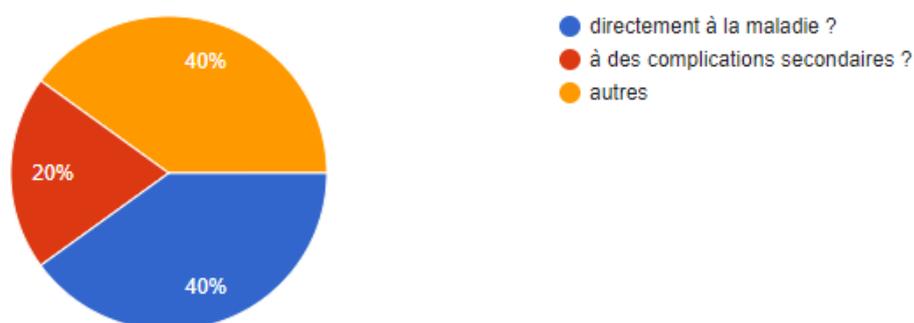
Dans quel type de structure exercez-vous ?

5 réponses

SSR
Conseil départemental
SSR Nutrition + Hôpital de Jour
Centre hospitalier + 20% s'est nutrition
Ssr neuro adulte

Votre prise en soin avec une personne obèse était-elle liée :

5 réponses



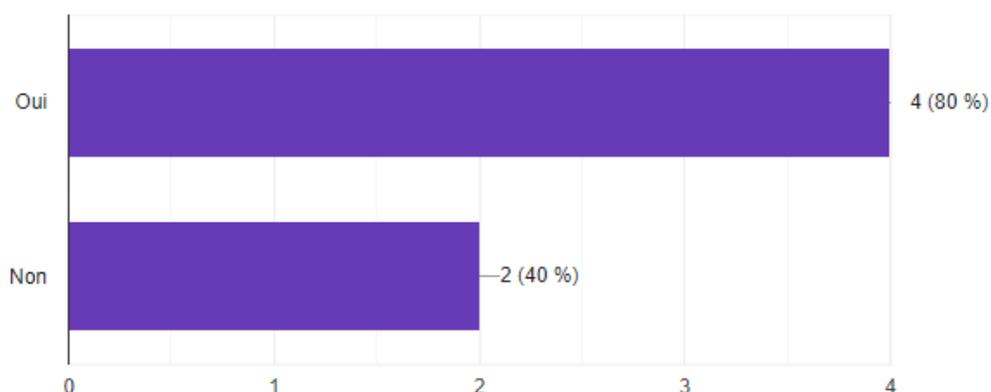
Si autre ou complications secondaires, pouvez-vous préciser?

3 réponses

Plurifactoriel : pathologie particulière, problème métabolique, habitude de vie, contexte social,...
Les deux également complications secondaires pour pbm de douleurs articulaires
A des situations handicapante liées à l'obésité ou à une autre pathologie (expl patho neuro)

Le patient présentait-il un trouble du comportement alimentaire ? (type compulsions etc...)

5 réponses



Quel était l'objectif principal dans la prise en soin ?

5 réponses

Suivre un programme de 6 semaines pour perdre du poids et augmenter l'activité physique

Améliorer la qualité de vie, modifier les habitudes de vie néfastes, mettre en place des adaptations pour les problématiques les plus pérennes

Développer la connaissance de soi et la confiance en soi, permettre l'engagement occupationnel

- gérer son planning : trouver du temps pour faire de l'activité physique, se reposer, prendre soin de soi de soi. - prévenir les risques musculosquelettiques - si douleurs articulaires permettre les avis avec techniques de compensation ou AT- Vad si domicile non adapté (mobilier trop petit, passage trop étroit)

Aider à réduire les situations handicapantes

Quelles ont été les spécificités dans votre prise en soin avec ces patients ?

5 réponses

Faire l'installation, travailler les transferts, si besoin avec guidon, organiser les retours à domicile

Orientation vers des services spécialisés, recherche d'équipement adaptés

Je ne comprends pas le sens des "spécificités" recherchées.

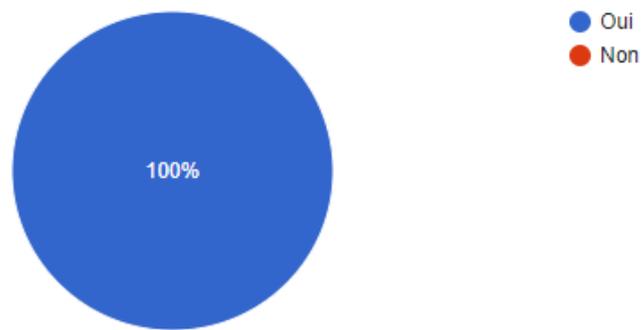
Écoute active ++++

Connaissance liées à l'obésité nécessaire.

La prise en compte du poids dans le conseil en aides techniques, l'image que les patients ont d'eux même et l'idée qu'ils ont que ce qu'on peut mettre en place n'a pas d'intérêt parcequ'ils vont maigrir bientôt

Avez-vous été confrontés à des difficultés particulières ?

5 réponses



Si oui, lesquelles ?

5 réponses

Manque de formation pour cette population, manque de matériel spécifique à cette population

Un poids incompatible pour certaines adaptations pouvant être pertinentes

Disponibilité du matériel adéquat face aux particularités physiques. Exemple : comment faire pipi pour un homme obèse ?

Difficulté à trouver des articles scientifiques sur le sujet en français, pas de formation en cours sur le sujet.

Idem que les spécificités

ANNEXE II : Guide d'entretien

Thème général	Questions
Origines et caractéristiques de l'obésité	Dans quel grade de l'obésité se situent généralement les patients que vous accompagnez ?
	Est-ce que les patient que vous accompagnez font un lien entre la prise de poids et un/des évènement(s) ?
Comportement alimentaire	Ont-ils un TCA diagnostiqué ?
	Comment décririez-vous leur comportement alimentaire ?
	Quel regard le patient a-t-il sur son alimentation ?
	Quel est l'impact de leur comportement alimentaire sur son mode de vie ?
	A la fin de la PEC, le TCA/comportement alimentaire a-t-il évolué ?
Aspect psychologique	Quelles sont les conséquences psychologiques sur les occupations ?
	Est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un patient se restreigne dans les sorties pour diverses raisons ?
Occupations	Quelles sont les AVQ dans lesquelles les patients rencontrent le plus de difficultés ?
	Ont-ils un emploi ?
	Ont-ils rencontré des difficultés en lien avec l'emploi ?
	Est-ce qu'il y a eu un développement de la diversité et de la qualité dans les activités à la fin de la PEC ?

	Le logement est-il facilement accessible ?
	Quels sont les obstacles/difficultés par rapport au logement ?
	Pratique ergothérapique
	Quels sont les principaux leviers et freins pour la participation dans la prise en charge ergothérapique ?
	Quels outils utilisez-vous ?
	Qu'est-ce qui est mis en place pour favoriser l'équilibre occupationnel ?
Garder un temps à la fin si la personne souhaite rajouter des informations ou autres	

ANNEXE III : Entretien n°1

Dans quel grade de l'obésité se situent généralement les patients que vous accompagnez ?

P1 : En obésité morbide. Ils ont un IMC à plus de 35

RS : d'accord, pas d'obésité modérée ?

P1 : Non, pour être pris l'IMC doit être à 33-35

Est-ce que les patient que vous accompagnez font un lien entre la prise de poids et un/des évènement(s) ?

P1 : Oui la plupart du temps ils arrivent quand même à identifier quelque chose qui est le déclencheur ou autre. Après c'est souvent fait avec l'aide de la psychologue parce qu'ils ont des entretiens avec elle et c'est vrai qu'on arrive quand même à déterminer un évènement, un moment où ça a basculé dans l'obésité. Après parfois il y en a c'est depuis qu'ils sont tout jeunes. Ils disent qu'ils ont toujours été costauds. Mais généralement il y a quand même un évènement, quelque chose qui a fait que. Que ce soit une perte d'emploi, la perte d'un proche, un traumatisme... Il y a souvent quand même un évènement déclencheur.

Ont-ils un TCA diagnostiqué ?

P1 : oui. Alors je ne sais pas s'ils sont tous diagnostiqués ou pas. C'est pas forcément diagnostiqué avant leur arrivée. Mais une fois sur place, quand ils ont vu tout le monde et le médecin qui est vraiment sensibilisé à cette problématique, on arrive à mettre un mot sur ce comportement. Si c'est de la boulimie, de l'hyperphagie...

