



HAL
open science

Comment favoriser la pérennité de l'engagement du patient en activité physique adaptée. Étude réalisée auprès de personnes en situation d'obésité

Ania Maussion

► To cite this version:

Ania Maussion. Comment favoriser la pérennité de l'engagement du patient en activité physique adaptée. Étude réalisée auprès de personnes en situation d'obésité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03721534

HAL Id: dumas-03721534

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03721534>

Submitted on 12 Jul 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.



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



**Comment favoriser la pérennité de
l'engagement du patient en Activité Physique
Adaptée**

***Etude réalisée auprès de personnes en situation
d'obésité***

Master 2 APA-S parcours APPCM

Approche Pluridisciplinaire des Pathologies Chroniques et Motrices

Présenté par : Ania MAUSSION

Sous la direction de : Olivier RASCLE Enseignant Chercheur au laboratoire VIPS²

Tuteur professionnel : Sandrine LEROUX, Enseignante en Activité Physique Adaptée et Santé à SPORMED

Année universitaire : 2021 - 2022



Remerciements

Je remercie le Docteur Chaory, spécialiste en médecine du sport et réadaptation, de m'avoir intégrée au sein de sa structure et d'avoir approuvé mes projets.

Je remercie ma tutrice, Sandrine Leroux Enseignante en Activité Physique Adaptée, pour m'avoir permis de réaliser ce stage à SPORMED.

Je remercie toute l'équipe SPORMED, Enseignants en Activité Physique Adaptée et Kinésithérapeutes, pour m'avoir accompagnée, corrigée et tant appris durant ces quatre mois.

Je remercie également Olivier Rascle, enseignant chercheur au laboratoire VIPS² pour m'avoir guidée et relue tout le long de ce projet.

Je remercie aussi les auteurs et professeurs qui ont accepté de m'envoyer leurs travaux ou textes auxquels je n'avais pas accès.

Je remercie, de plus les patients qui m'ont fait confiance et ont accepté de participer à mon projet.

Enfin, je remercie mes proches, et tout particulièrement ma maman et mon conjoint, pour leur soutien et leur relecture.

Liste des abréviations

Activité Physique : **AP**

Activité Physique Adaptée : **APA**

Enseignant en Activité Physique Adaptée : **EAPA**

Échelle de Motivation pour l'Activité Physique à des fins de Santé : **EMAPS**

Education Thérapeutique du Patient : **ETP**

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : **EHPAD**

Haute Autorité de Santé : **HAS**

Hyper Tension Artérielle : **HTA**

Indice de Masse Corporelle : **IMC**

Kilogramme par mètre carré : **Kg/m²**

Modèle d'Engagement Thérapeutique en Réadaptation : **METR**

Motivation extrinsèque : **ME**

Motivation intrinsèque : **MI**

Rehabilitation Therapy Engagement Scale 18 items : **RTES-18**

Sentiment d'Efficacité Personnel : **SEP**

Sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'obésité : **SEPOB**

Occupational Therapy Engagement Scale : **OTES**

Organisation Mondiale de la Santé : **OMS**

Table des matières

Table des matières	1
Introduction	3
I) Revue de Littérature	4
1.1. Etat des lieux de l'obésité.....	4
1.1.1. Définition.....	4
1.1.2. Epidémiologie.....	5
1.1.3. Facteurs de risques.....	6
1.1.4. Troubles associés.....	8
1.2. Prise en charge du patient.....	11
1.2.1. Prise en charge pluridisciplinaire	11
1.2.2. Chirurgie bariatrique	13
1.3. L'engagement du patient dans sa prise en charge	19
1.3.1. Définition de l'engagement	19
1.3.2. Comment intervenir en tant qu'enseignant en APA sur l'engagement du patient en situation d'obésité	24
1.3.3. Quels sont les facteurs de réussite ou d'échec d'une chirurgie bariatrique	26
1.4. Objectif de la recherche.....	29
II) Méthodologie.....	30
2.1. Les participants.....	31
2.1.1. Critères d'inclusion des patients	31
2.1.2. Répartition des patients	31
2.1.3. Ethique.....	32
2.2. Le déroulement.....	33
2.2.1. Planning de l'étude.....	33
2.2.2. Les tests	33
2.2.3. Le carnet.....	40
2.3. Analyse des résultats	43
III) Résultats	44
3.1. Identification des patients participants	46
3.1.1. Patient A :.....	46
3.1.2. Patient B :.....	47
3.1.3. Patient C :	48
3.1.4. Patient D :	49

3.1.5.	<i>Patient E</i> :.....	50
3.1.6.	<i>Patient F</i> :.....	51
3.1.7.	<i>Patient G</i> :	52
3.2.	Evolution du parcours des patients :.....	53
3.2.1.	<i>Abandons</i>	53
3.2.2.	<i>Résultats des tests</i>	54
3.2.3.	<i>Les critères observables</i>	57
3.3.	Points communs et différences intra-groupes.....	59
3.3.1.	<i>Groupe 1 : Groupe pré chirurgical</i>	59
3.3.2.	<i>Groupe 2 : Groupe post-chirurgical</i>	63
3.4.	Points communs et différences inter-groupes.....	68
3.4.1.	<i>Points communs</i>	68
3.4.2.	<i>Différences</i>	72
IV)	Discussion	75
4.1.	Limites et perspectives du projet :.....	75
4.2.	Les abandons	77
4.2.1.	<i>Patiente D</i> :	77
4.2.2.	<i>Patiente E</i>	78
4.3.	Retour sur les résultats	80
4.3.1.	<i>Retour sur les motivations</i>	80
4.3.2.	<i>Retour sur le SEP</i>	82
4.3.3.	<i>Retour sur l'engagement RTES-18</i>	83
4.4.	Retour sur les profils des patients.....	84
4.4.1.	<i>Retour sur l'emploi</i>	84
4.4.2.	<i>Retour sur le rapport à l'alimentation</i> :	86
4.4.3.	<i>Retour sur les choix de chirurgie</i> :	87
4.5.	Retours des patients :.....	89
4.5.1.	<i>Retours positifs</i> :	89
4.5.2.	<i>Retours négatifs</i> :.....	92
4.5.3.	<i>Auto-critique</i> :	93
	Conclusion.....	94
	Bibliographie.....	95
	Table des annexes :.....	105

Introduction

Dans le cadre de la deuxième année de Master en Sciences Technologiques de l'Activité Physique et Sportive, un stage d'une durée minimum de 300h est requis. Etudiante dans la filière Activité Physique Adaptée et Santé, dans le parcours Approche Pluridisciplinaire des Pathologies Chroniques et Motrices, je me suis donc dirigée vers la société SPORMED afin d'y réaliser ce stage.

SPORMED est une structure regroupant la médecine du sport mais également une salle de sport adaptée accessible sur prescription médicale. Au sein de cette structure, plusieurs populations de patients sont accueillies, par exemple des individus pris en soins en neurologie, avec des troubles musculosquelettiques mais également des patients en situation d'obésité.

La prise en soins des patients en situation d'obésité peut être réalisée en partenariat avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pontchaillou à Rennes. Au sein du CHU, les patients peuvent avoir accès à une chirurgie bariatrique et intègrent SPORMED en pré et / ou post chirurgie pour se préparer et récupérer des capacités.

Il s'agit de ma deuxième expérience avec un public en situation d'obésité. Au cours de ma deuxième année de formation, j'ai réalisé un stage au Centre de Soins de Suite et de Réadaptation de l'Anjou qui propose un parcours vers une chirurgie bariatrique. Après des échanges avec les professionnels, il en est ressorti que beaucoup de patients reviennent quelques années après l'opération pour en bénéficier une nouvelle fois après une reprise de poids. Après des recherches bibliographiques, il semblerait que cette tendance soit généralisée à l'ensemble des prises en charge.

Après un échange avec ma tutrice de stage, Mme Sandrine Leroux enseignante en activité physique adaptée à SPORMED, j'ai décidé d'orienter mon sujet sur le thème : comment remédier à cette problématique de ré-opération des personnes en situation d'obésité.

Un état des lieux des connaissances sur l'obésité ainsi que sur les méthodes d'engagement des patients dans leur thérapie seront d'abord étudiés. Puis, la méthodologie appliquée à cette étude sera explicitée, et pour finir les résultats seront présentés puis discutés.

I) Revue de Littérature

1.1. Etat des lieux de l'obésité

1.1.1. Définition

L'obésité est une pathologie chronique. Elle est définie par Joan Matta et al. en 2018 comme : « un excès de masse grasse et est associée à un risque accru de maladies notamment cardio-métaboliques telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et certains cancers ». Arnaud Basdevant complète cette définition en précisant qu'il s'agit : « d'une mise en échec du système de régulation des réserves énergétiques par des facteurs externes et/ou internes ».

Cette pathologie résulte d'une balance énergétique positive (Chooi et al., 2019), c'est-à-dire que l'individu ingère plus d'énergie via son alimentation qu'il n'en dépense par l'activité physique.

Il est possible de catégoriser les différentes obésités. Pour ce faire, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) est utilisé à travers le monde entier (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). L'IMC est un indice permettant de calculer le rapport poids/ taille. Il est estimé en kilogramme par mètre carré (Kg/m²). Ainsi, les catégories ci-dessous ont été définies.

	Classe de l'obésité	IMC en Kg/m ²
Poids normal		18.5-24.9
Surpoids		25-29.9
Obésité	Modérée	30-34.9
	Sévère	35-39.9
	Morbide	>40

Tableau 1 : Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC (selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 2003)

Cependant, l'IMC est remis en question par plusieurs chercheurs pour sa fiabilité limitée. En effet, cet outil ne prend pas en compte le pourcentage de masse grasse qui peut varier en fonction de la quantité d'activité physique (AP) ou de l'ethnie de l'individu (Chooi et al., 2019). C'est pourquoi, en 2002, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) a

développé une échelle plus précise que l'IMC en fonction des continents avec par exemple un surpoids décidé à un IMC de 23 kg/m² et une obésité à 27.5 kg/m² pour la population asiatique.

L'obésité est une maladie chronique et évolutive. Aussi, ces différents stades d'obésité correspondent chacun à des mécanismes physiopathologies différents (Basdevant, 2006).

1.1.2. Epidémiologie

L'obésité est devenue un problème de santé publique, on parle d'une épidémie d'obésité (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). En effet, aujourd'hui plus d'un tiers de la population mondiale, soit 39%, est en situation de surpoids voire d'obésité et cette proportion augmente chaque année (Chooi et al., 2019). Cette prévalence a, en effet, doublé depuis 1980. En gardant cette cinétique d'évolution, 57.8% de la population devrait se trouver en situation au minimum de surpoids d'ici 2030 (Chooi et al., 2019). Cette pathologie est responsable de 3.4 millions de décès dans le monde (Matta et al., 2018).

L'obésité est une pathologie qui touche tous les continents à différentes échelles (Chooi et al., 2019). En effet, une augmentation de la prévalence de l'obésité est observée au niveau mondial, cependant, elle est plus accrue dans certaines régions. Dans les régions où se trouve une population à faible revenu, il semblerait que ce soient les adultes d'âge moyen les plus touchés avec une légère supériorité pour les femmes. Il y aurait donc plus d'adultes en situation d'obésité dans les pays en développement que dans les pays développés (Apovian, 2016). Cela s'explique notamment par le développement des grandes villes et donc l'accès à de la nourriture riche en lipides (Chooi et al., 2019) (Ronga-Pezeret, 2018). Dans les pays en développement, il existe donc un double risque de mortalité avec la dénutrition et les infections d'un côté et de l'autre l'obésité due à l'amélioration du confort de vie (Chooi et al., 2019).

En France, on observe que près de la moitié de la population adulte est concernée par une problématique de poids (SPF, s. d.). En effet, selon une étude réalisée par Santé Publique France, 57% des hommes adultes seraient en situation de surpoids voire d'obésité et 41% des femmes. Chez les enfants, si une obésité est détectée avant la puberté, il y a 20-50% de risque que l'obésité s'installe de façon pérenne (Haute Autorité de Santé, s. d.-b).

L'obésité est donc un problème de santé publique au niveau national mais également mondial. Cette prévalence continue d'augmenter d'année en année, c'est pourquoi il est nécessaire de s'interroger sur les causes et de remédier à cette épidémie.

1.1.3. Facteurs de risques

L'obésité est une pathologie chronique pluridimensionnelle. Les causes peuvent être multiples mais peuvent être différenciées en plusieurs catégories. Selon Basdevant en 2006, l'obésité est une pathologie qui résulte de l'interaction entre les gènes qui peuvent être des facteurs facilitants du développement de la pathologie et l'environnement dans lequel on vit. La cause exacte du développement de cette pathologie reste cependant inconnue (Apovian, 2016).

1.1.3.1. Facteurs internes

Les facteurs internes regroupent l'ensemble des paramètres physiologiques, biologiques et psychologique propres à chaque individu. Ils ne sont pas contrôlables mais peuvent favoriser l'apparition de certaines pathologies telle que l'obésité.

En effet, l'obésité n'est pas forcément la cause de pathologies métaboliques, elle peut également en être la conséquence. On peut effectivement nommer les pathologies comme celles de Prader-Willi et de Cohen qui sont des maladies génétiques pouvant entraîner une obésité (Apovian, 2016).

La génétique a donc un effet certain sur le développement d'une potentielle obésité. Selon Ronga Pezeret en 2018, plus de 300 polymorphismes mono-nucléotidiques pourraient être associés à un codage de masse grasse anormale. Les individus avec ce type de problématiques génétiques sont donc plus sensibles aux effets de la sédentarité et sont plus à même de stocker les lipides en extra, créant ainsi des adipocytes (Basdevant, 2006).

La problématique d'excès de masse grasse se pose aussi sur la capacité d'élimination de cette masse grasse. La notion de dépense énergétique est également un facteur énergétique propre à chacun. Nous n'avons donc pas tous les mêmes capacités à « *bruler des calories* » pour une intensité d'exercice donnée (Basdevant, 2006).

Enfin, nous pouvons citer les complications liées à la prise alimentaire. En effet, les personnes en situation d'obésité sont des personnes qui présentent un déficit en leptine (Apovian, 2016). Cette hormone possède un effet « coupe-faim » qui permet de réguler l'apport énergétique. Sans cette hormone, les individus sont susceptibles d'ingérer plus de calories que nécessaire ce qui provoque une balance énergétique positive. De plus, ces personnes ont régulièrement un rapport à la nourriture lié à leurs émotions. Aussi, la prise alimentaire entre les repas, est celle qui est la plus problématique, elle est influencée par l'impulsivité, un trouble de l'humeur, un stress (Basdevant, 2006). Ce rapport peut intervenir à la suite d'une succession de régimes restrictifs et entraîne ainsi une frustration trop importante au niveau de l'alimentation.