Comment décririez-vous leur comportement alimentaire ?

P1 : c'est beaucoup de la compulsion et de la boulimie. Après la nourriture on en parle moins puisqu'on est vraiment sur l'activité. Les crises de boulimie c'est ce qui revient le plus. Après il peut y avoir des soucis autres, qui ont conduit à la prise de poids. Je pense aux gens qui ont par exemple des fibromyalgies, polyarthrite rhumatoïde, des gens qui ont eu des soucis de santé musculosquelettiques qui ont fait qu'ils sont devenus plus sédentaires. Ou alors une perte d'emploi qui a fait qu'ils ont commencé à faire des crises de boulimie ou autre.

Cela peut être lié à un évènement, où ils ont commencé à se laisser aller comme ils disent. Il y a aussi ce côté pathologie autre. Cela peut être aussi une pathologie de la thyroïde et c'est à partir de là que l'équilibre alimentaire a changé.

Quel regard le patient a-t-il sur son alimentation ?

P1 : c'est assez patient-dépendant. La plupart arrive à dire qu'il y a un problème alimentaire, qu'il mange en trop grande quantité etc... mais on a aussi le versant complémentaire qui dit « je ne comprends pas je mange comme ma sœur ou mon mari mais moi je grossi beaucoup ». Il y a vraiment les deux côtés : ceux qui vont avoir des troubles alimentaires et se rendre compte qu'ils font des crises de boulimie et autre ; et d'autres personnes plus lambda qui disent « je ne comprends pas je mange comme eux mais je n'assimile pas pareil ».

Quel est l'impact de leur comportement alimentaire sur son mode de vie ?

P1 : l'impact est vraiment très très important puisque moi les personnes que je vois ne font plus d'activité, non plus de loisirs, ont des difficultés à avoir un travail s'ils en ont un, ou alors qui ont des difficultés à les garder. Souvent ils ont des problèmes familiaux aussi. Il y a vraiment toutes les sphères de la vie qui sont impactées par leur poids. Et leur mode de vie est vraiment devenu très sédentaire, très seul. On a des personnes qui sont vraiment dans une solitude, qui se cachent, qui n'ont pas confiance en eux et qui ne font plus d'activité du tout.

A la fin de la PEC, le TCA/comportement alimentaire a-t-il évolué ?

P1 : c'est toujours très compliqué. Je les vois au début et à la fin, 3 mois après en fait. Pour certaines personnes ça va évoluer positivement, il y aura eu le déclic. Ils ont réussi à prendre la motivation. Mais il y en a quand même où ça reste un échec. Ça n'a pas marché et souvent le problème sous-jacent n'a pas été réglé.

SR : par problème sous-jacent vous entendez quoi ?

P1 : par exemple pour les personnes qui ont un problème psychologique, qui ont vécu un traumatisme. Ceux qui refusent d'aller voir la psychologue et de régler vraiment ce problème de base qui va faire qu'il va avoir ses pulsions, ils vont faire du sport etc... mais il n'y aura pas cet élément qui fait qu'ils vont se sentir mieux et avoir la motivation sur le long terme. Donc même s'ils se donnent du mal il y aura un échec.

Quels sont les conséquences psychologiques sur les occupations ?

P1 : elles sont énormes. La partie ergo est hyper importante. Moi mon but c'est même pas de les remettre à faire de l'activité physique. c'est vraiment de remettre en activité tout court. C'est-à-dire de refaire toutes les activités de la vie quotidienne et refaire leurs activités significatives. On a beaucoup de personnes pour qui la routine c'est se lever à 11h, manger, jouer à la console jusqu'à 1h du matin. Console ou télévision. Pas d'interaction ni activité autre. Ils ont arrêté leurs loisirs pour ceux qui en avaient avant. avec une dévalorisation constante, une perte de motivation, de confiance en soi assez flagrant.

Est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un patient se restreigne dans les sorties pour diverses raisons ?

P1 : oui. Ils ont tellement peu confiance en eux que pour eux c'est impossible, même s'ils ont perdu du poids. Ils disent qu'ils n'y arriveront pas, qu'ils n'ont pas d'équilibre, sont trop gros. Alors que c'est tout à fait possible, on leur dit d'essayer car ils ont les capacités. Mais il y a un manque de confiance et ils se prennent beaucoup de remarques aussi, que c'est très dur de reprendre et se dire qu'ils peuvent. Les patients parlent beaucoup aussi des remarques qui sont très dures, parfois même au sein de leur famille. Et petit à petit se restreignent jusqu'à ne plus pouvoir le faire. C'est vraiment un ensemble. C'est tous les facteurs sur l'obésité qui peut jouer : le regard des autres, leur propre sensation puisque la plupart du temps ils ont des troubles musculosquelettiques importants, ils ont peur de se faire mal etc...

Quelles sont les AVQ dans lesquelles les patients rencontrent le plus de difficultés ?

P1 : ce qui revient tout le temps, c'est l'habillement. Mettre les chaussures, les bas de contention, les chaussettes. quand il faut se baisser ça pose vraiment souci. L'habillement c'est quelque chose qui revient systématiquement à chaque groupe. La toilette aussi pour se laver les pieds et couper les ongles. Dès qu'il faut toucher les pieds, avec le ventre ils n'y arrivent pas forcément. C'est vraiment ces deux-là les plus compliqués pour eux.

Ont-ils un emploi ?

P1 : très peu. Il y a pas mal de retraité. Mais les jeunes que je vois, qui des fois ont 20 ans, ils ont pas de parcours. Ils sont pas scolarisés, ils ont arrêté souvent tôt. Ils ont pas d'emploi ou alors ils ne l'ont pas gardé. Je ne dis pas que c'est pour tout le monde, il y a des personnes qui arrivent à avoir un emploi. Mais en grande partie quand même ils n'en ont pas.

Ont-ils rencontré des difficultés en lien avec l'emploi ?

P1 : oui l'obésité joue beaucoup. C'est leurs douleurs aussi qui viennent de l'obésité et sont accentuées par l'obésité. Ils ne peuvent pas rester debout, ni être toujours assis. Ils ont besoin vraiment d'avoir des postes adaptés. Car ils ont des problèmes autres : le souffle, problèmes cardiaques... tout va être impacté. Et pour certains c'est juste le manque de confiance en soi et la difficulté de se remettre un peu dans la vie de tous les jours avec les autres. Ils sont un peu désociabilisés. Déjà que pour aller faire les courses c'est compliqué alors pour aller au travail j'imagine l'angoisse que ça peut être pour eux. Et leur objectif souvent c'est de reprendre un emploi après et on les accompagne pour ça aussi.

Est-ce qu'il y a eu un développement de la diversité et de la qualité dans les activités à la fin de la PEC ?

P1 : c'est quitte ou double. Quand ils reviennent 3 mois après c'est assez surprenant parfois. Il y en a qui vraiment ont pris le coche, ont changé toute leur routine. On voit qu'on passe d'un extrême à l'autre, avec des loisirs qu'ils ont repris, même des choses qui peuvent paraître insignifiantes mais eux sont contents de pouvoir refaire leur ménage, remettre leurs chaussures... il y a vraiment un changement dans les AVQ et sur les occupations. Ils ont certes augmenté leur activité physique mais surtout le nombre d'AVQ. Et il y en a certain, comme je vous disais tout à l'heure, qui n'ont pas réglé le problème sous-jacent. Et là on retrouve la même chose, on arrive 3 mois après avec le même problème. Alors souvent ils se demandent s'ils ne vont pas se faire opérer, on en arrive à ce questionnement de leur part.

SR : pour les patients où il y a une vraie différence, est-ce que cela tient dans le temps où certains patients reviennent plus tard ?

P1 : Moi je ne les revois pas, mais parfois on a des nouvelles et pour certains ça tient. Après c'est tout nouveau qu'on mette un suivi sur du plus long terme donc je n'ai pas assez de recul pour vous dire si ça tient dans le temps ou pas.

Le logement est-il facilement accessible ?

P1 : Je propose des visites à domicile si besoin. En 1 an on ne m'en a demandé qu'une. Donc je me dis que la plupart des logements doivent être adaptés. Les seules pièces qui peuvent revenir c'est les salles de bain. Cabines de douche trop petites, on peut pas forcément mettre une chaise de douche etc... mais globalement ils ne m'ont pas forcément précisé de soucis.