Bien entendu, les réactions métaboliques pouvant amener une obésité chez l'adulte sont bien plus nombreuses. Nous pouvons citer les dérèglements hormonaux hypothalamiques, la prise de médicaments, le manque de sommeil ou la prise de stupéfiants. Mais il existe également des causes psychologiques comme la dépression ou les troubles du comportement alimentaire tel que la boulimie (Apovian, 2016) (Basdevant, 2006).

Les causes internes de l'obésité sont donc multiples et interagissent entre elles pour provoquer un dérèglement de l'homéostasie.

1.1.3.2. Facteurs externes

Les facteurs externes font référence au mode de vie des individus, à l'environnement dans lequel ils évoluent et peut parfois être associé à la catégorie socioprofessionnelle. Ils peuvent, pour certains, être contrôlables mais peuvent également déterminer nos actions et nos interprétations.

Le changement de notre mode de vie est ce qui peut expliquer l'augmentation de la prévalence d'obésité dans le monde. En effet, nous évoluons maintenant dans une société de consommation où l'accès à une nourriture riche en lipides est favorisé (Chooi et al., 2019) (Ronga-Pezeret, 2018). Cela amène principalement un apport en calories beaucoup trop important par rapport à la dépense (Basdevant, 2006). Grâce à l'évolution de notre confort de vie qui s'illustre par la démocratisation des transports motorisés par exemple, la balance énergétique des individus est de plus en plus souvent positive amenant donc à une prise de masse (Basdevant, 2006) (Ronga-Pezeret, 2018). Cela semble davantage s'illustrer chez les

individus avec un faible niveau socio-économique qui ont accès à de la nourriture lipidique mais beaucoup moins accès à des structures sportives (Ronga-Pezeret, 2018).

La population est donc de plus en plus sédentaire. On ne parle pas uniquement d'inactivité physique où les individus sont actifs mais n'atteignent pas les recommandations de l'OMS mais bien de sédentarité où les individus passent plus de 7 heures assis dans la journée (Berthouze-Aranda & Reynes, 2011). La sédentarité et le manque d'activité physique est l'une des causes principales de l'obésité.

La sédentarité semble être due selon S.E. Berthouze-Aranda en 2011, à un ensemble de processus psycho-sociaux avec notamment des barrières individuelles plus contraignantes que les barrières sociales. En effet, même s'il a été rapporté qu'un entourage non sportif était un frein à la pratique, les causes psychologiques freinent davantage. L'auteur rapporte notamment un faible de sentiment de compétence dans l'activité physique, on ne souhaite pas s'engager si on ne se sent pas compétent. On peut également citer une faible estime de soi, une faible voire absence de motivation et peu de connaissance. Selon Lequerica et Kortte en 2010, ces facteurs sont cependant indispensables pour s'engager. Les personnes inactives voire sédentaires entrent donc dans un cercle vicieux qu'il est nécessaire de briser si on veut lutter contre l'obésité (Berthouze-Aranda & Reynes, 2011).

1.1.4. Troubles associés

Tout comme ses causes, l'obésité a de multiples conséquences très diverses et nombreuses sur les individus qui en souffrent.

1.1.4.1. Comorbidités

L'obésité impacte grandement le fonctionnement métabolique de l'organisme. Les comorbidités peuvent donc être d'ordre (Louvet & Barbe, 2007) :

- Cardiovasculaire
- Respiratoire
- Métabolique
- Rhumatologique
- Digestif.

Parmi les plus répandues, on peut citer l'augmentation du risque de développer des pathologies cardiovasculaires comme l'Hyper Tension Artérielle (HTA) ou des maladies coronariennes. Cela peut être associé à une dyslipidémie qui se traduit comme étant une concentration de lipides anormalement élevée ou diminuée dans le sang. Cela peut alors boucher les vaisseaux sanguins donc rendre difficile la circulation sanguine (Apovian, 2016) (Basdevant, 2006). L'apnée du sommeil, présente chez 40% des personnes en situation d'obésité, peut favoriser l'apparition d'HTA (Basdevant, 2006).

L'obésité amène également des complications métaboliques tel que le diabète de type 2. En effet, le risque de diabète pour un IMC supérieur à 30 est multiplié par 10 pour les femmes et 8 pour les hommes. On note également que 75% des diabétiques sont des personnes en situation d'obésité. L'obésité provoque donc une augmentation de 21% de décès liés au diabète (Apovian, 2016) (Basdevant, 2006).

De plus, le risque de contracter certains cancers augmente avec l'obésité (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). On observe par exemple que 41% des cancers utérins sont attribuables à l'obésité ainsi que 10% des cancers du côlon, reins, foie et vésicule biliaire. En plus de favoriser l'apparition d'un cancer, l'obésité augmente le risque de décès et de complications correspondant à ce cancer (Apovian, 2016) (Louvet & Barbe, 2007).

L'obésité augmente donc considérablement le risque de décès prématuré. Cela peut être dû à un accident vasculaire cérébral, au diabète ou au cancer. Ce risque de mortalité est plus important dès lors que l'obésité intervient tôt dans la vie de l'individu. Mais cette pathologie provoque également d'autres complications comme l'arthrose, la résistance à l'insuline ou une hypertrophie du tissu adipeux. Cette maladie provoque donc beaucoup de comorbidités physiologiques et métaboliques jusqu'à l'augmentation de la mortalité (Apovian, 2016) (Basdevant, 2006) (Louvet & Barbe, 2007).

1.1.4.2. Troubles psycho-sociaux

En plus des comorbidités physiologiques et métaboliques, l'obésité impacte le fonctionnement psychosocial de l'individu.

En effet, on remarque une problématique vis-à-vis de l'image du corps chez les personnes en situation d'obésité. C. Berdah en 2010 distingue deux phénomènes à cette problématique. Dans un premier temps, il y a une problématique de représentation de l'image

de soi avec une tendance à sous-estimer ses mensurations. Cela peut s'expliquer par la « *peur du gras* » qui est rapportée par certains patients (Basdevant, 2006). Puis, on observe la problématique d'insatisfaction de son image corporelle. Ce deuxième processus fait référence au fait de ne pas se sentir « *attractif* » pour autrui, donc n'est présent qu'avec la prise en compte du regard des autres (Berdah, 2010).

On parle alors de stigmatisation. Ces stigmates diffèrent suivant la société dans laquelle on évolue ce qui amènera une image corporelle différente pour de mêmes mensurations. Cependant, dans la société occidentale, ces stigmates vis-à-vis des personnes en situation d'obésité peuvent alors entraîner des complications sociétales comme une difficulté d'accès à l'emploi ou une difficulté à entretenir une relation. Il semble que 30% des jeunes adultes en situation d'obésité soient victimes de moqueries voire de harcèlement à cause de leur poids (Greenleaf et al., 2017). Certains stigmates sont exprimés par des personnels de santé. En effet, 78% des patients affirment avoir été victime de stigmatisations lors de leur parcours per-opératoire en chirurgie bariatrique. L'ensemble peut amener à un isolement social qui peut être l'un des facteurs de dépression (Berdah, 2010) (Louvet & Barbe, 2007).

Les personnes en situation d'obésité sont plus à risque de développer des syndromes dépressifs. Selon C. Greenleaf et al en 2017, la dépression est positivement corrélée aux moqueries et inversement corrélées à l'estime de soi et à l'image corporelle positive. Cela indique que l'ensemble de ces processus psychologiques sont liés et avec une cause externe qu'est le jugement social. Nous pouvons alors suggérer qu'en impactant positivement un aspect, tel que l'image corporelle, il est possible de diminuer les syndromes dépressifs.

1.2.Prise en charge du patient

1.2.1. *Prise en charge pluridisciplinaire*

Dans le cas de la prise en soins des patients souffrants d'obésité, l'équipe pluridisciplinaire utilise un outil se nommant l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) (Haute Autorité de Santé, s. d.-a). Cette approche vise à changer les habitudes du patient plutôt qu'à conserver l'objectif de perdre du poids à tout prix. Il est alors pertinent de prévenir la prise de poids supplémentaire. L'ETP permet notamment d'apprendre à mieux vivre avec son handicap ce qui permet d'augmenter la qualité de vie, usuellement basse chez ce public (Ziegler et al., 2014).

Ainsi, cette approche permet au patient de passer dans le rôle de l'apprenant et le personnel soignant dans le rôle d'éducateur. Chaque membre du corps soignant apporte alors sa pièce à l'édifice en éduquant le patient sur certains aspects de sa pathologie. Cela permet notamment de travailler en partenariat avec le patient afin de déterminer des objectifs réalistes (Haaser et al., 2020) (Ziegler et al., 2014).

En effet, la prise en charge de l'obésité comporte plusieurs objectifs principaux, le contrôle du poids corporel, le traitement des complications mais également la possibilité de perdre du poids (Louvet & Barbe, 2007). Comme dit précédemment, la perte de poids afin de retrouver une corpulence dite « normale » n'est pas nécessairement l'objectif principal (Ziegler et al., 2014), surtout qu'il n'est pas atteignable chez tout le monde. Cependant, il s'agit d'une ambition commune à l'ensemble des patients, le personnel soignant doit donc réguler leurs attentes. En effet, une perte entre 5 et 10% du poids corporel d'un individu en situation d'obésité diminue déjà de manière significative les comorbidités associées (Louvet & Barbe, 2007).

Une personne obèse sera donc accompagnée par plusieurs professionnels de santé. On comptera parmi eux des professionnels de la diététique, de la psychologie, de l'activité physique et de la médecine (Haute Autorité de Santé, s. d.-a) (Ziegler et al., 2014).

Concernant la prise en charge en **diététique**, elle est réalisée par des professionnels de la nutrition. Elle permet notamment de démystifier les régimes restrictifs qui ne peuvent pas être maintenus sur le long terme (Louvet & Barbe, 2007). Les nutritionnistes orientent davantage leur discours vers une modification du comportement alimentaire afin d'éviter la

frustration et des rechutes vers des apports caloriques non adaptés. Il y a en effet un contrôle possible des proportions mais avec des apports suffisants (Haute Autorité de Santé, s. d.-a). Il est donc nécessaire que le patient possède des connaissances sur son alimentation et pas qu'il suive uniquement les recommandations sans comprendre (Ziegler et al., 2014). Cependant une prise en charge diététique seule est peu efficace avec 90% de rechute à 5 ans, il est donc nécessaire de la compléter avec d'autres soins de support (Gaillard et al., 2011).

En ce qui concerne la prise en charge en **psychologie**, peu de professionnels sont formés aux troubles spécifiques liés à l'obésité (Louvet & Barbe, 2007). Le professionnel doit se placer en soutien avec une oreille attentive pour montrer au patient qu'il n'est pas jugé dans ce parcours (Ziegler et al., 2014). Les techniques cognitivo-comportementales sont très utilisées par les professionnels de la psychologie avec un public en situation d'obésité. Elles se basent principalement sur le vécu des patients avec des thématiques comme « *comment j'explique ma prise de poids, comment je vis avec mon poids* ». A partir de cela, les professionnels proposent aux patients des procédés afin de modifier de manière volontaire leurs habitudes de vie mais également d'évacuer toutes pensées négatives qui nuiraient à ce changement (Haute Autorité de Santé, s. d.-a) (Gaillard et al., 2011).

Ensuite, vient la prise en charge **médicale**. Dans le cadre de l'ETP, il peut s'agir d'infirmiers comme c'est le cas au Centre de Soins de Suite et de réadaptation de l'Anjou. Cet aspect peut également être pris en charge par un médecin expert en l'obésité comme un endocrinologue (Louvet & Barbe, 2007). Ils ont pour mission d'éduquer les patients au regard de leurs comorbidités dues à leur obésité. En effet, il est essentiel que les patients sachent comment les contrôler, ce qu'elles engendrent et surtout, cela permet de comprendre l'intérêt de la prise en charge globale proposée. Dans le cas d'une éventuelle chirurgie bariatrique, ces professionnels permettent également d'avertir sur les risques et possibles complications pour que le patient prenne sa décision en toute connaissance de cause (Ziegler et al., 2014).

Enfin, la prise en charge en **Activité Physique Adaptée** (APA), principalement réalisée par des Enseignants en Activité Physique Adaptée (EAPA), est primordiale pour les patients souffrants d'obésité (Ziegler et al., 2014). En effet, l'objectif est bien d'instaurer des modifications du comportement et ainsi d'instaurer de l'AP dans leur quotidien. En plus de participer à une perte pondérale, l'APA permet de limiter les comorbidités. Une évaluation cardiovasculaire doit être réalisée en premier lieu afin de garantir la sécurité des patients (Haute Autorité de Santé, s. d.-a). Certaines structures hospitalières proposent des prises en

charge intensives avec deux heures d'APA par jour (Gaillard et al., 2011). La perte de poids sera présente mais non maintenue sur le long terme à cause d'un manque d'investissement du patient dans la modification du mode de vie. C'est pourquoi il est essentiel de travailler en partenariat avec le patient afin de déterminer les activités physiques qui présentent un intérêt pour lui (Haute Autorité de Santé, s. d.-a). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), il est recommandé aux personnes en situation d'obésité d'atteindre 2h30 d'activité physique hebdomadaire.

La prise en charge pluridisciplinaire est donc proposée à l'ensemble des patients atteints d'obésité. Cependant, elle n'est pas suffisante dès que l'on atteint des obésités trop importantes. C'est pourquoi, la chirurgie bariatrique est proposée à certains patients. En effet, la prise en charge non chirurgicale avec des personnes atteintes d'obésité sévère à morbide n'a qu'un pourcentage de réussite de 10% à 1 an et de 5.8% à 8 ans (Wolfe et al., 2016).

1.2.2. Chirurgie bariatrique

1.2.2.1. Prévalence de la chirurgie

Pour avoir accès à une chirurgie bariatrique, il faut remplir certains critères d'inclusion. Il faut en effet avoir un IMC supérieur à 40, ou un IMC compris entre 35 et 40 mais avoir des comorbidités physiologiques associées (Wolfe et al., 2016).

En France, la chirurgie bariatrique est très utilisée. En effet, il s'agit du troisième pays au regard du nombre d'opérations au classement mondiale, bien qu'il ne s'agisse pas du pays avec la plus grande prévalence d'obésité morbide. De plus, le nombre d'opérations augmente d'années en années et a été multiplié par 20 en 20 ans (Halimi, 2019). Cela s'explique notamment par un remboursement intégral de la prise en charge. Cependant, cette opération ne doit pas être prise à la légère puisque en effet il s'agit, comment l'a décrit S. Halimi en 2019 : d'« *une intervention lourde qui peut entraîner des complications et qui nécessite un suivi du patient à vie* ». Ainsi, l'opération doit être proposée en dernier recours, lorsque toutes les autres solutions possibles ont échoué. Il semble que les femmes sont plus à même de se faire opérer que les hommes. En effet, en 2013, 82% des patients opérés étaient des femmes d'un âge moyen de 40 ans, et 68% d'entre elles avaient un IMC supérieur à 40 (Halimi, 2019).

1.2.2.2. Parcours du patient

La prise en charge du patient dans un parcours vers une chirurgie bariatrique se réalise également au travers de l'ETP. En effet, le patient doit être éduqué et connaître l'ensemble de la procédure chirurgicale dans laquelle il souhaite s'insérer (Ziegler et al., 2014). Plusieurs étapes sont indispensables pour s'assurer d'un processus qualitatif vers cette chirurgie.

Dans un premier temps, il est nécessaire de réaliser un bilan total de l'individu (Ciangura & Corigliano, 2012) (Wolfe et al., 2016). Dans cette évaluation préopératoire, plusieurs aspects seront pris en compte. En effet, il est nécessaire de s'assurer que le patient ne prendra pas de risque à faire cette chirurgie. Aussi, l'ensemble des comorbidités seront évaluées, les maladies digestives déjà présentes, les troubles du comportement alimentaire ainsi que l'état psychologique de l'individu (Ciangura & Corigliano, 2012). S'il est évalué non stable psychologiquement avec des signes importants de dépression, la chirurgie peut ne pas être acceptée (Wolfe et al., 2016). La demande est évaluée et acceptée ou non par un conseil pluridisciplinaire (Ciangura & Corigliano, 2012).

Puis, vient le temps de la chirurgie. Il existe plusieurs types de chirurgie de l'obésité. Les plus courantes sont les trois suivantes (Wolfe et al., 2016) :

- Sleeve gastrique à 80% : il s'agit d'une réduction de l'estomac qui limite la sensation de faim (Wolfe et al., 2016)
- By Pass en y : il s'agit d'une dérivation de l'intestin limitant l'absorption des nutriments et donc censé créer un effet coupe-faim rapidement à cause d'une limitation de production de ghréline (Wolfe et al., 2016)
- Anneaux Gastrique : il s'agit d'un anneau que l'on place autour de l'estomac et qui est ajustable en fonction de la taille que l'on souhaite donner à l'estomac. Cette technique est de moins en moins utilisée au profit des deux premières (Wolfe et al., 2016).

Après ces chirurgies, il y a un retour à une alimentation conventionnelle de façon progressive. En effet, au départ les patients ne peuvent ingérer que de l'alimentation liquide pour laisser le temps à l'estomac de cicatriser, puis en purée pour enfin revenir aux morceaux (Ciangura & Corigliano, 2012). Ces étapes ne doivent pas être enlevées de façon précoce, puisque cela peut entraîner des complications au niveau intestinal.

Par la suite, il y a une phase de suivi immédiat jugé comme la phase la plus critique. Cette phase permet de détecter les potentiels complications dues à la chirurgie comme les risques de thromboemboliques par exemple (Ciangura & Corigliano, 2012).

Enfin, un suivi sur le long terme est nécessaire. Ce calendrier de suivi doit être déterminé avant l'opération pour être maintenu sur le long terme. Il est alors recommandé de réaliser quatre rendez-vous lors de la première année post-opératoire puis un à deux rendez-vous annuels (Ciangura & Corigliano, 2012). Cela doit permettre aux professionnels de santé de déterminer des problématiques chirurgicales, nutritionnelles ou liées aux comorbidités pour adapter au mieux la prise de médicament. Malheureusement ce suivi est rarement maintenu car les patients estiment que « *tout va bien* ». Ainsi, lorsqu'ils reviennent il est potentiellement déjà trop tard (Grangeard, 2011), ce qui peut risquer d'amener une deuxième chirurgie (Ciangura & Corigliano, 2012). Cependant, seulement 12% de la population opérée estime avoir eu accès à un suivi d'une qualité satisfaisante (Halimi, 2019). La problématique de l'offre et de la demande se pose alors.

1.2.2.3. Avantages

Malgré le fait que la chirurgie bariatrique soit une intervention très lourde, elle amène des avantages inégalés par les autres techniques de prise en charge de l'obésité (Ciangura & Corigliano, 2012).

On observe par exemple une perte de poids importante durant les 6 premiers mois post chirurgie, pouvant aller jusqu'à une baisse de 45% du poids total à 3 ans post-chirurgie (Wolfe et al., 2016). On parle alors de la phase de « *lune de miel* » ou « *honeymoon* », où les patients ne prennent en compte que leur amaigrissement (Grangeard, 2011). Cette perte pondérale permet notamment de favoriser la diminution des comorbidités associées à l'obésité.

On remarque alors une baisse de la prise de médicament qui peut être témoin de l'augmentation de la qualité de vie. Par exemple, il existe une résolution du diabète de 77% des cas (Ciangura & Corigliano, 2012) avec un maintien de cette résolution à 5 ans de 50% (Wolfe et al., 2016). Cela amène une diminution voire une interruption totale de la prise d'anti-diabétique. De plus, on remarque une baisse de la prise d'hypotenseur avec une hypertension calmée pour 40% des patients à 6 ans post-chirurgie (Wolfe et al., 2016). Enfin,

on observe une amélioration de la dyslipidémie et une guérison de l'apnée du sommeil pour 75-86% des cas (Ciangura & Corigliano, 2012) (Wolfe et al., 2016).

Grâce à la baisse de ces comorbidités, on remarque une baisse importante de la mortalité chez les personnes en situation d'obésité qui ont été opérées en comparaison aux personnes obèses non opérées. En effet, cette baisse se comprend, en fonction des études, entre 30 et 50%, sachant que ces décès étaient principalement dus aux maladies cardiovasculaires (Halimi, 2019) (Wolfe et al., 2016).

L'ensemble de ces effets positifs séduisent alors les prétendants à la chirurgie bariatrique qui proposent donc leur candidature aux autorités compétentes. Il est cependant nécessaire d'également prendre en compte toutes les complications possibles sur le court et le long terme.

1.2.2.4. Inconvénients et risques

Les inconvénients et risques sont en effet nombreux lorsque l'on aborde la chirurgie de l'obésité. Il a été admis que plus d'un tiers des patients opérés ont des effets indésirables jugés sérieux (Halimi, 2019).

Les risques de carences sont très présents dans les chirurgies de l'obésité. Du fait d'une possible dérivation de l'intestin, il y a un phénomène de malabsorption provoquant des carences alimentaires en vitamines et en calcium par exemple (Ciangura & Corigliano, 2012). La prise de compléments alimentaires est donc essentielle et obligatoire lors de deux premières années post-chirurgie, puis les apports sont prescrits « à la carte », au regard des bilans biologiques réalisés par les patients (De Flines et al., 2019). Ces carences peuvent entraîner des conséquences importantes comme l'ostéoporose par exemple. Cela se traduit par une perte de la masse osseuse rendant l'os très fragile. Elle peut être entraînée par de la sédentarité prolongée ou une carence en calcium. L'AP et les compléments alimentaires prennent alors une importance primordiale pour ces patients (De Flines et al., 2019).

Puis, il existe de nombreux risques gastriques et intestinaux. En effet, il est possible que l'anneau puisse se déplacer entraînant des complications pouvant amener à une réopération, ou encore une occlusion gastrique liée au By Pass. On observe également des troubles fonctionnels de l'intestin comme des troubles du transit du fait d'un bol alimentaire réduit, des

reflux gastro-œsophagiens, des diarrhées ou des vomissements (Ciangura & Corigliano, 2012).

Un autre trouble très présent chez les patients qui ont subi une chirurgie bariatrique et pouvant être handicapant dans la vie quotidienne est le dumping syndrome. Principalement associé au By Pass, il se traduit par deux procédés distincts. Le premier est le dumping syndrome immédiat qui se réalise dans les 30 à 60 minutes après l'ingestion d'un repas. Il provoque alors des douleurs abdominales, des diarrhées ou des ballonnements. Le deuxième type de dumping syndrome est lui associé à une ingestion de sucre trop importante et à une réponse hypoglycémique pouvant provoquer des syncopes ou étourdissements. Il est alors nécessaire de respecter les recommandations d'alimentation, qui sont de fractionner sa prise alimentaire tout au long de la journée en trois repas et trois collations (Ciangura & Corigliano, 2012) (De Flines et al., 2019).

De plus, bien que la baisse des comorbidités expliquées précédemment amène une amélioration de la qualité de vie, cela ne semble pas avoir impacté les troubles psychiques. En effet, malgré l'opération, il n'y a pas de différence au niveau des hospitalisations en psychiatrie, de la dépression ou même des suicides entre la population en situation d'obésité opérée ou non opérée (Halimi, 2019). Cela peut s'expliquer par la vision de la chirurgie comme la « *solution miracle* ». Ainsi, les patients espèrent que l'opération guérira leur rapport au corps, leur mal-être ou leur addiction à la nourriture, ce qui n'est pas le cas (Grangeard, 2011). La population opérée ne se sent donc pas forcément davantage épanouie à la suite de sa chirurgie.

Enfin, on observe une problématique pondérale à la suite d'une chirurgie de l'obésité. Elle peut être associée à un sous-poids du fait d'une baisse trop importante de la sensation de faim. Cependant, cela reste assez rare (De Flines et al., 2019). Puis, on observe une problématique de stabilisation du poids précoce, c'est-à-dire à moins de 60% de perte de l'excès de poids. Cela pourrait s'expliquer par une mauvaise adhésion à l'hygiène de vie que requiert l'opération. Mais, cela peut également être dû au métabolisme du patient qui n'accepte pas le changement. Pour finir, une reprise de poids au-dessus de 10% du poids minimal atteint est considéré comme problématique et peut nécessiter, après en avoir déterminé la cause, une ré opération (De Flines et al., 2019).

Plus de 10% des patients se font ré opérer lors de leur première année post-chirurgie (Halimi, 2019). De plus, les problématiques de reprise importante de poids ou de reflux gastro-œsophagiens peuvent elles aussi nécessiter une opération de révision (Mantziari et al., 2018). Ce taux est différent en fonction de la première opération mais peut varier de 1.5% à 48% à 10 ans. Les échecs dépendraient donc du type de chirurgie initiale mais également du comportement des opérés.

Il peut alors sembler nécessaire d'empêcher les causes de ces échecs chirurgicaux pour améliorer la qualité de vie des patients, surtout que le taux de complication d'une chirurgie de révision au supérieur à celui de la chirurgie initiale (Lee Bion et al., 2021).

1.3.L'engagement du patient dans sa prise en charge

1.3.1. Définition de l'engagement

Ce travail de mémoire poursuit la recherche préparée l'année précédente où une étude de cas sur l'engagement des patients post-accident vasculaire cérébral dans leur rééducation avait été réalisée. Dans le cadre de cette nouvelle étude, le même modèle théorique est appliqué (Maussion, 2021).

L'engagement du patient se définit comme : « *l'action de s'investir de façon délibérée dans une activité impliquant un effort avec une implication émotionnelle* » (A. Lequerica & Kortte, 2010). L'effort décrit peut-être un effort, cognitif, émotionnel ou physique, qui permet à terme d'atteindre les buts de rééducation et de réadaptation préalablement fixés (Frappier-Allard, 2015).

La littérature relate la différence entre la participation aux activités de rééducation proposées et l'engagement. En effet, les patients peuvent participer aux activités car elles ont été prescrites mais pour autant ne pas s'intéresser aux bienfaits qu'elles prodiguent (A. Lequerica & Kortte, 2010).

Le Modèle de l'Engagement Thérapeutique en Réadaptation (METR) de Lequerica et Kortte développé en 2010 permet donc d'explicitier les différents processus amenant les patients à s'engager de façon pérenne dans une activité (Frappier-Allard, 2015). Il est présenté via la figure 1, qui est un schéma représentant le METR provenant de l'écrit de Lequerica et Kortte en 2010.

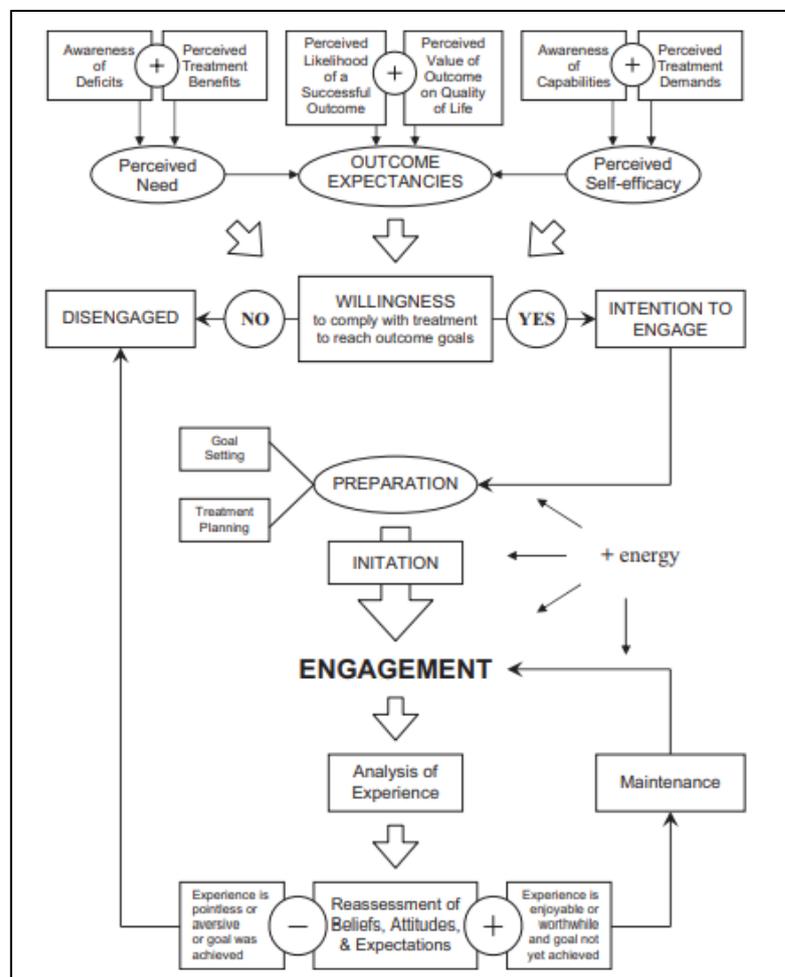


Figure 1 : *Modèle d’Engagement Thérapeutique en Réadaptation de Lequerica et Kortte en 2010*

Ce modèle comprend trois phases.