Quels sont les obstacles/difficultés par rapport au logement ?

Voir question précédente.

Quels sont les principaux leviers et freins pour la participation dans la prise en charge ergothérapeutique ?

P1 : pour les leviers, c'est vraiment le fait qu'ils soient en groupe parce qu'ils s'encouragent vraiment. Il y a une dynamique qui fait que quand c'est un jour un peu plus dur pour l'un, un deuxième va l'aider. Je me sers pas mal du groupe aussi pour qu'ils trouvent des solutions entre eux. D'un point de vue du groupe il y a un avant et un après, ils se rendent compte qu'ils sont moins seuls. C'est aussi le fait que l'atelier soit sur du concret. On est sur la vie de tous les jours donc le pratico-pratique joue beaucoup.

En freins, ça peut être encore le groupe. Il peut y avoir des personnes qui sont là mais pas parce qu'elles avaient envie de venir. Elles viennent parce que leur médecin leur a dit il faut venir si vous voulez vous faire opérer par exemple. Ou c'est la famille qui a dit « non non il faut que t'y aille ». Donc elles ne vont pas être dans l'optique de changer de progresser, puisqu'elles vont déjà être dans une autre chose comme l'opération. Du coup, ça peut faire l'effet inverse du groupe et que la personne dise que telle ou telle chose ne sert à rien. Les freins c'est aussi que des fois d'un point de vue pratique on n'a pas de solution. Quand je vois certains problèmes musculosquelettiques dus à l'obésité quand ils ne peuvent vraiment plus se plier... effectivement il y a des choses où ça devient compliqué de trouver des solutions. Soit parce que ça n'existe pas encore, que ce n'est pas encore dans les normes.

Par exemple pour aller au cinéma quand la personne prend la place de deux personnes, cela ne dépend pas de moi. Même le monde extérieur est un frein.

Quels outils utilisez-vous ?

P1 : j'ai 2 ateliers. Le premier je le fais en début de session. C'est sur les gestes et postures et les AVQ. On prend une journée type, du matin au soir. On voit toutes les activités et je leur demande quelles sont les postures adaptées et je leur demande de faire donc plutôt mise en situation. Mais c'est quand il n'y a pas le covid. Donc maintenant je leur demande de me dire ce que je dois faire comment je fais. Ensuite, je leur dire si on n'y arrive pas il y a quand même des aides techniques et là je les présente. Selon les demandes je fais des essais. Souvent on fait enfile-chaussette, enfile-bas. Et on fait ça pour chaque activité. A la fin ils me donnent une situation particulière ou une activité s'ils le souhaitent, et je leur donne des fiches. Donc ça peut être pour le jardin, le ménage, des loisirs etc... et j'essaie de trouver quelque chose ou faire un entretien individuel pour parler de ça. Et s'ils ont besoin d'une aide technique particulière je peux aller commander pour eux auprès d'un revendeur, prendre les tailles etc...

Pour le deuxième atelier, je leur donne en début de session un emploi du temps sur une semaine type et ils le remplissent pour la semaine qu'ils ont fait avant de rentrer dans l'établissement donc avant d'avoir mis des choses en place. Et donc ils arrivent avec cette feuille remplie en atelier, et on va pouvoir en débattre en groupe ensemble. Pour les mettre à l'aise je leur présente la mienne aussi. Et puis je laisse le groupe vraiment faire pour que ça rebondisse. Le constat souvent c'est qu'on se rend compte qu'ils n'ont pas beaucoup d'activités et disent que leur routine ne leur convient pas. Et comme le groupe se connaît bien puisque c'est à la fin, ils se disent entre eux « mais tu devrais faire ça ou essayer ça, tu peux demander à tes voisins etc.. ». Je compte sur le groupe pour qu'ils puissent faire leurs interactions et trouver les solutions eux-mêmes pour leurs occupations. Ils ont tendance à vouloir rajouter beaucoup de sport dans leur routine modifiée mais peu de loisirs et d'activités signifiante. Donc c'est là qu'on peut dire « mais tu devrais peut-être refaire ça aussi » et avec le groupe on arrive à des choses plus concrètes du quotidien.

Il y a un 3^{ème} atelier, 3 mois après quand ils reviennent. On reparle de leur routine. Je ne leur fait pas remplir un emploi du temps mais on refait le même atelier en regardant si leur nouvelle routine leur plaît ou pas. Est-ce qu'ils ont gagné en bien-être. On parle de ce qui a changé ou non. Et quand ça n'a pas changé, pour les personnes qui n'ont pas trouvé les clés, cela permet au groupe de le remotiver de retrouver des solutions pour l'aider.

Qu'est-ce qui est mis en place pour favoriser l'équilibre occupationnel ?

P1 : ce qu'on a vu précédemment du coup les ateliers et tout leur contenu, les temps individuels et les visites à domicile.

ANNEXE IV : Entretien n°2

Dans quel grade de l'obésité se situent généralement les patients que vous accompagnez ?

P2 : 3, la majeure partie. Parfois 2

Est-ce que les patients que vous accompagnez font un lien entre la prise de poids et un/des événement(s) ?

P2 : la plupart du temps oui.

Ont-ils un TCA diagnostiqué ?

P2 : la plupart du temps oui.

Comment décririez-vous leur comportement alimentaire ?

P2 : la plupart des comportements alimentaires des patients que je vois c'est de l'hyperphagie, du grignotage. Aussi à l'inverse plutôt des restrictions alimentaires qui vont s'accompagner après de compensations avec de l'hyperphagie. Comportement boulimique du coup.

Quel regard le patient a-t-il sur son alimentation ?

P2 : la plupart du temps avant d'arriver chez nous et commencer la prise en charge, ils minimisent assez souvent l'ampleur des troubles alimentaires. Ils disent que « oui, je ne mange pas beaucoup, parfois pas le matin, ça m'arrive de grignoter mais c'est très rare » etc... et après au cours de la prise en charge en discutant dans les ateliers ou en les observant simplement au niveau de leur comportement, on se rend compte qu'au domicile il doit y avoir des comportements qui sont bien plus importants que ce qu'ils décrivent à l'arrivée.

Quel est l'impact de leur comportement alimentaire sur son mode de vie ?

P2 : c'est souvent des gens qui sont moins socialisés que la plupart des patients. Et puis on a quand même pas mal de gens qui sont très isolés, avec une obésité morbide qui ne travaillent plus et n'ont pas forcément de famille. Donc en fait l'impact on ne le voit pas réellement.

A la fin de la PEC, le TCA/comportement alimentaire a-t-il évolué ?

P2 : ça dépend des patients. Parfois ils font plusieurs séjours. Parfois en 1 mois il y a des améliorations. Ça dépend si la personne est prête. Ça dépend aussi le motif de l'hospitalisation, si le patient est venu de lui-même ou s'il a été orienté par un médecin c'est vrai que c'est pas pareil. Quand c'est leur propre initiative on observe quand même que les résultats sont meilleurs. Parfois on accueille des patients sur plusieurs séjours et des choses se mettent en place ce qui n'était pas le cas la 1^{ère} fois.

SR : ce sont des séjours de combien de temps généralement ?

P2 : en moyenne 2 à 3 mois. Et cela arrive assez souvent que les patients reviennent pour d'autres prises en charge.

Quels sont les conséquences psychologiques sur les occupations ?

P2 : pour la plupart ce sont des gens qui n'osent plus beaucoup sortir. Ils font très peu d'activité et de loisirs. Il y en a beaucoup qui ne travaillent plus.

Est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un patient se restreigne dans les sorties pour diverses raisons ?

P2 : tout simplement le regard des autres et le jugement. Ils en parlent assez souvent, pour beaucoup de personnes l'obésité n'est pas perçue comme une maladie, c'est de leur faute ils n'ont qu'à moins manger. Ça les patients le vivent très mal.

Quelles sont les AVQ dans lesquelles les patients rencontrent le plus de difficultés ?