- La première phase ne nomme la **phase pré intentionnelle**. A ce moment-là, l’individu qui doit s’engager au sein d’un processus de soins reçoit des signaux qui lui permette d’identifier des comportements problématiques. La personne comprend qu’elle a besoin d’une thérapie afin d’améliorer sa condition de vie. (Frappier-Allard, 2015)

- La deuxième phase est celle de la **préparation à l’engagement**. Lors de cette étape, l’individu va chercher à déterminer des plans d’actions lui permettant d’atteindre des objectifs déterminés (Frappier-Allard, 2015).

- La troisième phase est celle de **l’action de s’engager** dans la thérapie et du maintien ou de l’arrêt de cet engagement. Ce qui va déterminer le devenir de cet engagement c’est l’évaluation que le patient va en faire (Frappier-Allard, 2015). En effet, en fonction des efforts qu’il va impliquer dans la thérapie, si les résultats sont

jugés en-dessous des attentes le maintien de l'engagement sera compromis. En revanche, si le patient se sent efficace dans les tâches qui lui sont assignées et perçoit sa progression, l'engagement sera plus facilement maintenu (A. Lequerica & Kortte, 2010).

Le processus d'engagement au sein d'une thérapie doit alors, selon Lequerica et Kortte, passer par ces trois étapes. Ce modèle possède des similitudes avec le concept d'entretien motivationnel (Benarous et al., 2014) qui se développe au sein des structures de santé. Ce procédé consiste à créer une ambivalence chez le patient lui permettant de réaliser une introspection pour comprendre et identifier des comportements à risques. Lors de cet entretien le soignant doit faire preuve d'empathie face aux dires du patient. Cet échange doit permettre au patient et à l'éducateur de travailler en collaboration. Ensemble, ils déterminent des plans d'actions permettant d'atteindre à terme les objectifs fixés par le patient (A. Lequerica & Kortte, 2010).

Bien que ce modèle ait été appliqué avec des patients ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral (Frappier-Allard, 2015) (Maussion, 2021), il n'a pas été développé pour cette population uniquement. En effet, dans leur article, Lequerica et Kortte décrivent les généralités associées à une prise en charge thérapeutique, peu importe la pathologie dont le patient est atteint. Cela semble d'autant plus approprié que l'individu souffre d'une maladie chronique.

Enfin, la motivation de l'individu impacte également son engagement dans la thérapie. La motivation est définie par Vallerand et Thill en 1993 comme « *un construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* » (Martin Krumm et al., 2016). De plus, Lequerica et Kortte en 2010 assurent que la motivation est essentielle pour amener le patient à s'engager.

Aussi, pour expliquer la motivation, nous nous baserons sur le modèle de l'autodétermination de Deci et Ryan. Ils ont représenté la motivation sur un continuum allant de l'amotivation, lorsqu'un individu ne perçoit aucune relation entre ses actions et les résultats obtenus, jusqu'à la motivation autonome, lorsque le patient pratique pour aucune autre raison que son plaisir. L'objectif est donc de rapprocher la motivation du patient de la

motivation autonome puisqu'il s'agit de celle qui favorise la pérennité du comportement (Martin Krumm et al., 2016).

Les différentes motivations de ce processus sont donc présentées ci-dessous de la moins autodéterminée à la plus autodéterminée :

- **L'amotivation** : il s'agit d'un construit motivationnel qui ne rentre pas dans la catégorisation d'autodétermination. Ce construit relate un manque d'intention de s'engager, d'agir vis-à-vis d'une action précise. Selon Deci et Ryan en 1985 « *un individu est amotivé lorsqu'il ne perçoit pas de relation entre ses actions et les résultats obtenus* ». Ainsi, toute forme de motivation externe, même la plus contrôlable ne permet pas de provoquer l'engagement d'un individu.
- **La motivation externe** : il s'agit du premier seuil de la motivation extrinsèque, l'individu n'a donc pas de motivation autodéterminée. Les actions de l'individu sont contrôlées, de manière inconsciente ou non, par un agent extérieur qui permet notamment une récompense ou d'éviter une punition. Il a été démontré que ce système de récompense était contre-productif au regard d'une motivation autodéterminée, et donc, que ce type de motivation ne peut pas conduire à un engagement sur le long terme (Deci & Ryan, 2000) (Deci & Ryan, 2008).(Martin Krumm et al., 2016).
- **La motivation introjectée** : ce type de motivation renvoie à des contraintes intériorisées par l'individu qui sont cependant influencées par des pressions externes vécues auparavant. Charles Martin Krumm et ses collaborateurs prennent alors l'exemple d'un sportif qui s'entraîne car s'il loupe l'entraînement, il se sentira coupable. L'individu sait alors qu'il doit réaliser l'action, même si les contraintes externes s'expriment toujours (Deci & Ryan, 2000) (Deci & Ryan, 2008).
- **La motivation identifiée** : il s'agit du premier niveau d'autodétermination. Cette motivation se définit comme une internalisation des contraintes de façon volontaire. En effet, l'individu s'engage librement dans une activité même s'il ne trouve pas de réel intérêt car il sait que c'est important. Deci et Ryan prennent l'exemple de la pratique sportive pour être en meilleure santé même si on n'y prend pas de plaisir (Deci & Ryan, 2000) (Deci & Ryan, 2008).

- **La motivation intégrée** : elle se réfère également à un comportement autodéterminé et au processus le plus internalisé de la motivation extrinsèque. L'individu s'engage donc librement dans une activité parce qu'elle est en accord avec ses croyances et son style de vie. Ainsi, une personne peut se mettre à la pratique sportive non pas pour être en meilleure santé, mais parce qu'elle souhaite tout faire pour être en meilleure santé (Deci & Ryan, 2000) (Deci & Ryan, 2008).
- **La motivation intrinsèque** : il s'agit du plus haut niveau d'autodétermination, aussi appelé motivation autonome. L'individu s'engage librement dans l'activité pour le plaisir qu'elle peut lui procurer. Il existe plusieurs types de motivations intrinsèques qui peuvent être liées à la connaissance, à l'accomplissement ou à la stimulation. Dans chacun des cas, aucune contrainte extérieure ne vient perturber l'engagement de l'individu puisque ces contraintes peuvent entraver la motivation intrinsèque. (Deci & Ryan, 2000) (Deci & Ryan, 2008).

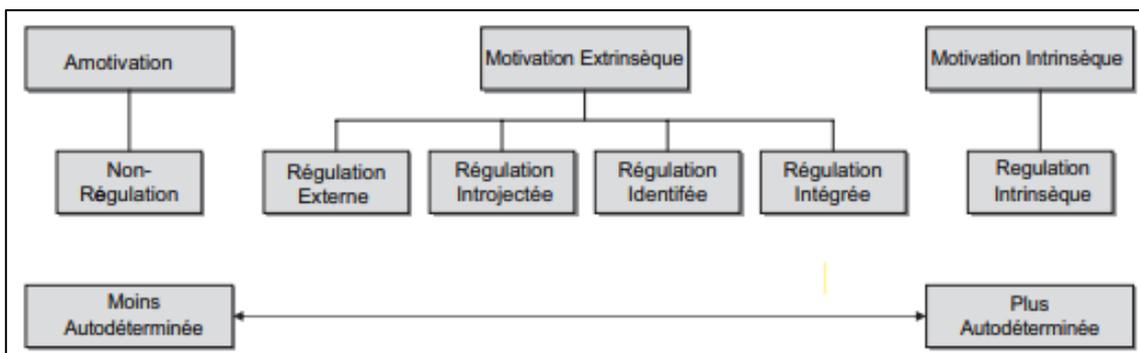


Figure 2 : Continuum de l'autodétermination selon Deci et Ryan (2008)

Pour atteindre cette motivation autonome, Deci et Ryan ont développé les besoins psychologiques fondamentaux. Ils relèvent des besoins psychologiques ancrés en chaque individu et qui doivent impérativement être satisfaits pour conserver un intérêt pour la pratique. Ces besoins sont au nombre de trois.

- 1) **Le besoin de compétence** : il s'agit d'un besoin primaire, inné et donc présent chez chaque individu. Selon Deci et Ryan, il est nécessaire pour qu'il s'engage dans une activité, peu importe le type de régulation externe. L'individu doit se sentir efficace dans la tâche qu'il réalise. Cela passe par les feedbacks prodigués par les entraîneurs ou éducateurs dans le cadre sportif par exemple. Les feedbacks positifs, en

valorisant les réussites, permettent de satisfaire le besoin de compétence, au contraire d'un manque de feedback ou de feedbacks négatifs. En effet, dans ce cas-là, l'individu se sent incompetent et se détourne de l'activité. (Deci & Ryan, 2000) (Deci & Ryan, 2008).

- 2) **Le besoin de proximité sociale** : il se définit comme le besoin de se sentir appartenir à un groupe. Il participe à la satisfaction des autres besoins psychologiques. En effet, l'individu cherche à être reconnu par un groupe social pour ses compétences par exemple. Il doit sentir que quelqu'un se soucie de sa personne et de son bien-être. Cela peut passer par les camarades d'un groupe ou par l'entraîneur (Deci & Ryan, 2000) (Deci & Ryan, 2008).
- 3) **Le besoin d'autonomie** : il s'agit du sentiment de l'individu d'être à l'origine de ses actions et notamment de ses succès. Deci et Ryan estiment, que si le besoin de compétence doit être présent dans tous types de motivation, la satisfaction du besoin d'autonomie permet d'atteindre la motivation intrinsèque qui est le plus haut niveau d'autodétermination (Deci & Ryan, 2000) (Deci & Ryan, 2008).

Si un seul de ces besoins est entravé, cela peut amener à une perte de motivation de l'individu envers un sujet particulier.

Ces deux théories sont donc à prendre en compte pour la prise en charge des patients en situation d'obésité après une chirurgie bariatrique. Il est nécessaire que les patients se perçoivent compétents, autonomes et socialement inclus dans un groupe, mais également qu'ils perçoivent qu'une prise en charge puisse leur être bénéfique.

1.3.2. Comment intervenir en tant qu'enseignant en APA sur l'engagement du patient en situation d'obésité

Depuis les années 2000, l'ETP prend une place essentielle dans la prise en soins des patients en lien avec le concept de mettre le patient au cœur de sa prise en charge (Haaser et al., 2020). En effet, la relation de partenariat entre le patient et le personnel soignant est de plus en plus mis en avant dans les structures sanitaires (Haaser et al., 2020) (Ziegler et al., 2014). Ainsi, il est essentiel que le patient soit impliqué pour favoriser son adhésion au programme d'APA.

Pour se faire, il est nécessaire que le patient soit impliqué de la décision, à l'adaptation de la prise en soins (Haaser et al., 2020). Il n'y a donc pas de leadership dans la relation entre les deux parties. Cela renvoie à la co-construction d'un projet thérapeutique.

En APA, cela requiert que le patient et le soignant échangent à propos de son investissement actuel. Il faut ainsi identifier les freins à la pratique pour proposer des solutions non contraignantes (Ziegler et al., 2014). Les freins à la pratique peuvent être multiples mais certains sont récurrents. On peut notamment citer le manque de plaisir à la pratique, le manque de temps ou de moyen, ne pas visualiser l'AP comme une priorité (Jacolin-Nackaerts, 2018) ou encore les moqueries liées au physique et donc l'appréhension de se faire juger (Greenleaf et al., 2017). Le patient doit donc percevoir un intérêt aux solutions proposées par l'EAPA. En effet, s'il en vient à désapprouver la façon de modifier son comportement, il ne l'appliquera pas sur le long terme. Il est donc nécessaire de conserver cette relation de partenariat (Haaser et al., 2020).

Cette relation va également permettre de déterminer des objectifs de rééducation (A. Lequerica & Kortte, 2010). En effet, les patients ont tendance à avoir des attentes irréalistes au regard de la chirurgie bariatrique (Ziegler et al., 2014). L'EAPA se place alors en soutien et en modérateur de ces attentes. On sait d'ailleurs que les patients qui ont satisfait leurs attentes ont une meilleure perte de poids sur le long terme (van Hout et al., 2005). Il est donc essentiel que le praticien modère l'euphorie qui peut entourer l'image de chirurgie bariatrique, souvent conçue comme la « *solution miracle* » (Grangeard, 2011).

L'EAPA doit également modifier la perception de l'AP du patient. Dans le cas des patients en situation d'obésité, l'AP peut être uniquement perçue comme une technique pour maigrir ou pour réaliser une performance sportive (Ziegler et al., 2014). Or, l'AP se met au service du patient pour favoriser la mise en place de sa nouvelle hygiène de vie. Il est donc nécessaire de faire comprendre au patient les bénéfices de l'AP, autres que la perte de poids et la diminution des comorbidités, puisque l'engagement ne peut pas se pérenniser sur ces deux facteurs uniquement. Les bénéfices psycho-sociaux comme la diminution de l'isolement social et le meilleur rapport au corps sont des leviers de motivation plus puissants (Jacolin-Nackaerts, 2018). L'idéal serait de trouver une pratique qui permette au patient de ressentir du plaisir afin de développer sa motivation autonome, plus encline à durer sur le long terme (Martin Krumm et al., 2016).

Le praticien doit également se placer comme référent au regard des activités menées par le patient. Il permet de délivrer des feedbacks qui doivent assurer la valorisation du Sentiment d'Efficacité Personnel (SEP). Le SEP se définit comme le jugement de notre habilité à réaliser une action afin d'atteindre un objectif particulier (A. Lequerica & Kortte, 2010). Dans notre cas présent, l'EAPA doit favoriser le sentiment de compétence perçu par le patient en situation d'obésité afin qu'il maintienne la pratique d'APA sur le long terme. (A. Lequerica & Kortte, 2010). Les feedbacks formatifs et positifs sont d'excellents moyens d'encourager l'individu à poursuivre son engagement, tout en l'informant sur les facteurs de réussites et donc en valorisant le SEP. En effet, si un individu n'estime pas avoir les capacités de produire le résultat attendu, il ne fera rien pour le provoquer (Bandura, 2003).

Le SEP influence donc largement les actions des patients et de tout humain. Albert Bandura parle d'agentivité humaine. Cela permet de déterminer le poids de nos actions dans le résultat obtenu. Pour que le patient s'investisse dans sa thérapie, il faut donc qu'il perçoive qu'il a le pouvoir de contrôler le résultat. Ainsi, le SEP peut intervenir, en favorisant le jugement que le patient porte sur lui-même (Bandura, 2003).