P2 : c'est toilette/habillage. Vraiment ils ont beaucoup de difficultés et parfois des difficultés à en parler. Donc ça peut être depuis longtemps. Dire par exemple qu'on a des difficultés d'aller faire ses courses c'est pas vraiment péjoratif. Dire qu'on a des difficultés à s'essuyer quand on va aux toilettes c'est un peu plus gênant. Les parties intimes et le bas du corps ce sont des zones plus difficiles. Et si on ne pose pas la question plusieurs fois et de différentes manières, parfois ils ne vont pas dire qu'ils ont des difficultés pour les parties intimes et pour se laver. Quand on ne sait pas qu'il existe des aides techniques... voilà. Et au niveau des loisirs il n'y a pas grand-chose d'accessible pour eux déjà. Et puis au niveau de la difficulté aussi.

Ont-ils un emploi ?

P2 : la majorité des patients non.

Ont-ils rencontré des difficultés en lien avec l'emploi ?

P2 : on a quelques patients avec un emploi. Par exemple une patiente qui est aide-soignante et qui a des lombalgies mais du coup il y a ceux qui ont des difficultés à garder un emploi à cause des conséquences de l'obésité et ceux qui ne travaillaient déjà plus avant de ne plus pouvoir.

SR : quel âge ont en moyenne les patients ?

P2 : une majorité c'est 50 ans et plus.

Est-ce qu'il y a eu un développement de la diversité et de la qualité dans les activités à la fin de la PEC ?

P2 : oui, la plupart du temps oui. Par pleins de facteurs en fait. En pluridisciplinaire c'est vraiment l'éducation thérapeutique. Après moi je n'interviens pas systématiquement. C'est s'il y a un besoin pour une aide technique par exemple. Je ne fais pas de rééducation de l'obésité, j'interviens ponctuellement la plupart du temps. Donc parfois en utilisant une aide technique l'autonomie des patients est améliorée, comme la toilette et l'habillage. Ils ont aussi de l'activité physique adaptée. Le prof d'APA donne des programmes d'exercices. Le but ici c'est que le patient reprennent une hygiène de vie, que ce soit alimentaire ou autre, qu'ils puissent ensuite poursuivre.

Le logement est-il facilement accessible ?

P2 : ça dépend, il y a des gens qui habitent dans des appartements exigus, d'autres qui pourraient avoir besoin d'un fauteuil roulant électrique mais c'est pas possible. On a vraiment tous les types de logement.

Quels sont les obstacles/difficultés par rapport au logement ?

P2 : au niveau de la douche notamment, pour les transferts la baignoire c'est très dangereux. Malheureusement parfois quand c'est une location on ne peut pas faire de travaux. Donc des fois on cherche pour un relogement ou on met en place des aides humaines.

Quels sont les principaux leviers et freins pour la participation dans la prise en charge ergothérapeutique ?

P2 : les leviers je dirais que déjà c'est la motivation des patients. Si c'est lui qui a décidé de venir ici qu'il veut se prendre en main, ou si c'est son médecin qui l'a un peu

incité à venir c'est pas la même motivation et ça se ressent beaucoup. Après les freins ça va être... il y en a beaucoup... ça va être simplement bah l'inverse des leviers quand le patient n'a pas lui-même de base voulu venir. Après les leviers ça va être aussi quand la personne va commencer à perdre un petit peu de poids. Ça va le motiver justement à continuer. Les freins ça va être aussi les petits niveaux intellectuels et les troubles cognitifs. Par exemple pour intégrer toutes les informations alimentaires, suivre les programmes à domicile. Après il y a aussi le côté financier.

Quels outils utilisez-vous ?

P2 : en évaluation on a un bilan ergo classique on va dire. Au niveau des bilans d'autonomie je n'ai pas de bilan standard je fais de l'observation et après déjà par rapport à la problématique pour laquelle on m'a demandé de venir. Après je fais un compte rendu avec les points les plus importants et les choses que je peux mettre en place. Les aides techniques ou aménagement que le patient va accepter ou pas. Je fais aussi la clinique de l'école du dos avec un petit livret de base. Donc école du dos mais adaptée pour les personnes obèses. J'ai aussi un livret technique que je leur donne. Voilà j'avoue qu'on n'est pas très protocole. Après il y a un protocole d'éducation thérapeutique tournée sur la diététique mais je n'interviens pas je n'ai pas encore fait la formation.

Qu'est-ce qui est mis en place pour favoriser l'équilibre occupationnel ?

P2 : déjà ils ont un planning pour leur journée avec les repas et les activités. Ils ont pas mal d'activités dans la journée : balnéo, gym, kiné, ergo, des ateliers en fin de journées sur la diététique mais aussi sur le diabète, la chirurgie bariatrique. Donc tout ça leur donne déjà un rythme de vie. Car ce sont des personnes qui dans la vie n'ont pas d'heures fixes donc ça pose un cadre et on essaie après de les ancrer avant qu'ils partent. Il y a aussi la préparation de la sortie avec des menus en fonction de ses habitudes alimentaires. Ils repartent aussi avec un livret d'exercice. En fait on redonne une dynamique de vie aux patients.

SR : est-ce que après vous avez un suivi après le retour à domicile ?

P2 : oui, il y a un lien mais ce n'est pas moi ergothérapeute qui l'assure. C'est la psychologue, si le patient le souhaite. Après nous c'est plus au niveau du matériel mais les patients peuvent toujours nous appeler après.

SR : au niveau des aides techniques, est-ce que vous réalisez des séances individuelles pour reprendre un peu toutes les difficultés dans les AVQ ?

P2 : c'est vraiment du cas par cas, moi de base je n'interviens que s'il y a un problème une pathologie associée à l'obésité. Par exemple j'avais une dame qui venait de se faire opérer de l'épaule donc je fais de la rééducation de l'épaule. Sinon je ne les prend pas en rééducation, je fais de la réadaptation. C'est toujours sur prescription ou parfois c'est l'équipe aussi qui m'interpelle si elle pense qu'il faudrait faire un bilan pour la toilette par exemple. Ou pour des installations dans la chambre, au fauteuil ou au lit.

ANNEXE V : Entretien n°3

Dans quel grade de l'obésité se situent généralement les patients que vous accompagnez ?

P3 : obésité morbide, avec des chambres adaptées à ce grade

Est-ce que les patient que vous accompagnez font un lien entre la prise de poids et un/des évènement(s) ?

P3 : la plupart oui, mais certains se sont juste laissé aller. Souvent c'était en lien avec la famille, un choc familial, la perte de quelqu'un. Parfois aussi perte d'emploi ou tout ce qu'il se passe au niveau professionnel.

Ont-ils un TCA diagnostiqué ?

P3 : la plupart non, ils étaient juste là pour de l'obésité et on avait une diététicienne mais qui ne faisait pas forcément de la recherche de troubles alimentaires.

Comment décririez-vous leur comportement alimentaire ?

P3 : au niveau des repas, ils étaient contrôlés, ils mangeaient plus de légumes, et beaucoup moins de féculents. Mais souvent on les retrouvait en bas avec des pulsions alimentaires sucrées. On avait une cafétéria en libre-service et souvent ils se servaient là-dedans de madeleine, de bonbons etc... et la plupart ils mangeaient en cachette

Quel regard le patient a-t-il sur son alimentation ?

P3 : certains se cachaient car ils avaient honte puisqu'ils savaient qu'ils étaient ici pour perdre du poids. Mais la plupart n'arrivaient pas à contrôler et même s'ils ne se cachaient pas, ils expliquaient que pour eux il fallait qu'ils mangent. Mais ils avaient un regard plutôt triste d'avoir cette réaction. Ils se sentaient coupables après mais ne pouvaient pas se contrôler.

Quel est l'impact de leur comportement alimentaire sur son mode de vie ?

P3 : beaucoup n'arrivaient pas à être autonome dans les activités de la vie quotidienne. Il fallait de l'aide aussi bien pour les transferts, que pour la toilette l'habillage. Donc il y avait un énorme impact sur les AVQ.

Et après quand ils arrivaient à bouger un peu plus ils essayaient d'être le plus autonome. Donc c'était un peu compliqué au début des prises en charge.

A la fin de la PEC, le TCA/comportement alimentaire a-t-il évolué ?

P3 : oui, ils ont évolués et ils essayaient de maintenir ces comportements plus sains, à domicile et ils avaient un suivi avec la diététicienne qui leur donnait des fiches sur comment adapter son comportement au quotidien après l'hospitalisation.

SR : est-ce que vous aviez un regard sur la suite, au domicile ?

P3 : souvent non, puisque c'est un centre de rééducation, ils venaient pour 8 semaines et la plupart quand ils partaient on n'avait plus trop de nouvelles par la suite. Ou si on en avait, c'est parce qu'ils revenaient dans le service.