L'EAPA possède donc de nombreux leviers pour faciliter l'engagement du patient en APA. Cependant, il s'agit d'une intervention sur un court terme. Il est alors nécessaire de prendre en compte les facteurs provoquant les réussites ou les échecs des chirurgies bariatriques pour adapter le suivi.

1.3.3. Quels sont les facteurs de réussite ou d'échec d'une chirurgie bariatrique

La chirurgie bariatrique est estimée comme être un succès dès lors qu'un individu réussit à perdre minimum 60% de son excès de poids (De Flines et al., 2019). Une reprise de poids n'est pas synonyme d'échec dès lors qu'elle est comprise entre 5 et 10% de l'excès de poids. Plusieurs facteurs peuvent participer à cette réussite.

En effet, l'historique de la maladie semble par exemple jouer un rôle important dans la perte de poids post-chirurgie. Il semble que lorsque l'obésité s'est déclarée pendant l'enfance ou l'adolescence, l'individu perd plus de poids qu'un individu avec un parcours d'obésité plus récent (van Hout et al., 2005). De plus, lorsque les individus arrivent à atteindre leurs objectifs, ou leur attentes relatives à leur perte de poids, le poids minime est plus facilement

conservé (van Hout et al., 2005), d'où l'importance d'avoir des attentes réalistes. Cela impacte positivement le SEP qui est également un prédicteur puissant de la réussite d'une chirurgie.

De plus, une personne qui ressent du plaisir à pratiquer une activité physique conservera son engagement sur le long terme notamment en APA. En effet, si l'individu pratique non pas pour perdre du poids mais par plaisir uniquement, sa perte de poids ne rentrera pas en compte et n'affectera pas ses modalités de pratique (Ziegler et al., 2014), c'est la motivation autonome selon la théorie de l'autodétermination (Martin Krumm et al., 2016).

Dès qu'un individu possède un IMC supérieur à 35 et/ou une perte d'excès de poids inférieur à 50%, on estime alors que la chirurgie est un échec (Lee Bion et al., 2021). Le type de chirurgie impacte les possibilités d'échec. En effet, pour l'anneau gastrique le risque est de 60%, pour la sleeve gastrique il est de 30%, et enfin pour le By Pass en Y il est de 10-20% (Lee Bion et al., 2021). Dans le cadre de l'étude de Lee Bion en 2020, les reflux gastro-œsophagiens et la reprise de poids étaient également compris dans la description de l'échec de la chirurgie nécessitant une nouvelle opération. Cependant, le comportement de l'individu influence également le risque d'échec du procédé chirurgical.

En effet, la population en situation d'obésité a une faible aptitude au changement qui serait la cause principale de l'échec de la chirurgie et de l'ETP (Ziegler et al., 2014). Malgré les informations qu'ils ont pu apprendre lors de cette prise en charge, il est difficile de maintenir les changements de comportement sur le long terme. Les patients appliquent donc dans un premier temps les préconisations médicales mais, cela diminue au fur et à mesure de l'éloignement temporel de la prise en soins initiale (Jacolin-Nackaerts, 2018). Il est donc essentiel de maintenir un suivi à vie puisque l'obésité est une pathologie chronique.

Cependant, le suivi n'est pas toujours évident à mettre en place. Déjà, l'offre est limitée et non homogène sur l'ensemble du territoire Français. Selon la campagne IPAQSS, certains patients n'ont accès à aucun type de suivi (Halimi, 2019). Puis, même lorsqu'un suivi est possible, les patients ne souhaitent pas forcément le réaliser estimant que « *tout va bien* » (Grangeard, 2011). Il est cependant essentiel que les professionnels de la santé puissent s'assurer de la bonne évolution du patient.

Il est également nécessaire que les patients aient compris l'intérêt du changement de comportement pour pouvoir réussir leur chirurgie. En effet, les patients qui espèrent que cette opération va résoudre leur problématique de mal-être corporelle et d'addiction, ne vont pas intégrer dans leur quotidien les comportements adéquats (van Hout et al., 2005) (Grangeard, 2011). Ils vont en effet se montrer très compliants durant la phase de préparation afin d'obtenir ce qu'ils désirent mais ne mettront rien en place parallèlement (Grangeard, 2011). Il est donc nécessaire de réguler les attentes du patient pour ne pas provoquer de désillusion une fois l'opération réalisée.

Enfin, les problématiques psychiques ont également une importance dans la réussite d'une chirurgie. En effet, il semblerait que la dépression, les problématiques de trouble du comportement alimentaire tel que le binge eating disorder ou la mauvaise image de soi favorisent l'échec de la chirurgie (Ziegler et al., 2014). Dans ces cas-ci, les patients ne se sentent pas compétents et abandonnent alors les modifications de comportement qu'ils avaient mis en place (A. Lequerica & Kortte, 2010) (Ziegler et al., 2014).

Malgré l'ensemble de ces études, ces visions semblent être uniquement celles du personnel soignant. Les patients ont également leur ressenti et leurs explications. Afin de garantir le partenariat entre les deux partis, il est essentiel de s'intéresser à leurs points de vue sur l'échec de leur chirurgie.

1.4.Objectif de la recherche

Au travers de l'ensemble de cette revue de littérature, il semblerait que la réussite d'une chirurgie bariatrique dépendrait de nombreux facteurs. Le type de chirurgie comme le comportement du patient joueraient un rôle important. Cependant, quels sont les comportements adoptés par les patients en échec, quel est leur l'état d'esprit ? Ces questions ne semblent pas être abordées dans la littérature. En reprenant l'article de T. Haaser et al. en 2020, le patient possède une place importante dans la construction et la réalisation du projet thérapeutique. Son ressenti devrait donc être pris en compte. De plus, bien que des problématiques pouvant justifier l'échec d'une chirurgie ont été identifiées, peu de solutions ont été proposées. Malgré tout, nous savons que le maintien de l'activité physique est primordial dans la réussite d'une chirurgie. Cela doit cependant être favoriser par un environnement optimal et des feedbacks formatifs. En dépit de l'application de l'ensemble des outils, peu de personnes en situation d'obésité atteignent les recommandations en APA, à savoir 2h30 d'AP par semaine. Dans cette recherche, nous nous attacherons donc à traiter le sujet suivant : « *Comment garantir la réussite d'une chirurgie bariatrique au travers de l'APA ?* ».

II) Méthodologie

Ce travail de recherche a été réalisé au sein de la structure SPORMED situé à Rennes (35). Il s'agit d'un centre de médecine du sport et de réadaptation à l'effort. Il accueille donc autant les sportifs blessés que des patients en situation d'obésité, victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ou encore des individus souffrant de lombalgie chronique.

Cette structure regroupe plusieurs professionnels de santé. Les EAPA ainsi que les kinésithérapeutes travaillent en collaboration pour réaliser les protocoles dans lesquels sont inscrits les patients sous la supervision des médecins coordinateurs. De plus, le cabinet compte également un ostéopathe et une sophrologue (SPORMED, 2022).

SPORMED est donc une structure sanitaire. Ces protocoles peuvent être remboursés par la sécurité sociale puisqu'ils sont prescrits par des médecins. Les patients viennent sur rendez-vous pendant 3 mois à raison de 3 séances par semaine de cardio et renforcement musculaire plus une séance de balnéothérapie facultative. A l'issue de ces trois mois, les patients ont encore la possibilité de venir une fois par semaine plus une séance de balnéothérapie. Par la suite, ils doivent d'eux même continuer l'APA soit dans une autre structure soit à Sport Santé Concept (SPORMED, 2022).

SPORMED est en effet jumelée avec Sport Santé Concept qui est une salle de sport adaptée. Elle permet principalement de garantir une continuité de l'APA. Pour pouvoir prétendre à une inscription dans cet établissement, il faut un certificat du médecin déclarant que l'individu a besoin d'un suivi particulier. Cependant, la prise en charge dans cette structure n'est pas remboursée par la sécurité sociale mais peut partiellement être prise en charge par certaines mutuelles.

En ce qui concerne les patients inscrits dans un parcours de chirurgie bariatrique, ils intègrent SPORMED pour un premier protocole sur prescription de leur endocrinologue ou du chirurgien par exemple. Cela doit permettre au patient de se muscler en prévention de la perte de poids liée à la chirurgie ainsi que d'inclure l'APA dans leur quotidien. Puis, ils reviennent pour un deuxième protocole après leur chirurgie pour reprendre l'APA progressivement. Les deux protocoles sont donc de 3 mois intensifs et de 2 mois de suivi.

2.1. Les participants

2.1.1. Critères d'inclusion des patients

Afin d'homogénéiser au maximum le public participant à cette recherche universitaire, des critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion ont été déterminés au préalable.

Tableau 2 : Critères d'inclusion dans l'étude

<u>Critères d'inclusion</u>	Être majeur
	Être dans un parcours de rééducation à l'effort à SPORMED avec pour objectif ou à la suite d'une chirurgie bariatrique
	Savoir lire, écrire et comprendre le français
<u>Critères de non-inclusion</u>	Avoir des troubles mentaux impactant la compréhension du langage
<u>Critère d'exclusion</u>	Hospitalisation
	Demande du patient d'arrêt de sa participation

Les patients continuent leur vie quotidienne pendant leur prise en charge au sein de SPORMED, c'est une caractéristique importante. Puisqu'ils viennent 3 ou 4 fois par semaine 1h pour chaque séance, cela leur permet d'être libre de leur emploi du temps le reste de la semaine. Il est ainsi plus aisé d'intégrer l'AP dans le quotidien de ces patients que lorsqu'ils sont en hospitalisation complète par exemple. Aussi, l'arrêt progressif de la prise en charge avec les deux mois de suivi, où le patient bénéficie d'une séance de cardio/renforcement musculaire et une séance de balnéo, doit lui permettre de s'autonomiser au regard de la pratique physique. Ce projet doit alors permettre de faciliter ce passage transitoire.

2.1.2. Répartition des patients

A partir des critères d'inclusion déterminés précédemment, les patients éligibles ont été identifiés. Parmi ces patients, 9 ont donné leur accord pour participer à cette étude. Ils ont été répartis en 3 groupes distincts :

- 1) Groupe pré chirurgie bariatrique qui a commencé son protocole en janvier 2022
- 2) Groupe pré chirurgie bariatrique qui a commencé son protocole avant janvier 2022
- 3) Groupe post chirurgie bariatrique qui a été réalisé dans les moins de 6 mois

Cette répartition des patients doit pouvoir aider à répondre à la question de temporalité sur l'intervention visant à garantir la pérennité de l'engagement en APA. En effet, en fonction du moment de l'intervention, il est possible de ne pas avoir les mêmes réponses de la part des patients.

Cette étude prend alors la forme d'une étude de cas approfondie avec 9 patients aux profils distincts bien que catégorisés dans des groupes.

2.1.3. Ethique

Tous les patients ont eu accès à une lettre d'information papier qu'ils ont conservé (Cf annexe 1 : Lettre d'information). L'étude est décrite dans cette lettre, ainsi que le temps qui va leur être demandé. Après lecture, ils ont alors eu le choix d'accepter de participer à la recherche ou non sans qu'il n'y ait aucune répercussion sur les soins proposés. De plus, les patients ont eu l'occasion de poser toutes leurs questions afin de prendre une décision en connaissant toutes les implications.

Lors du premier entretien, les patients ont également signé un formulaire de consentement (Cf annexe 2 : Formulaire de consentement). Dans ce formulaire, les patients attestent avoir bien pris connaissance de la lettre d'information, d'avoir pu poser des questions et également être d'accord pour la potentielle publication de leurs données anonymisées au travers de ce mémoire. Le document a été signé par le patient et l'exécuteur de la recherche et chaque partie a conservé un exemplaire.

Les patients sont informés qu'ils peuvent stopper leur engagement dans la recherche sur une simple demande et sans demande de justificatif ni impact sur la qualité des soins donnés.

2.2. Le déroulement

Un protocole de recherche a été élaboré afin de planifier l'étude sur 12 semaines du 24 janvier au 24 avril 2022.

2.2.1. Planning de l'étude

La recherche se déroule en plusieurs phases distinctes. Dans un premier temps, une phase d'évaluation initiale, puis une phase d'intervention et enfin une phase d'évaluation finale. Chaque phase de bilan est séparée d'une période de 3 semaines.

Tableau 3 : Calendrier de l'étude universitaire

Phase d'évaluation initiale	Phase de bilan 1	Phase de bilan 2	Phase de bilan 3	Phase d'évaluation finale
Semaine du 24 au 29 janvier	Semaine du 14 au 19 février	Semaine du 7 au 11 mars	Semaine du 28 mars au 01 avril	Semaine du 18 au 22 avril
Entretien + tests	Entretien + séance	Entretien + séance	Entretien + séance	Entretien + tests

2.2.2. Les tests

En plus des entretiens réalisés, 3 échelles sont remplies afin d'avoir une vue d'ensemble du profil psychologique du patient. Ces échelles évaluent l'engagement, la motivation et le SEP

2.2.2.1. RTES-18

La première échelle à être utilisée est celle développée par Lequerica et Kortte en 2010 qui se nomme **Rehabilitation Therapy Engament Scale** (RTES) (Cf annexe 3 : RTES-18). Cet outil a été développé en parallèle du METR et permet donc d'évaluer l'engagement en fonction de ce modèle.

Une première version de cet outil avait été développée en 2006 avec 15 items mais elle a par la suite été complétée en 2010. Les items rajoutés portent notamment sur les leviers d'engagement propre à une thérapie comme les bienfaits apportés par la pratique, le désir

d'apprendre, la concentration et la spontanéité (A. Lequerica & Kortte, 2010) (Frappier-Allard, 2015).

Il s'agit d'une échelle observationnelle de 18 items. Chacun est évalué par un tiers observateur du patient, ils sont cotés de 0 à 3, allant d'une capacité d'engagement inexistante à une totalement maîtrisée. Les niveaux 0 et 1 font échos à un engagement dysfonctionnel tandis que les niveaux 2 et 3 sont rapportés à un engagement satisfaisant voir optimal. Le score total maximal est de 54, ainsi, plus on s'en rapproche plus notre engagement est fonctionnel et optimal (A. H. Lequerica et al., 2006) (Frappier-Allard, 2015).

Il s'agit donc d'une échelle descriptive. Tout d'abord, il a été souhaité qu'elle soit remplie par les EAPA et les kinésithérapeutes responsables des patients. Cependant, dans la structure SPORMED, les patients ne sont pas toujours confrontés aux mêmes professionnels de santé. Aussi, il était compliqué pour eux de réaliser cette évaluation. Ainsi, même si leur ressenti a été collecté, cette échelle a été remplie par l'exécutrice de ce projet, notamment à partir des entretiens réalisés et des dires des patients qui ne sont pas toujours exprimés en séance. Afin de vérifier la fiabilité de cette exécution, un RTES-18 a été rempli par un EAPA connaissant bien le patient en question du fait qu'il s'agissait de son deuxième protocole. Ainsi, les deux RTES-18 ont été comparé pour connaître la sensibilité des deux parties. Les résultats ont été très similaires, c'est pourquoi cette alternative a été choisie.