SR : c'est courant que les patients reviennent pour une autre hospitalisation ?

P3 : non c'était assez rare.

Quels sont les conséquences psychologiques sur les occupations ?

P3 : ils sont assez inactifs et ils font très peu d'activités aussi bien significatives que signifiantes. Ils sont très passifs de tout. Et ils perdent toute motivation et toute envie de faire quelque chose. Parce qu'ils savent qu'après ça va les mettre dans l'échec et ils ont pas envie d'être dans cette position. Donc parfois ils préfèrent ne rien faire plutôt que d'essayer.

Est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un patient se restreigne dans les sorties pour diverses raisons ?

P3 : oui oui souvent ils refusent toute sortie ne extérieur ou toute activité. Quand on leur posait des questions sur comment ça se passe à domicile, par exemple une dame voulait aller à la piscine et se le refusait car ça demandait beaucoup trop de contraintes de demander le lève-personne pour la mettre dans la piscine puisqu'elle ne pouvait pas utiliser les marches.

Quelles sont les AVQ dans lesquelles les patients rencontrent le plus de difficultés ?

P3 : ça touche un peu tout mais le point qui est le plus important pour eux, je trouve que c'est les transferts. Juste se mobiliser dans le lit c'était compliqué pour eux. Et le point le plus difficile quand ils arrivaient était de faire les transferts au lit en totale indépendance, chose que l'on travaillait beaucoup avec l'APA.

Sinon pour la toilette ils arrivaient souvent à faire la toilette du haut, et le haut des membres inférieurs. Mais ils avaient besoin d'aide pour le reste.

Ont-ils un emploi ?

P3 : la plupart non. En chômage ou en arrêt

Ont-ils rencontré des difficultés en lien avec l'emploi ?

P3 : oui, il y en a un par exemple qui a perdu son emploi et est devenu obèse par la suite. Mais d'autres qui sont devenus inactifs, et pour eux ils n'y avait pas d'objectif à retrouver en emploi. C'était tellement dur pour eux de reprendre une activité de base que c'était pas envisageable de reprendre un emploi, une activité qui demande beaucoup d'énergie et de déplacements.

Est-ce qu'il y a eu un développement de la diversité et de la qualité dans les activités à la fin de la PEC ?

P3 : Très peu, ils viennent sur de courtes durées, quelques semaines, et ils sont vraiment centrés sur l'activité physique. pour qu'ils perdent du poids et qu'ils retrouvent du muscle. On n'était pas trop centré sur les activités significantes et je n'avais pas assez de temps pour faire ce type de prise en charge.

Le logement est-il facilement accessible ?

P3 : la plupart du temps non le logement n'était pas adapté. D'ailleurs c'était un gros point de ma prise en charge le retour à domicile savoir quel matériel il fallait préconiser. Avec des aides techniques adaptées parce qu'on se rend compte qu'il y a très peu d'aides adaptées à leur poids. Ça bloquait aussi avec la salle de bain puisqu'il pouvait se retrouver avec une baignoire dans laquelle ils ne pouvaient pas rentrer dedans. Et trouver une planche de bain qui supporte leur poids c'est assez compliqué. Ou sinon quand on met une chaise de douche ça prend beaucoup de place. On était vite restreint par l'espace et la demande d'aide technique.

Quels sont les obstacles/difficultés par rapport au logement ?

P3 : la salle de bain, et aussi beaucoup avaient des difficultés pour les marches. C'était vraiment essayer d'avoir des ascenseurs ou être en rez-de-chaussée et les demandes de relogement sont très très longues donc des fois ils rentraient chez eux ils pouvaient ne pas en ressortir ou avec grosses difficultés.

Quels sont les principaux leviers et freins pour la participation dans la prise en charge ergothérapeutique ?

P3 : ils étaient assez participants pour faire un point sur l'autonomie, sur faire un bilan des AVQ, faire aussi tout ce qui est le travail des transferts. Ils étaient vraiment motivés par ça et les retour à domicile bien sûr. Ils avaient souvent qu'une hâte et leur objectif principal c'était de rentrer chez eux donc du coup pour l'aménagement du domicile c'était vraiment participatif. Et les freins étaient tout ce qui était la toilette et vérifier aussi le repas, ne pas céder à la tentation de certaines gourmandises aux sucreries.

Quels outils utilisez-vous ?

P3 : je faisais des fois des évaluations, des mises en situations pour les transfert et la toilette. et puis après j'ai essayé de temps en temps de mettre en place le PPH2. C'était assez compliqué puisque je manquais de temps donc du coup ça impactait pas mal sur les prises en charge mais quand j'avais le temps j'essayais de le mettre en place.

SR : comment se passait concrètement la prise en charge du début à la fin ?

P3 : souvent quand ils arrivaient, je faisais un bilan d'autonomie pour voir comment ça se passait. Je faisais un peu aussi sur son domicile pour savoir un peu les objectifs principaux à travailler pour qu'il puisse retourner chez lui. Ensuite je faisais un lien avec les APA pour dire par exemple qu'il fallait savoir franchir des marches se déplacer sur tant de distance travailler aussi les transferts. donc par la suite en binôme souvent avec les APA on se mettait ensemble pour travailler le transfert. Ce sont des personnes qui sont assez lourdes donc pour éviter de se faire mal au dos on travaille à 2. Et après je refaisais un point à la fin de leur prise en charge mais j'avais très peu de prises en charge régulières avec ce type de population.

SR : c'était qu'en individuel ou il y avait des groupes organisés ?

P3 : c'était principalement en individuel.

Qu'est-ce qui est mis en place pour favoriser l'équilibre occupationnel ?

P3 : très peu de chose. J'ai essayé de leur dire de mettre en place des occupations des activités notamment assez sportives par exemple la natation, la marche, des choses comme ça. mais derrière j'étais pas sûr que ça soit suivi. Des fois j'essaye de transmettre un peu aussi à la famille des choses à faire des activités qui pouvaient être intéressantes mais c'est que la plupart des personnes sont assez seule chez elles. Du coup il y a très peu de personnes qui peuvent être là à côté d'elle pour les motiver à faire des choses et à maintenir une certaine activité occupationnelle. Donc là-dessus c'est un frein. après j'avoue que je manquais de temps pour travailler tout le côté occupationnel et les activités du coup je pouvais pas trop les aiguiller là-dessus. Je n'intervenais que ponctuellement dans cette unité puisque j'étais affecté à une autre de 140 patients. Et ils avaient vraiment ciblé la prise en charge autour du corps etc... avec la psychomotricienne notamment.

Souhaitez-vous rajouter des informations ?

P3 : l'un des points noirs pour le retour à domicile, c'est le manque de matériel adapté. le point qui est difficile à mettre en place dans les activités occupationnelles c'est souvent leur manque de motivation et leur fatigue continue. Parce qu'en fait les personnes quand elles ont très peu d'activité elles perdent de l'endurance aux activités mais perdent cette envie et cette capacité. Du coup, pour elles c'est un cercle vicieux parce que ça les met en échec. Mais à ne rien faire du coup ils ne vont jamais sortir de cet environnement, donc il faut réussir à les booster pour qu'ils reprennent des activités. Et c'est assez compliqué. Il faudrait qu'il faudrait aussi avoir un suivi psychiatrique je pense pour cette maladie.

ANNEXE VI : Entretien n°4

Dans quel grade de l'obésité se situent généralement les patients que vous accompagnez ?

P4 : alors ils se situent dans le grade de ce qu'on appelle l'obésité compliquée avant on appelait ça l'obésité morbide et maintenant c'est l'obésité compliqué. Ils ont un IMC a plus de 40.

Est-ce que les patient que vous accompagnez font un lien entre la prise de poids et un/des évènement(s) ?

P4 : alors ils ne font pas tous le lien. Souvent c'est un événement qui peut être traumatique et nous quand on creuse en général on finit toujours par découvrir un événement un peu traumatique ou alors complexe ? C'est justement un des objectifs de la prise en charge en collaboration avec psychologue etc... c'est de leur faire prendre conscience de l'aspect psychologique et psychiatrique de la maladie qui est l'obésité. Et du coup ça peut être de tout et à tous les âges. Qui sont arrivés à l'enfance ça peut être très jeune, des traumatismes familiaux, des viols, un décès précoce dans la famille, des enfants battus, des évènements vraiment comme ça terrible etc... perte d'emploi, l'alcoolisme, tout est dans le même engrenage en fait.