Le RTES-18 n'est pas l'unique échelle évaluant l'engagement des patients en thérapie. Il est en effet possible de nommer l'Occupational Therapy Engagement Scale (OTES) de l'équipe de Tzi-yu Wu en 2019 composée de 12 items, certains étant très similaires à ceux du RTES-18. Elle a été validée pour un public post-AVC mais pas pour un public en situation d'obésité. Le RTES-18 est lui proposé pour l'ensemble des patients en thérapie et ne s'adresse donc pas à un public spécifique. De plus, il est directement lié au METR qui est utilisé dans cette étude. Après une évaluation des intérêts des deux échelles, il a semblé que le RTES-18 soit davantage en accord avec l'étude réalisée que l'OTES (Wu et al., 2019).

Enfin, il semblerait qu'il n'existe pas d'échelle d'évaluation de l'engagement des patients en situation d'obésité dans leur thérapie. Ainsi, ce concept est davantage assimilé à d'autres composantes psychologiques comme la motivation ou le SEP qui seraient des prédicteurs de l'engagement (A. Lequerica & Kortte, 2010). C'est pour cela que ces processus vont également être évalués au cours de l'étude.

2.2.2.2. SEPOB

Le second test est un questionnaire auto-rapporté se nommant le **Sentiment d'Efficacité Personnelle spécifique à l'Obésité** (SEPOB) (Cf annexe 4 : SEPOB). Il s'agit d'un questionnaire développé en 2007 par l'université de Lille 3 (Hautekeete et al., 2007).

Ce questionnaire est composé à partir de 10 « descripteurs » associés à quatre difficultés majeures rencontrées lorsqu'une personne est en situation de surpoids ou d'obésité que sont le comportement alimentaire, les relations interpersonnelles, l'image de soi et enfin l'activité physique (Descamps et al., 2010). Ils renvoient aux difficultés quotidiennes que peuvent vivre les personnes en situation d'obésité et permet d'avoir une vue globale du SEP des patients.

Concernant les « descripteurs », il s'agit de caractéristiques du SEP qui permettent d'évaluer les croyances que l'individu porte sur ces capacités à réaliser une action (Descamps et al., 2010) (A. Lequerica & Kortte, 2010). Ils sont donc au nombre de 10 et présentés dans l'article de Deschamps et al, et repris dans le tableau 4.

Tableau 4 : Les descripteurs du SEP selon Jessica Deschamps et al. 2010

Les 10 descripteurs du sentiment d'efficacité personnelle
Aborder les tâches difficiles comme des défis à relever plutôt que comme des menaces à éviter
Augmenter l'intérêt et l'implication dans les activités plutôt qu'avoir du mal à se motiver
Se fixer des buts stimulants et conserver une forte implication à leur égard
Investir beaucoup d'efforts plutôt que les diminuer
Augmenter ses efforts en cas d'échec ou de reculs plutôt qu'abandonner rapidement devant les obstacles
Rester centré sur la tâche plutôt que s'appesantir sur ses insuffisances, les difficultés de la tâche, les conséquences problématiques de l'échec
Raisonner stratégiquement en face des difficultés
Attribuer l'échec à un effort insuffisant plutôt qu'à une aptitude déficiente
Récupérer rapidement son sentiment d'efficacité après des échecs ou des baisses de performances
Aborder les menaces ou les stressors potentiels avec la confiance qu'on peut exercer un certain contrôle sur eux plutôt qu'en être une victime désignée

Le questionnaire comprend ainsi 40 items, 10 items par difficultés identifiées toutes rattachées à un descripteur particulier. Il est alors possible d'obtenir 5 notes différentes à ce questionnaire : une globale et une pour chacune des quatre difficultés identifiées (Descamps et al., 2010). Chaque item est en effet noté par le patient de 0 (représentant un sentiment d'incapacité face à l'item proposé) à 10 (représentant la confiance totale en ses capacités).

Ce questionnaire a été choisi pour deux raisons principales. La première est qu'il est spécialisé pour les personnes en situation d'obésité et que son utilisation a été comparée aux autres questionnaires évaluant le SEP sur des populations normales pondérées. Il a en effet été comparé au General Self Efficacy de Sherer. Une très bonne corrélation a été observée chez les populations normales pondérées mais différentes chez les populations en surpoids ou obèses. Cela suppose que ces populations possèdent des sensibilités différentes à répondre aux items en fonction de leur formulation, c'est pourquoi le SEPOB a été développé (Descamps et al., 2010).

La deuxième raison est que le SEP est un déterminant important de l'engagement d'une personne en situation d'obésité dans une prise en charge (Hautekeete et al., 2007). En effet, dans le METR de Lequerica et Kortte, le SEP fait partie des processus influençant le maintien de l'engagement sur le long terme. Ainsi, pour savoir si l'outil développé influence positivement l'engagement, il est pertinent de se fier au processus principal.

2.2.2.3. EMAPS

L'Échelle de Motivation pour l'Activité Physique à des fins de Santé (EMAPS) est un questionnaire auto-rapporté créé en 2016 par Julie Boiché et ses collaborateurs à partir du « Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale » qui lui avait été développé par Tremblay et ses collaborateurs en 2009 (Cf annexe 5 : EMAPS).

L'échelle de Tremblay permet notamment de pouvoir déterminer quel était le degré d'auto-détermination de l'individu en fonction des réponses qui ont été données. Boiché et ses collaborateurs ont repris ce fonctionnement pour l'adapter à l'activité physique liée à la santé.

Ce questionnaire a donc été validé pour les patients en situation d'obésité (Boiché et al., 2019). De plus, il a été utilisé dans la structure SPORMED par une autre stagiaire de master 2 en 2021 avec cette population (Jaunet, 2021). Cet outil a donc semblé idéal pour évaluer la

motivation et plus particulièrement le degré d'autodétermination des patients inclus dans l'étude.

Le test comprend 18 affirmations. A partir de l'échelle de Likert, les patients doivent spécifier à quel degré ils sont en accord avec l'affirmation donnée. Il y a 7 degrés d'accord allant de 1 (ne correspondant pas du tout) à 7 (correspond très fortement). A partir de ces réponses il est possible de déterminer le degré d'autodétermination de l'individu (Boiché et al., 2019).

En effet, les 18 affirmations sont toutes rattachées à un type de motivation (intrinsèque, identifiée, intégrée, introjectée, externe et l'amotivation). Chaque type de motivation est donc affilié à trois items. A partir des réponses données, nous pouvons calculer l'index d'autodétermination. Il permet ainsi de placer la motivation du patient sur le continuum d'autodétermination développé par Deci et Ryan (Deci & Ryan, 2008) (Boiché et al., 2019). Pour se faire, nous allons nous appuyer sur l'article de Tremblay en 2009, où il calcule l'index d'autodétermination sur la base de la formule suivante :

$$SDI = [(3 \times IM) + (2 \times INT) + (1 \times MID)] - [(1 \times IJ) + (2 \times ER) + (3 \times AM)]$$

Légende :

IM : motivation intrinsèque, INT ; motivation intégrée ID : motivation identifiée,

IJ : motivation introjectée, ER : Motivation externe, AM : Amotivation

Lorsque l'on se base sur une échelle de Likert à 7 points comme c'est le cas dans l'EMAPS, on obtient un score qui peut varier entre -36 et +36. Plus le patient obtient un score proche de +36, plus il possède une motivation intrinsèque (MI) plus il est autodéterminé, et inversement si le patient est proche de -36, son autodétermination descend pour aller jusqu'à l'amotivation en passant par les motivations extrinsèques (ME) (Tremblay et al., 2009).

Le souhait d'évaluer la motivation s'explique par son rôle dans la mise en place des changements de comportements selon le METR (A. Lequerica & Kortte, 2010). Il est donc essentiel de connaître le type de motivation afin de savoir si celle-ci peut être durable sur le long terme et ainsi amener un engagement sur le long terme (Martin Krumm et al., 2016).

Ces deux questionnaires que sont l'EMAPS et le SEPOB sont remplis par le patient dans une pièce calme et isolée avant de réaliser l'entretien. Ainsi, les items ne sont pas impactés par une première intervention. Ils seront de nouveau remplis dans les mêmes conditions le jour du dernier entretien.

2.2.2.4. Les entretiens/ Les critères observables

L'entretien avec le patient fait partie intégrante de l'évaluation mais également de la prise en charge qui va en découler. En effet, ici, on centre l'entretien sur le patient, le plaçant ainsi au centre du processus de réadaptation (Benarous et al., 2014)(A. Lequerica & Kortte, 2010).

Entretien initial

Les entretiens vont être différents en fonction du moment où ils sont réalisés. L'entretien initial dure entre 30 et 40 minutes (Cf annexe 6 : Grille d'entretien initial).

Cette première rencontre doit permettre de « briser la glace » entre l'éducateur et le patient. Ainsi, il est demandé à ce dernier de raconter son parcours de vie tant dans la maladie que dans la sphère sportive. Cela vise à créer un climat de confiance entre les deux parties (Vimond, 2020).

A la suite de cela, l'entretien doit permettre de coconstruire un plan d'interventions efficient qui doit avoir du sens pour le patient (Vimond, 2020). Pour ce faire, il est demandé au patient de s'analyser et si besoin d'identifier des problématiques auxquelles il souhaite répondre (Reiner et al., 2010). Dans notre cas ici, il s'agit principalement de problématiques liées à l'activité physique.

Puis, le patient épaulé par l'éducateur détermine des objectifs qu'il souhaite accomplir. Cela peut être l'intégration d'une AP dans la vie quotidienne avec une fréquence à respecter ou réaliser une activité que l'on est incapable de réaliser aujourd'hui. Le patient doit en priorité se baser sur ses besoins ressentis (A. Lequerica & Kortte, 2010) (Michaud, 2008). Au vu de la particularité de la population étudiée, il a été choisi de déterminer des objectifs à court terme (à atteindre dans les 2 à 3 mois), à moyen terme (à atteindre dans les 6 mois à 1 an) et à long terme (à atteindre dans les prochaines années). Ce choix a été fait puisque les

patients non opérés n'auront pas le même profil sportif maintenant et après leur opération donc les objectifs peuvent être très différents.

Déterminer des objectifs à atteindre à des dates différentes permet également d'obtenir une satisfaction immédiate. En effet, comme vu précédemment, pour que le patient maintienne son engagement il faut qu'il perçoive un intérêt pour lui (A. Lequerica & Kortte, 2010). Ainsi, en déterminant un objectif à court terme, le patient sera satisfait en l'atteignant et potentiellement plus enclin à atteindre les objectifs à moyen et long terme.

En déterminant ces objectifs, le patient entrevoit la nécessité d'être accompagné pour les atteindre, il s'agit de la première phase du METR (A. Lequerica & Kortte, 2010). Pour aider le patient à atteindre ses objectifs, des plans d'actions sont déterminés en collaboration avec l'éducateur (Reiner et al., 2010). L'importance dans la détermination de ces objectifs et de ces plans d'actions est que le patient ne ressente aucune contrainte (Reiner et al., 2010) (A. Lequerica & Kortte, 2010).

Enfin, l'éducateur et le patient déterminent ensemble ce que Reiner et ses collaborateurs ont appelé un contrat thérapeutique. Les deux parties doivent s'entendre sur ce qui va être produit et sur combien de temps. Ainsi, à partir de ces objectifs et plans d'actions, un carnet de suivi va être élaboré. Le patient devra le remplir entre chaque bilan. Lors des entretiens intermédiaires qui auront lieu toutes les trois semaines, les deux parties devront faire un bilan de ce carnet et ainsi déterminer les points forts et les points à améliorer.

Entretien intermédiaire :

Les entretiens intermédiaires participent davantage à un suivi du patient qu'à une réelle évaluation (Cf annexe 7 : Grille d'entretien intermédiaire).

En effet, ils permettront de faire le point tout au long du protocole notamment sur l'utilisation du carnet de suivi.

De plus, ces bilans seront le moment de réaliser des séances d'activité physique liées aux leurs objectifs. Par exemple, dans le cas où le patient souhaite faire du renforcement musculaire chez lui, un bilan intermédiaire permettra pour lui montrer une séance de renforcement musculaire. C'est également un temps où il pourra poser ses questions et ainsi être accompagné.

Des activités peuvent être proposées en fonction des demandes des patients. En effet, l'exécutrice du projet peut leur proposer des séances mais les patients peuvent également avoir des demandes ou des problématiques particulières avec lesquelles il faudra travailler.

Entretien final :

L'entretien final permet de réaliser un bilan sur les 12 semaines qui se sont écoulées depuis le premier entretien (Cf : annexe 8 : Grille d'entretien final).

Ce dernier entretien ne comprend pas de séance d'essai ni de co-construction de séance. Il porte uniquement sur le ressenti du patient vis-à-vis du protocole. Il permet également à l'éducateur de déterminer via des variables observables si l'intervention a eu des effets. Les variables observables sont :

- L'intention de continuer l'AP et la connaissance de sa modalité de pratique
 - Inscription dans une salle de sport/ club
 - Demande de séance de sport maison
- La compréhension des bienfaits de l'AP

De plus, cet entretien va permettre de faire le bilan avec le patient sur l'atteinte des objectifs fixés à court terme et ainsi, évoquer la poursuite des plans d'actions pour les objectifs à long et moyen terme.

2.2.3. Le carnet

L'outil proposé aux patients afin de participer à la résolution de la problématique de la pérennité de leur engagement en APA est un carnet de suivi. Ce carnet a commencé à être développé l'an passé lors d'un travail de recherche de master 1 sur l'engagement des patients post accident vasculaire cérébral (Maussion, 2021). L'outil a été repris et adapté pour les patients en situation d'obésité dans un parcours de chirurgie bariatrique.

Dans ce carnet se trouve dans un premier temps le profil du patient avec ses informations personnelles (nom, prénom, âge, date de prise en charge à SPORMED, emploi et logement). Ensuite, les objectifs déterminés ainsi que les plans d'actions associés lors de l'entretien y sont renseignés. Pour cette population nous avons choisi de déterminer des objectifs à court, moyen et long terme, ils sont affichés dans l'ordre chronologique.