Ont-ils un TCA diagnostiqué ?

P4 : alors avec un diagnostic posé par un psychiatre pas tous. mais nous en général quand ils arrivent on arrive à cibler un peu les profils et on les met dans différents ateliers d'éducation thérapeutique. Il y en a un notamment qui porte sur des troubles addictifs, des conduites alimentaires... ils n'ont pas tous un diagnostic posé mais ils ont tous un trouble avec des compulsions ou alors vraiment une méconnaissance des aliments et donc du coup l'alimentation très très très déséquilibrée.

Comment décririez-vous leur comportement alimentaire ?

P4 : ça varie d'un patient à l'autre. Pas mal de patients qui vont faire des compulsions alimentaires c'est ce qu'on appelle les binge eating. Donc qui vont pouvoir tomber le frigo, manger 3 paquets de gâteaux d'un coup sans s'arrêter.

Après il va y avoir tout ce qui va être du coup pareil dans les compulsions alimentaires mais avec une personne contrariée qui va être triste, qui va avoir reçu une mauvaise nouvelle et va se réfugier dans la nourriture. ils vont acheter plein de sucreries et ça va être de se réfugier dans la nourriture. Mais c'est même pas plaisant pour eux ils prennent pas forcément plaisir et puis après il y a la culpabilité en plus qui s'installe c'est jamais vraiment plaisant après on a beaucoup de patients qui sont dénutris parce qu'ils ont une nutrition très déséquilibrée. Et puis après il y a des patients qui pensent que pour maigrir il ne faut plus qu'ils mangent. Alors qu'en fait on a besoin de nos muscles pour bouger pour pouvoir perdre les graisses et ça les patients des fois ils ont du mal. Mais ça c'est vraiment un travail d'éducation thérapeutique.

Quel regard le patient a-t-il sur son alimentation ?

P4 : il va y avoir du dégoût pour certaines personnes parce que la nourriture va être à l'origine en fait de leur difficulté. Donc qui ont même plus de plaisir à manger. Il y a des patients qui vont être dans l'addiction qui vont avoir faim tout le temps envie de manger tout le temps qui sont jamais satisfaits de ce qu'il y a sur leur plateau. Des patients qui vont avoir envie de manger des bonnes choses parce qu'ils aiment aussi la bonne chair, fromage, de la bonne charcuterie etc. Donc voilà en fait ils n'ont pas encore conscience de ce qui est bon au niveau gustatif mais pas forcément ce qui est bon au niveau nutritif. Il y en qui n'ont pas conscience non plus, qui ne comprend pas car il dit qu'il a toujours mangé comme ça. L'aspect culturel est présent aussi.

Quel est l'impact de leur comportement alimentaire sur son mode de vie ?

P4 : alors par exemple une dame son mode de vie c'était du coup un mode de vie très austère en fait parce qu'elle se fait une petite boîte pour la semaine donc elle cuisine le dimanche elle fait ses boîtes pour la semaine et en fait y'a plus aucun plaisir dans l'alimentation. Elle va accumuler de la frustration du coup après elle va compenser pour rompre cette frustration oui. Donc il n'y a plus l'alimentation plaisir, mais c'est valable pour pleins d'autres choses où il n'y a plus de plaisir, par exemple au niveau sexuel, les sorties etc... d'autres vont faire d'énormes courses car ils ont peur de manquer, et vont se rendre compte après 2 semaines ils ont déjà tout consommé alors que ça aurait dû tenir 1 mois.

A la fin de la PEC, le TCA/comportement alimentaire a-t-il évolué ?

P4 : ça dépend des patients. Il y'en a oui pour qu'il y a une bonne prise de conscience on a réussi à solidifier certaines choses et cetera et du coup ils ont une meilleure connaissance de l'alimentation, savoir ce que c'est un repas équilibré. Ça veut pas forcément dire que ça va perdurer dans le temps, en tout cas là les prises de conscience sont quand même là.

SR : ce sont des prises en charge de combien de temps ?

P4 : en général c'est 1 mois minimum. Ça peut aller jusqu'à 1 an, 1 an et demi

Quels sont les conséquences psychologiques sur les occupations ?

P4 : le regard des autres est très important pour ces personnes-là et même quand ils se promènent dans la rue si les gens le regardent pas forcément, ils vont se sentir jugés. Et après des fois c'est le cas aussi oui parce qu'il y a beaucoup de violence de grossophobie de choses comme ça. Ils vont s'empêcher d'aller à la piscine ils vont s'empêcher d'aller à la mer parce que dès qu'il y a de la nudité les regards sont présents et c'est trop difficile pour eux. Au niveau des courses aussi, ils ont honte, peur que les gens les jugent sur ce qu'ils ont mis dans leur caddie.

Est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un patient se restreigne dans les sorties pour diverses raisons ?

P4 : ah oui oui il y a beaucoup de patients qui ne sortent plus de chez eux. Il y a aussi l'environnement, le milieu urbain, les cabinets médicaux qui ne sont pas du tout adaptés.

Quelles sont les AVQ dans lesquelles les patients rencontrent le plus de difficultés ?

P4 : alors ce que je dirais en premier c'est la toilette l'habillage. Mais en nous quand on les voit arriver on parle de ça parce que ils en sont là, ils arrivent même plus à faire ça. Mais avant ça il y a déjà eu une restriction dans plein de domaines notamment de loisirs travail etc... se laver le dos, les pieds, s'essuyer après être allé aux WC c'est impossible pour eux. Toutes les activités sociales sont impactées. Les activités de loisirs ce sont des activités très sédentaires : télé, mots croisés, ordinateur.

Ont-ils un emploi ?

P4 : avec des poids comme ça extrêmement important il y en a beaucoup qui sont en invalidité. après ça nous arrive d'avoir quelques patients qui travaillent. là j'ai un patient qui est dessinateur industriel voilà qui est jeune. Lorsqu'ils sont jeunes ils ont encore pas mal de possibilités parce que les articulations ont pas encore lâché c'est pas encore trop douloureux et cetera donc mais là c'est un travail qui est sédentaire en plus lui il télétravaille donc extrêmement sédentaire. Mais la plupart on a beaucoup de patients dans notre service qui sont retraités depuis de nombreuses années.

Ont-ils rencontré des difficultés en lien avec l'emploi ?

P4 : c'est surtout les incapacités physiques, avec des neuropathies associées etc... et du coup ils se retrouvent en invalidité.

Est-ce qu'il y a eu un développement de la diversité et de la qualité dans les activités à la fin de la PEC ?

P4 : oui. On a des patients qui ressortent en marchant mieux. On a par exemple mis en place un déambulateur ce qui fait qu'il peut s'asseoir plus régulièrement du coup faire des plus longues distances mais ils font des pauses régulières. On a pas mal de patients qui progressent bien au niveau de la marche. Au niveau de l'autonomie à la toilette par exemple moi je mets beaucoup en place des aides techniques, des pinces à long manche, enfile chaussettes... On essaie de les guider vers un retour aux activités, mais on essaie aussi de diversifier. Il faut penser aux loisirs il n'y a pas que la toilette. Donc oui on a quand même du progrès, après ça tient un temps, mais parfois il y a une rechute.

SR : du coup vous avez un retour, un suivi de ces patients une fois à domicile ?

P4 : on garde contact via le médecin surtout, par téléphone aussi. On essaie de le maintenir le plus possible.

Le logement est-il facilement accessible ?

P4 : on a beaucoup de patients qui ont des soucis de logement.

Quels sont les obstacles/difficultés par rapport au logement ?

P4 : majoritairement la salle de bain, beaucoup de baignoires avec des grandes marches ou douches trop étroites. Après des logements sans ascenseur. Ils n'ont pas tous des difficultés au logement mais c'est le cas pour beaucoup quand même.

Quels sont les principaux leviers et freins pour la participation dans la prise en charge ergothérapeutique ?

P4 : pour les freins : je me confronte au début quand ils arrivent alités j'ai du mal à leur proposer des activités. C'est compliqué d'évaluer, l'autonomie est au plus bas. Donc il y a certain temps qui s'écoule entre le moment où ils arrivent et qu'ils perdent un peu de poids, qu'ils récupèrent un peu de mobilité. Pour que moi je puisse intervenir sur des activités plus concrètes. Donc la condition physique grabataire au début. Les freins ça peut aussi être une absence de prise de conscience. Ils ne vont pas vouloir de mon aide parce que des fois ils vont se dire « si je perds je retrouve la mobilité donc j'ai pas besoin de brosse à long manche » par exemple.

Pour les leviers : la motivation, ça peut être pour beaucoup la famille. Pas mal de patientes qui voudraient s'occuper de leurs petits-enfants. Actuellement on a des patients jeunes et disent qu'ils veulent retrouver un peu la vie. On a certains patients pour qui c'est compliqué de trouver des leviers car ils sont dans cette situation depuis tellement longtemps. Et ils n'ont pas d'objectifs suffisamment précis et significatif pour que ça fonctionne. En autre levier, la motivation d'avoir moins de douleur aussi.

Quels outils utilisez-vous ?

P4 : pour les évaluations on a fait une sorte de questionnaire qui balaie le plus possible le quotidien du patient. Donc il y a des catégories : environnement social, environnement physique, transferts et ambulation, toilette, habillage, élimination, loisirs, gestion du domicile. Donc je pose des questions pour savoir ce qu'ils sont capables de faire. il est inspiré du BME en fait, et ça me permet moi de balayer par ce 1^{er} entretien un peu tous les aspects et identifier ce qui pose le plus de problème. Ensuite je les revois une 2nde fois pour se mettre d'accord sur les objectifs avant d'attaquer la pratique qui peut être très variée. Je peux faire parfois du concret où j'apporte un sac avec plein d'aides techniques pour l'habillage et la toilette. Et leur montrer ce qui existe.

En fonction, on passe commande chez un revendeur et peuvent utiliser leur aide technique pendant l'hospitalisation. Je fais pas mal de marche avec les patients. Alors je ne suis pas kiné en fait ce que je fais c'est vraiment de la réassurance à la marche. Trouver aussi le bon déambulateur. Et vraiment cette peur de chuter diminue petit à petit. Dans le cas de la chute on travaille aussi sur le relevé de sol.

Au niveau des évaluations, on a créé un rapide questionnaire sur les chutes. Que j'associe ensuite avec le ABC scale qui est une évaluation de confiance. Donc en fait c'est « à quel point êtes-vous confiant par rapport à votre équilibre quand vous réalisez telle activité » et donc là il y a une quinzaine d'activités, à coter sur une échelle de 1 à 4.

Je travaille aussi avec une orthoprothésiste qui fait des ceintures de maintien abdominal sur mesure. Cela permet de soutenir le poids de ventre, de le répartir sur le dos et éviter ce penchement en avant qui vont les déséquilibrer etc...

Qu'est-ce qui est mis en place pour favoriser l'équilibre occupationnel ?

P4 : déjà ce que je t'ai répondu à la précédente question. Et il y a des patients aussi avec qui je vais faire du psycho-social. Par exemple là j'ai un patient très désœuvré, dans son lit depuis 8 mois à la clinique, qui n'avait plus de verticalisation etc... et j'ai creusé un peu je me suis rendu compte qu'il aimait lire. Donc pour l'engager je lui ai demandé de m'aider à remettre sur pied la bibliothèque de la clinique. Ça lui a vraiment donner un élan vital et donc j'ai pu le laisser faire pas mal de chose dans ce projet (prospectus, demande de dons etc...). Ça l'a sorti de sa torpeur, il y a eu des progrès au niveau physique, une meilleure verticalisation. Et petit à petit il a commencé à augmenter le nombre de séances de gym par semaine. Ensuite j'ai pu lui proposer de faire une maintenance pour la bibliothèque. Et donc finalement il descend 2 après-midi par semaine de 14h à 17h. Il fait des pas, il remarche etc... Donc là en tant qu'ergo, je ne l'ai pas aidé à refaire sa toilette, mais par contre je lui ai redonné, en utilisant l'activité comme un levier motivationnel, pour permettre au patient de se réengager dans la rééducation. J'ai un autre exemple un peu comme ça avec une patiente qui réalise un carnet de chant.

Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?

P4 : le travail d'équipe, c'est vraiment primordial dans la prise en charge de ces patients là avec une vie compliquée, une pathologie compliquée, et donc il faut vraiment travailler en équipe. Il faut être au courant tout le temps de ce que font les uns et les autres pour être le plus pertinent. C'est aussi des patients qui des fois vont jouer un peu sur « ah bah le prof de sport m'a dit ça » donc être très au clair entre nous pour bien coordonner. Toutes les semaines on fait des réunions pluridisciplinaires et parfois on fait une réunion avec le patient quand nous sommes un peu perdus/découragés dans la prise en charge, que le projet est un peu flou, ça aide vraiment à réengager le patient en tant qu'acteur lui-même de sa santé. Ils se sont déshabitués de faire par eux-mêmes.

ANNEXE VII : Entretien n°5

Dans quel grade de l'obésité se situent généralement les patients que vous accompagnez ?

P5 : pour resituer, je travaille dans un SSR nutrition donc les patients viennent à tout type de grade.

Est-ce que les patient que vous accompagnez font un lien entre la prise de poids et un/des évènement(s) ?

P5 : dans un 1^{er} temps ils remettent l'obésité sur une activité fonctionnelle (moins de sport, grignotage) mais ils oublient la part du psychologique. Quand il y a des évènements qui ressortent avec la psychologue ils comprennent que ça peut faire lien.

Ont-ils un TCA diagnostiqué ?

P5 : pas forcément à l'entrée, ils peuvent l'être une fois dans la structure.

Comment décririez-vous leur comportement alimentaire ?

P5 : ce qui est intéressant de savoir c'est pour quel motif ils sont rentrés chez nous. Selon le motif c'est intéressant de voir le comportement alimentaire qu'ils vont avoir après en réponse. C'est-à-dire par exemple on a des personnes qui viennent pour chirurgie bariatrique et font attention, celui qui a été orienté mais ne sait pas trop pourquoi il est là etc... chacun n'aura pas le même comportement.

Quel regard le patient a-t-il sur son alimentation ?

P5 : ça c'est le rôle du diététicien du service, mais notre rôle principale c'est de rendre le patient acteur. Il y a vraiment un rôle d'éducation au sein de la structure. Et certains patients découvrent et prennent conscience qu'on peut manger de tout mais avec proportion et équilibre.

Quel est l'impact de leur comportement alimentaire sur son mode de vie ?

P5 : ça peut prendre énormément de place. J'ai un patient qui avait un BED et je lui demande de faire son rythme occupationnel pour voir justement combien de temps ça lui prend dans la journée. Et elle trace plein de traits toutes les demi-heures, et ça correspondait aux temps où elle mange. Donc ça peut prendre énormément de temps. L'impact 1^{er} que nous rapportent les patients c'est le côté financier. Et celui-là va impacter sur le mode de vie. C'est-à-dire manger de tout tout le temps va coûter plus cher, donc il y a moins de sortie, cela créer un isolement social. En plus de ça ils ont parfois honte de leur comportement donc refusent de sortir même chez des amis. Il y a aussi tout ce phénomène autour de la grossophobie, et c'est très complexe encore. Donc les grosses répercussions c'est vraiment l'isolement social et le côté financier.

A la fin de la PEC, le TCA/comportement alimentaire a-t-il évolué ?

P5 : dans tous les cas quand ils sortent de chez nous ils sont réorientés en HJ la plupart du temps. Et nous quand ils rentrent, on leur dit qu'ils ne vont pas sortir guérir, mais qu'il va falloir apprendre à vivre avec.

Quels sont les conséquences psychologiques sur les occupations ?

P5 : c'est une bonne question parce que l'impact psychologique est différent chez chaque patient. Chacun vient avec une histoire de vie particulière. Par exemple la dame avec le BED n'avait pas le droit de sortir de chez elle, histoire très malsaine avec son mari etc, elle a réussi à sortir de là avec ses enfants mais elle était à la rue. Donc quand elle a pu acheter de la nourriture elle en achetait énormément en se disant que si un jour elle ne pouvait plus manger elle aurait déjà mangé.

Là j'ai aussi un patient de grade 3 qui était chauffeur routier et a eu un gros accident de la route. Quand a eu lieu la rééducation il ne pouvait pas vraiment marcher et la seule chose qu'il avait pour se reconforter c'était grignoter. Une autre dame qui a eu un fils avec un homme maltraitant, maintenant le fils est majeur et prend le même comportement de l'homme. Donc elle se réfugie dans la nourriture. C'est vraiment propre à leur histoire de vie finalement.