Ce carnet a pour vocation de servir de « journal intime » lié à la réadaptation à l'effort. Aussi, à la suite, en dessous des plans d'actions, le carnet est divisé en trois colonnes :

- La date : le patient renseigne le jour où il réalise une action liée à son objectif
- Les observations et sensations : le patient renseigne ce qu'il a réalisé et ses sensations liées à cette action. Cela permet de verbaliser le ressenti mais également à terme d'avoir une trace écrite et de pouvoir ainsi constater une évolution.
- L'autoévaluation : cette colonne représente en pourcentage d'atteinte de l'objectif, l'atteinte de l'objectif final représentant 100%. Le patient s'autoévalue et constate qu'il se rapproche ou s'éloigne de l'atteinte de son objectif.

Tableau 5 : Matérialisation du carnet de suivi

Mon carnet de suivi		
Nom :		Situation :
Prénom :		Logement :
Age :		Date et motif de prise en charge :
<u>Objectif à court terme : ...</u>		
Plan d'action 1 : ...		
Date	Observation/ sensation	Autoévaluation
jj/mm/aaaa	...	%

L'intérêt de ce carnet est de permettre au patient de prendre du recul sur son parcours afin d'observer son évolution. Ainsi, il lui est demandé de rentrer les données positives mais également négatives. Par exemple, si l'objectif d'un patient est d'aller à la salle 3 fois par semaine et qu'il n'y est allé qu'une seule fois, il doit remplir également sur les jours où la séance était prévue et notifier pourquoi elle n'a pas eu lieu. A terme, cela permet au patient d'ajuster sa pratique ou sa programmation par exemple. Cela a pour objectif d'impacter positivement le SEP en démontrant une évolution mais également en laissant le patient contrôler ses actions et les réajuster (Ziegler et al., 2014).

Il prend alors la forme d'un carnet de surveillance. En effet, plusieurs écrits relatent les carnets d'autosurveillance permettant aux patients de s'auto-corriger et ainsi de ne pas relâcher les efforts (Ziegler et al., 2014) (Favier-Ambrosini & Delalandre, 2018).

De plus, ce carnet sera ramené à chaque bilan intermédiaire de l'étude. Il sert alors de lien entre le patient et le corps soignant (Favier-Ambrosini & Delalandre, 2018). Cela permet de suivre ce qui est mis en place ou non et d'en faire le bilan. Ainsi, le corps soignant peut aider le patient à trouver des pistes permettant de favoriser la mise en place d'actions. Alors, ce procédé permet au patient de se responsabiliser car même si le soignant donne des pistes, c'est à lui de les appliquer (Favier-Ambrosini & Delalandre, 2018).

Plusieurs études ont utilisé un carnet de suivi mais davantage un carnet de suivi alimentaire. Pour cette population de personnes en situation d'obésité, leurs objectifs étaient d'identifier les crises de boulimie, les déclencheurs et ainsi de pouvoir y remédier. Il s'agissait ainsi d'un diagnostic à partir des dires du patient (Reiner et al., 2010). Dans notre cas, l'objectif est différent puisque les problématiques sont déjà identifiées.

2.3. Analyse des résultats

Il s'agit d'une étude de cas. En effet, le nombre insuffisant de patients ne permet pas de réaliser une étude statistique. Ainsi, malgré la conception de trois groupes de patients, ces derniers seront analysés individuellement. Les groupes doivent permettre de potentiellement observer des ressemblances parmi les profils d'un même groupe sans en donner des conclusions définitives.

Les scores aux différents tests et questionnaires seront donc comparés entre le début et la fin du protocole. De plus, les entretiens permettent de déterminer si les patients remplissent les critères observables déterminés au préalable témoignant d'un effet de l'intervention.

Ainsi, l'étude est évaluée de manière objective avec les questionnaires bien qu'ils relèvent de la subjectivité des patients. Elle est également subjective avec le RTES-18 et les entretiens.

III) Résultats

L'étude devait porter sur 9 patients : 7 femmes et 2 hommes répartis en 3 groupes différents. Cependant, avant le premier entretien, deux patientes qui auraient dû être dans le groupe 1 (groupe au début du protocole pré-chirurgical) ne se sont pas présentées, par oubli ou par obligation personnelle. Ces rendez-vous n'ayant jamais pu être reprogrammés l'étude a finalement été réalisée sur 7 patients, chacun d'entre eux identifiés par une lettre allant de A à G.

Les deux groupes pré-chirurgicaux ont donc fusionné, ce qui a amené à répartir les patients en deux groupes distincts :

- Groupe 1 : Patients en phase de préparation à la chirurgie bariatrique, composé de 4 patients. Au début du protocole, aucune date n'avait été planifiée pour leur intervention chirurgicale.
- Groupe 2 : Patients en phase de réadaptation à l'effort après une chirurgie bariatrique qui datait de la seconde moitié de l'année 2021, composé de 3 patients.

Le calendrier du protocole a été modifié du fait de l'absence pour raison médicale de l'exécutrice du projet la semaine du 24 février. Ainsi, 3 patients avaient déjà eu leur premier entretien, les 4 autres ont donc commencé le protocole avec une semaine de décalage.

Au total, 5 patients ont terminé ce protocole, cependant toutes les données récoltées au cours de l'étude seront prises en compte. Aussi, les résultats se basent sur les observations faites ainsi que sur les 28 entretiens réalisés au cours des 12 semaines de protocoles (Cf annexe 9 : Entretiens).

Les profils des patients inclus dans l'étude sont représentés ci-dessous. L'IMC initial correspond à celui du début de leur protocole intensif à SPORMED et final à la fin de cette phase intensive du protocole SPORMED. Pour rappel, cette phase intensive implique que le patient vienne en séance 3 à 4 fois par semaine, 4 s'il a choisi une séance de balnéothérapie qui n'est pas obligatoire. L'IMC donné n'est donc pas en relation directe avec le protocole proposé mais bien lié au protocole SPORMED.

Tableau 6 : Profils des patients

	Patient	Age	Situation matrimoniale	Profession	IMC initial	IMC final
GP1	Patient A	25	Célibataire	Agent de sécurité	44.3	42
	Patient B	31	Célibataire 2 enfants	Agent de service hospitalier	47	46.2
	Patient C	40	Célibataire	Commerciale itinérante	45.1	45.1
	Patient D	18	En couple	Etudiante/ Recherche d'alternance	43.9	45.1
GP2	Patient E	50	Mariée 4 enfants	Gérante d'une agence de nettoyage	33.8	30.1
	Patient F	40	En couple	Chargée de clientèle	38.2	34.4
	Patient G	35	Célibataire	Informaticien	41.3	36.5

3.1. Identification des patients participants

Dans un premier temps, nous allons identifier qui sont ces patients, quelles sont leurs envies ainsi que leurs objectifs déterminés qui ont impacté l'ensemble de leur prise en charge.

3.1.1. Patient A :

Le patient A est un jeune homme de 25 ans travaillant en tant qu'agent de sécurité depuis ses 18 ans. Il entre dans un protocole SPORMED le 3 novembre 2021 à la suite d'une recommandation de son médecin pour se préparer à une chirurgie bariatrique, un by-pass.

Bien conscient de sa morphologie et des risques associés, il estime qu'il a toujours été en surpoids. Cependant, son emploi et le départ de chez ses parents aurait engendré une plus importante prise de poids et conduit à une obésité morbide. Avec des horaires décalés, il explique qu'il a souvent cédé à la facilité en s'alimentant de fast-food. Il a cependant toujours été actif et pratique une activité physique en essayant d'aller à la salle de sport 3 fois par semaine.

Souhaitant passer le concours de gendarmerie, le patient a décidé de se tourner vers la médecine afin de perdre son excès de poids ce qui l'a orienté vers la chirurgie bariatrique. Après étude des avantages et inconvénients, il espère ne pas avoir recours à cette chirurgie et perdre du poids de manière naturelle. A la fin du protocole, au vu de ses résultats il a été convenu entre lui, son chirurgien et son endocrinologue de mettre en arrêt son protocole chirurgical pour lui offrir cette possibilité.

Le patient a été intégré au projet au moment de son passage en suivi, donc à la fin de ses trois mois intensifs de protocole. Ses objectifs sont représentés sur le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Objectifs du patient A

Objectif à court terme : Introduire l'activité physique dans la routine hebdomadaire
Plan d'action 1 : 3 séances de sport 1 salle de sport + 2 SPORMED puis 3 salle de sport)
Plan d'action 2 : Essayer des nouvelles séances de renforcement musculaire maison
Objectif à moyen terme : Maintenir les séances et introduire une bonne hygiène de vie
Plan d'action 1 : Rechercher des recettes rapides
Plan d'action 2 : Réaliser des plats faits maison
Objectif à long terme : Réussir le concours de gendarmerie
Plan d'action : Conserver les changements de mode de vie

3.1.2. Patient B :

La patiente B est une femme de 31 ans, mère célibataire de 2 enfants et Agent de Service Hospitalier au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Elle intègre le protocole SPORMED le 8 décembre 2021 orientée par sa diététicienne afin de se préparer à une chirurgie bariatrique, une sleeve. A la fin du protocole, la patiente a été acceptée en commission et a pris connaissance d'une date pour sa chirurgie qui se déroulera en juin 2022.

La patiente ne sait pas expliquer sa prise de poids. Elle est cependant au courant des risques de santé liés à son surpoids et ne sent donc pas à l'aise dans la vie de tous les jours et dans son travail. Elle est donc à l'initiative de cette demande de chirurgie, il s'agit d'un projet auquel elle réfléchit depuis 3 ans.

Elle a très longtemps été moquée pour ses différences. Atteintes d'une microphthalmie, elle a été victime de discrimination à l'école mais également au sein de sa propre famille.

La patiente est suivie par une diététicienne. Elle a pratiqué de l'activité physique avant son arrivé à SPORMED. Plus récemment, elle s'était inscrite en salle de sport après l'accouchement de sa fille mais a arrêté à cause du COVID. De plus, elle avait déjà arrêté l'activité auparavant car elle ne percevait pas les résultats au niveau de la perte pondérale.

La patiente a été intégrée au projet à la fin de son 2^{ème} mois intensif. Les objectifs déterminés lors du premier entretien avec la patiente sont représentés ci-dessous.

Tableau 8 : Objectifs du patient B

Objectif à court terme : Conserver une alimentation équilibrée
Plan d'action 1 : Conserver les RDV avec la nutritionniste
Objectif à court terme : Percevoir les progrès par l'activité physique avant l'opération
Plan d'action 1 : Conserver au moins 2 séances par semaine
Plan d'action 2 : Organiser son planning de travail au mieux avec les séances
Plan d'action 3 : Essayer la gym urbaine
Objectif à moyen terme : Trouver moment pour prendre 10 minutes de « temps pour soi » par jour
Plan d'action 1 : Introduire la marche seule en routine quotidienne
Plan d'action 2 : Se renseigner sur les techniques de relaxation
Objectif à long terme : Conserver une apparence satisfaisante après l'opération
Plan d'action 1 : Introduire l'activité physique en routine quotidienne

3.1.3. Patient C :

La patiente C est une femme de 40 ans, commerciale itinérante. Elle a intégré le protocole SPORMED le 03 novembre 2021 sur les conseils de l'hôpital où elle a intégré un parcours santé associé à son choix de réaliser une chirurgie bariatrique, un by-pass. A la fin du protocole, la patiente n'est toujours pas passée en commission d'examen pour son dossier et n'a donc pas encore de date pour sa potentielle chirurgie.

La patiente explique qu'elle est confrontée au surpoids depuis son enfance. Cependant elle affirme avoir toujours pratiqué une activité physique presque sans interruption. Dernièrement elle était inscrite en salle de sport mais l'activité qui lui plaît le plus est le badminton, principalement car elle y a rencontré des personnes avec qui elle s'entendait bien. Elle affirme cependant ne pas apprécier le sport, que cela soit avant ou à SPORMED. Elle pratique uniquement parce qu'elle sait que c'est nécessaire à sa santé. Elle est cependant ouverte à la proposition de nouvelles séances.

La patiente a déjà pensé à la chirurgie bariatrique sans réellement « sauter le pas ». Elle explique que c'est son médecin qui a enclenché le processus après discussion. Cependant, elle affirme être totalement en accord avec la procédure.

La patiente a été intégrée au projet à la fin de sa période intensive. Ci-dessous sont représentés les objectifs déterminés lors du premier entretien. La patiente a cependant expliqué qu'il lui était difficile de se projeter dans le futur puisqu'elle avance dans l'inconnu avec cette chirurgie.

Tableau 9 : Objectifs du patient C

Objectif à court terme : Retourner marcher 2 fois par semaine
Plan d'action 1 : Programmer les sessions de marche avec une amie
Objectif à moyen terme : Reprendre l'activité physique en association en septembre
Plan d'action 1 : Se renseigner sur les associations de badminton aux alentours
Plan d'action 2 : Conserver une activité physique jusqu'à cette reprise
Objectif à long terme : /

3.1.4. Patient D :

La patiente D est une jeune femme de 18 ans, actuellement salariée en supérette mais en recherche d'alternance pour devenir éducatrice spécialisée. Elle intègre le protocole SPORMED le 08 décembre 2021 pour une préparation à la chirurgie bariatrique, une sleeve.

La patiente explique qu'elle est en surpoids depuis l'enfance puisque dès l'âge de 3-4 ans elle a consulté un diététicien via ses parents. Elle estime cependant que son obésité s'est réellement déclarée à 12 ans.

Toute son enfance et adolescence, elle a pratiqué de nombreuses pratiques physiques différentes notamment le volleyball qu'elle apprécie tout particulièrement. Cependant, durant son année de seconde elle a été hospitalisée à St Malo dans un programme d'ETP en internat pendant 6 mois afin de traiter son obésité. Elle a arrêté toutes ses activités en club mais elle pratiquait du sport au sein de ce protocole. Lorsqu'elle est revenue elle ne s'est pas engagée dans un nouveau club de sport. Lors du confinement elle pratiquait 2 heures par jour du cardio principalement, mais n'a perçu aucun résultat ce qui l'a découragé.

Pour la chirurgie bariatrique, il s'agit d'une initiative de sa part. Elle explique ne plus supporter son poids et n'arrive pas à perdre seule. Son médecin traitant reste cependant réticent au regard de l'âge de la patiente. Sa chirurgie est donc en cours d'étude.

La patiente a été intégrée à ce protocole au début de son 2^{ème} mois intensif. Ci-dessous sont présentés les objectifs qui ont été déterminés lors des entretiens.