Est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un patient se restreigne dans les sorties pour diverses raisons ?

P5 : il y a vraiment un isolement de par la stigmatisation, et la honte et la culpabilité qu'ils ont de leur mode alimentaire. Une autre chose qui pose problème aussi c'est d'aller aux toilettes publiques, pour un homme obèse qui n'a pas accès à son sexe c'est contraignant etc...

Quelles sont les AVQ dans lesquelles les patients rencontrent le plus de difficultés ?

P5 : aller aux toilettes et mettre ses chaussures/faire les lacets, s'asseoir dans son canapé et se relever, être en voiture et mettre sa ceinture, conduire avec le volant trop proche et les jambes trop courtes, pour se relever du lit, la douche également pour enjambrer la baignoire et se stabiliser.

Ont-ils un emploi ?

P5 : certains oui, c'est vraiment individuel. Certains sont en arrêt d'autres continuent de travailler.

Ont-ils rencontré des difficultés en lien avec l'emploi ?

P5 : ça n'a pas été verbalisé par les patients.

Est-ce qu'il y a eu un développement de la diversité et de la qualité dans les activités à la fin de la PEC ?

P5 : on est sur un temps d'hospitalisation complète donc ils vont avoir quelques weekends mais ça ne permet pas de se réengager pleinement. Moi en gros je fais l'apprentissage de ce réengagement et comment le maintenir, mais sur la pratique et sur ce qu'ils ont réussi à mettre en place à la sortie ça je ne sais pas, malheureusement je n'ai pas de retour là-dessus.

Le logement est-il facilement accessible ?

P5 : pour beaucoup le principal objectif de mon intervention est justement de pouvoir réaliser un avis technique sur leur logement. Je le fais je pense pour 1 patient sur 2, et après je passe mon avis à l'assistante sociale pour que les choses soient coordonnées.

Quels sont les obstacles/difficultés par rapport au logement ?

P5 : ce qui est complexe c'est quand on a affaire à des logement sociaux parce qu'ils sont pas très rapides à traiter les informations et pas très friands de déboursier de l'argent pour adapter le logement. Ce qui l'est aussi c'est quand il y a une baignoire et qu'il faut installer une douche. Donc je propose des solutions temporaires avec des planches de bain sur lesquelles ils peuvent s'asseoir. Quand ils ont des logements à un étage et sans ascenseur aussi quand il faut ramener les courses. La taille des toilettes car parfois ils frottent les parois. L'aménagement du salon avec l'idée de pouvoir s'installer dans le canapé avec la famille par exemple. Souvent il est trop bas et s'enfonce avec le poids. La cuisine aussi mais après ça c'est surtout du réaménagement de l'organisation dans le rangement.

Quels sont les principaux leviers et freins pour la participation dans la prise en charge ergothérapeutique ?

P5 : moi ce qui m'intéresse c'est vraiment pourquoi ils sont là et qu'est-ce qu'ils recherchent chez nous. C'est le 1^{er} élément qui va m'indiquer quels seront les freins et les leviers. Les freins c'est toutes les comorbidités associées, la culture parfois, la famille, l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes. En levier la famille aussi, quand il y a une chirurgie bariatrique car il y a vraiment cette volonté de perdre du poids pour y accéder.

Quels outils utilisez-vous ?

P5 : pour un patient avec des accès hyperphagiques, dans un 1^{er} temps je fais un entretien d'entrée. Ensuite en fonction de ses objectifs je fais passer la MCRO pour faire un rendement des occupations etc... ensuite on fait une visite du domicile par ex si c'est un des objectifs, pour voir ce qui pose problème réellement au domicile. ensuite, dans mon parcours professionnel j'ai fait un master 2 en ingénierie d'éducation à la santé et éducation thérapeutique. Concrètement j'en fait pas grand-chose parce qu'avant l'ETP c'était peut-être un modèle de PEC top du top, aujourd'hui cette révolution du modèle de PEC s'est même ancré définitivement dans la PEC de tout professionnel, voilà des ETP on n'en voit plus beaucoup. Mais il m'a permis de découvrir le champs de la promotion de la santé avec les compétences psychosociales. J'ai ancré ces compétences dans ma PEC, qui prennent en compte tous les troubles du comportement alimentaire. C'est-à-dire il n'y a pas que les anorexiques les boulimiques les obèses.

J'ai créé 5 parcours différents et selon les problématiques des patients on va faire tel ou tel parcours, en individuel ou en groupe. Donc on peut les prendre en charge sur des parcours d'estime de soi, affirmation de soi, engagement occupationnel, la gestion des émotions, les temps libres, développer les habilités sociales etc... c'est tourné autour de 10 compétences psychosociales.

Qu'est-ce qui est mis en place pour favoriser l'équilibre occupationnel ?

P5 : l'idée des parcours c'est de créer une concordance entre vouloir quelque chose. Développer les parcours sur 5 séances c'est pour leur montrer que pour développer une compétence il faut faire plusieurs étapes. Par exemple en individuel j'ai le parcours engagement occupationnel, et on vient rediscuter autour d'horloge le temps occupationnel qu'il avait avant. Et ensuite on va pouvoir établir des objectifs avec la méthode SMART et on se projette sur le rythme de vie qu'on aimerait avoir. Par exemple le programme estime de soi est aussi en individuel donc là je peux utiliser le portrait chinois pour voir ce qui les représentent aujourd'hui et ce qu'il voudrait être demain. Parce que parfois entre le soi idéal et le soi réel la différence peut être tellement grande. Donc on travaille sur la représentation de soi-même etc...

Le programme affirmation de soi c'est en groupe et j'utilise le théâtre. En fait je vais avoir plusieurs modalités de prises en charge. Au travers des compétences psychosociales je vais pouvoir utiliser des techniques soit de TCC soit de psychodynamique.

J'accentuerai surtout les horloges, je leur donne sans les aiguille avec le rythme qu'ils souhaitent. Parce que des fois ils me disent bah à l'hôpital je n'ai pas d'accès hyperphagique. Bien évidemment à l'hôpital il y a un cadre. Et l'idée c'est de reproduire sur ces horloges le cadre qui prend en compte leurs habitudes de vie mais qui vient accorder un nouvel équilibre de vie. Et à leur sortie qu'ils repartent avec ça et essayent de se réengager de manière naturelle et s'ils sentent que ça commence à être bancal ils peuvent ressortir cette horloge.

Promotion de la santé par la mise en place d'activités en ergothérapie auprès d'adultes atteints d'obésité

Résumé

Contexte : Les adultes atteints d'obésité présentent souvent des troubles du comportement alimentaire accompagnés d'un déficit occupationnel. L'objectif de cette étude était de déterminer le potentiel de l'occupation dans la diminution de la prise alimentaire chez des patients adultes atteints d'obésité. **Méthode** : Cinq entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec cinq ergothérapeutes ayant déjà pris en charge des patients atteints d'obésité. Les entretiens ont ensuite été retranscrits avant de procéder à une analyse transversale. **Résultats** : Généralement, lorsque les patients effectuaient plus d'activités, on observait également une réduction des troubles alimentaires. Cependant, des rechutes étaient constatées si le trouble psychiatrique sous-jacent n'était pas réglé. **Conclusion** : Le développement des activités permet un épanouissement et une réorganisation du temps. Cela contribue à la diminution des compulsions alimentaires. Cependant, la prise en charge doit également être axée sur le versant psychologique de la maladie.

Mots clés : obésité, équilibre occupationnel, troubles du comportement alimentaire, adulte

Health promotion through occupational therapy activities for adults with obesity

Abstract

Background : Adults suffering from obesity often have eating disorders with an occupational deficit. This study aimed to determine the potential of occupation to reduce dietary intake in adults with obesity. **Method** : Five semi-structured interviews were carried out with five occupational therapists who had already taken care of patients with obesity. The interviews were transcribed before conducting a cross-sectional analysis. **Results** : Generally, when patients performed more activities, there was also a reduction in eating disorders. However, relapses were observed if the underlying psychiatric disorder was not resolved. **Conclusion** : The development of activities could allow for a fulfillment and reorganisation of time. This contributed to the reduction of compulsive eating. However, the care must also focus on the psychological side of the disease.

Key words : obesity, occupational balance, eating disorders, adults

Author / Auteur : Sonia RINAUDO