Tableau 10 : Objectifs du patient D

Objectif à court terme : Retrouver de la motivation à la pratique
Objectif à court terme : Se sentir plus à l'aise dans les mouvements au travail, moins de fatigue
Plan d'action : Essayer des séances de renforcement musculaire adaptée
Objectif à court terme : Promener mon chien sans douleur
Plan d'action 1 : Promener le chien une fois par semaine et noter ce qui s'est passé
Plan d'action 2 : Réaliser des exercices pour protéger le dos pendant la sortie avec le chien
Plan d'action 3 : Parler de ses douleurs au médecin traitant et évoquer les semelles orthopédiques
Objectif à moyen terme : Continuer l'activité physique de façon raisonnable
Plan d'action 1 : Se renseigner sur les propositions de séances en piscine aux alentours
Plan d'action 2 : Réaliser des séances de renforcement musculaire 1 à 2 fois par semaine
Objectif à long terme : Devenir éducatrice spécialisée
Plan d'action : Rechercher une alternance et une formation pour la rentrée

3.1.5. Patient E :

La patiente E est une femme âgée de 50 ans, mariée avec 4 enfants, cheffe de son entreprise Elle intègre le protocole SPORMED post-chirurgie bariatrique en novembre 2021 après avoir été opérée d'une sleeve en aout 2021. Elle avait réalisé un protocole pré-chirurgical à SPORMED en janvier 2021.

La patiente estime avoir toujours eu des problématiques de poids notamment lors de son passage à l'âge adulte. Son poids est devenu un handicap pour le quotidien et son travail, c'est pourquoi après 2 ans de réflexion elle s'est dirigée vers la chirurgie. De plus, elle a réalisé entre-temps de nombreux régimes qui ont eu un effet yoyo ce qui a fini par la décourager de perdre du poids seule.

La patiente explique qu'elle n'a jamais été de nature sportive et n'a jamais pratiqué d'activité physique en club. Elle a essayé la salle de sport mais cela n'a pas tenu dans le temps. Cependant, elle explique avoir ressenti le manque lors de son jour de repos de SPORMED et se sent fière de ce qu'elle a réussi à accomplir jusque-là.

Le statut professionnel de la patiente lui amène à être très souvent au travail. Elle explique parfois travailler 7 jours sur 7 pour remplacer ses employés par exemple et sa vie semble s'organiser exclusivement autour de son travail. Son conjoint ainsi que deux de ses enfants travaillent dans l'entreprise familiale. Ainsi, la patiente explique décrocher très peu du monde professionnel et de ne pas prendre du temps pour elle et même de se sentir coupable lorsqu'elle le fait.

La patiente a été incluse au sein du protocole lors de son passage en suivi. Ci-dessous sont présentés les objectifs qui ont été déterminés avec la patiente lors des entretiens.

Tableau 11 : Objectifs du patient E

Objectif à court terme : Inscription à Sport Santé Concept
Plan d'action 1 : Se renseigner sur les différentes activités proposées
Plan d'action 2 : Inclure ces activités dans l'emploi du temps de la semaine
Objectif à moyen terme : Conserver l'activité physique dans l'emploi du temps de la semaine + inclure un temps pour soi
Plan d'action : Se renseigner sur de potentielles techniques de relaxation
Objectif à long terme : /

3.1.6. Patient F :

La patiente F est une femme de 40 ans, en couple et chargée de clientèle. Elle intègre le protocole post-chirurgical le 03 janvier 2022 à la suite d'une sleeve en novembre 2021 et d'un premier protocole à SPORMED en mars 2021.

La patiente estime que sa prise pondérale a débuté lors de sa vingtaine à cause de l'enchaînement de plusieurs événements traumatiques. Il s'agissait principalement d'un choc émotionnel composé d'une rupture amoureuse, de décès et de maladies qui ont touché ses proches. Ces événements couplés à l'arrêt du sport en club et l'entrée dans la vie active ont amené une prise pondérale importante.

Elle a longtemps pratiqué du sport en club durant son enfance et adolescence notamment du handball. Elle a également pratiqué de l'activité physique dans une salle de fitness pendant deux ans avec des collègues. Plus tard elle a essayé d'y retourner seule mais cela n'a pas duré. La patiente explique qu'elle a besoin d'un groupe social pour pratiquer, elle n'apprécie pas le sport seule. De plus, elle a toujours eu l'impression d'être jugée et observée durant sa pratique d'où son souhait de continuer son activité sportive à Sport Santé Concept.

La patiente a pensé à la chirurgie bariatrique depuis de nombreuses années. Il y a 8 ans, on lui avait déjà proposé mais elle avait refusé, ne s'estimant pas prête. Puis, il y a 2 ans, la patiente a été victime d'un burn-out, ce qui l'a amené à consulter une psychologue. Lors de leurs entretiens, la problématique pondérale et la possibilité d'une chirurgie a été ré évoquée. La patiente a donc commencé son parcours chirurgical.

La patiente a été intégrée au sein du protocole à la fin de son premier mois de protocole intensif. Ci-dessous sont représentés les objectifs déterminés en collaboration avec la patiente.

Tableau 12 : Objectifs du patient F

Objectif à court terme : Reprise de la mobilité quotidienne et être plus à l'aise pour jouer avec mon neveu
Plan d'action : Continuer à être assidue aux séances SPORMED + aquabike une semaine sur 2
Objectif à moyen terme : Introduire l'activité physique de façon régulière
Plan d'action 1 : Inscription à Sport Santé Concept une fois le protocole terminé
Plan d'action 2 : Se renseigner sur les séances proposées
Plan d'action 3 : Tester la gym urbaine
Objectif à long terme : Modifier mon parcours professionnel

3.1.7. Patient G :

Le patient G est un homme de 35 ans, célibataire et travaillant dans le domaine de l'informatique. Il intègre le protocole post-chirurgical SPORMED le 03 janvier 2022 après avoir été opéré d'une sleeve en octobre 2021. Avant cela, le patient avait réalisé un protocole pré-chirurgical en 2021 et un autre protocole à SPORMED en 2017.

Le patient estime que ses problématiques pondérales datent de l'école primaire. Il est actuellement suivi par un psychologue et raconte qu'il remplissait un vide avec la nourriture ce qui a amené à une obésité. La chirurgie n'a pas tout de suite été une option pour le patient qui était même réticent. En effet, il considérait que réaliser une chirurgie serait un échec de ne pas avoir réussi à perdre seul. Après un parcours de 18 mois, le patient a fini par accepter sa chirurgie. Selon lui, le début de son burn-out lié à son emploi a été l'élément déclencheur de son acceptation.

Le patient estime être actif. Dans son enfance il pratiquait le football et le tennis qu'il a dû arrêter lors de son entrée dans les études supérieures. De plus, adorant le milieu aquatique, il a beaucoup nagé pendant son enfance et même à l'âge adulte. Il explique qu'il allait nager deux fois par semaine après le travail pendant une heure. Cependant, cela n'a pas tenu dans le temps car il sait que son mental n'a pas suivi. Le patient a donc alterné entre période de sédentarité prolongée et période active.

Le patient a été intégré au protocole à la fin de son premier mois de protocole intensif. Ci-dessous sont représentés les objectifs qui ont été déterminés par le patient lors des entretiens.

Tableau 13 : Objectifs du patient G

Objectif à court terme : Retourner marcher en dehors des jours d'entraînement à SPORMED
Plan d'action : Aller marcher 2 fois par semaine
Objectif à moyen terme : Aller en vélo au travail
Plan d'action 1 : Se renseigner sur le trajet + acquisition d'un vélo
Plan d'action 2 : Essayer de réaliser le trajet après le protocole
Objectif à long terme : Réaliser un triathlon
Plan d'action 1 : Recommencer à aller nager dans les piscines régulièrement

3.2. Evolution du parcours des patients :

Ces sept patients ont donc intégré le protocole à la fin du mois de janvier pour une durée de 12 semaines avec 5 entretiens prévus pour chacun d'entre-eux.

3.2.1. *Abandons*

Tous les patients n'ont pas atteint les 12 semaines ni réalisé tous les entretiens. En effet, il y a eu deux abandons au cours du protocole, celui des patientes D et E. Dans les deux cas, les patientes ont arrêté après leur deuxième entretien.

Pour le cas de la patiente D, le troisième entretien n'avait pas été programmé car elle passait en suivi et n'avait pas encore ses dates de séances. Il avait donc été convenu de se recontacter pendant les 3 semaines pour programmer le bilan. Cependant, la patiente a exprimé son souhait de ne pas continuer le protocole SPORMED en suivi après sa période intensive. Malgré de nombreuses relances, la patiente n'a pas répondu et notre collaboration a dû s'interrompre.

En ce qui concerne la patiente E, le troisième bilan avait été planifié. Cependant, en réponse au mail de rappel, la patiente a déprogrammé l'entretien le jour même pour cause professionnelle. Après de multiples relances pour pouvoir organiser un nouveau rendez-vous sans réponse, la collaboration entre les deux parties s'est terminée.

Les autres patients ont mené leur protocole à terme. Même si les entretiens étaient parfois espacés de 4 semaines au lieu de 3, principalement pour raison de santé, tous les entretiens ont pu être réalisés.

3.2.2. Résultats des tests

Lors du premier et du dernier entretien, les patients ont répondu aux questionnaires EMAPS et SEPOB ainsi que le RTES-18. Dans le tableau ci-dessous, il est possible d'observer les résultats des patients.

Tableau 14 : Résultats des tests

/	Groupe 1 : Pré-chirurgie				Groupe 2 : Post-chirurgie		
Patients	Patient A	Patient B	Patient C	Patient D	Patient E	Patient F	Patient G
Sexe	M	F	F	F	F	F	M
Age	25	31	40	18	50	40	35
1^{er} entretien							
RTES-18	51/54	42/54	37/54	27/54	39/54	53/54	48/54
EMAPS	28/36	18/36	-0.3/36	2.6/36	23.6/36	6/36	19.6/36
SEPOB	8.97/10	4.67/10	7.55/10	4.9/10	8.2/10	7.42/10	5.92/10
Dernier entretien							
RTES-18	54/54	32/54	40/54			54/54	49/54
EMAPS	26/36	-1/36	0/36			28.3/36	21/36
SEPOB	8.97/10	5.4/10	6.9/10			9.7/10	8.1/10

A partir du tableau ci-dessus, il est possible de remarquer certaines correspondances entre les différents groupes.

En effet, les patients du groupe 1 semblent ne pas avoir modifié leurs scores aux différents tests de manière significative malgré des petites fluctuations. Seule la patiente B a diminué de façon importante son score à l'EMAPS et au RTES-18, tout en précisant que lorsque la patiente a rempli le questionnaire pour la première fois, elle a posé beaucoup de questions sur la signification des items.

En revanche, les patients du groupe 2 semblent tous deux avoir augmenté de manière significative leurs scores notamment sur les questionnaires de l'EMAPS et du SEPOB et tout particulièrement la patiente F. Il est possible de penser que cela est dû à leur statut de patients déjà opérés

Il est également pertinent de s'intéresser aux scores de façon plus précise en regardant la comparaison de la composition des scores totaux. En effets, il est possible de diviser les résultats de l'EMAPS et du SEPOB afin d'en réaliser une évaluation plus approfondie.

Tableau 15 : Résultats détaillés de l'EMAPS final et initial

Motivations	Patient A	Patient B	Patient C	Patient D	Patient E	Patient F	Patient G
<u>EMAPS 1</u>							
MI	6/7	4.6/7	1/7	2/7	6.3/7	3/7	5.7/7
ME intégrée	6/7	2.3/7	3.6/7	2/7	4/7	1.3/7	4.3/7
ME identifiée	6.6/7	4.3/7	5/7	3.6/7	6.6/7	5/7	5.6/7
ME introjectée	3.6/7	0./7	2.6/7	2/7	5/7	4.3/7	2.6/7
ME externe	1/7	0.3/7	1/7	1/7	1/7	1.6/7	2/7
Amotivation	1/7	1.3/7	3.6/7	2.3/7	1/7	1/7	1.3/7
<u>EMAPS 2</u>							
MI	6.3/7	4.3/7	1.3/7			7/7	5.6/7
ME intégrée	6.3/7	2/7	2.3/7			6/7	4.3/7
ME identifiée	6.6/7	5.6/7	4/7			7/7	6/7
ME introjectée	4.6/7	4.6/7	3.6/7			6.6/7	4.3/7
ME externe	2.3/7	1/7	1/7			1/7	1.6/7
Amotivation	1/7	5.6/7	2.3/7			1/7	1/7

A partir de ce tableau, il est possible de remarquer que pour l'ensemble des patients, la motivation identifiée qui se définit comme étant un comportement auto-déterminé selon la théorie de l'auto-détermination selon Deci et Ryan, possède le plus haut score au questionnaire EMPAS. Il s'agit d'un comportement libre, le patient réalise l'activité même s'il n'y trouve pas d'intérêt particulier parce qu'il juge ce comportement nécessaire et est donc hautement valorisé (Deci & Ryan, 2008)

On remarque également une augmentation pour tous les patients de la motivation introjectée qui se définit comme l'intériorisation des raisons pour lesquelles l'activité est pratiquée. Les pressions externes deviennent ainsi des pressions internes (Deci & Ryan, 2008).

Cette augmentation est plus ou moins importante mais est bien présente chez tous les patients qui ont terminé le protocole.

Tableau 16 : Résultats détaillés du SEPOB final et initial

	Patient A	Patient B	Patient C	Patient D	Patient E	Patient F	Patient G
<u>SEPOB 1</u>							
Alimentaire	9/10	6.1/10	7.6/10	5.2/10	8.4/10	8.1/10	5.9/10
Activité physique	9.1/10	5.7/10	7.5/10	4.6/10	7.8/10	7.7/10	6.9/10
Image de soi	8.1/10	3.3/10	7.4/10	5.3/10	7.9/10	6.9/10	5/10
Relation sociale	9.7/10	3.6/10	7.7/10	4.8/10	8.7/10	7/10	5.9/10
<u>SEPOB 2</u>							
Alimentaire	9.5/10	6.5/10	6.7/10			10/10	8.4/10
Activité physique	8.4/10	6/10	6.4/10			10/10	8.9/10
Image de soi	8.3/10	4.8/10	6.8/10			9.6/10	7.6/10
Relation sociale	9.7/10	4.6/10	7.7/10			9.3/10	7.5/10

Au regard de ces résultats détaillés, il est possible de remarquer que les scores des patients du groupe 1 ne sont pas significativement différents entre le questionnaire initial et final, comme le présente les scores totaux. En effet, il n'y a pas de changement important entre les différentes sous-catégories du SEPOB. Seule la patiente B semble avoir augmenté de façon significative son SEP relatif à l'image de soi. Elle est en effet passée d'un score à 3.3/10 au questionnaire initial à 4.8/10 au questionnaire final. Cela est renforcé par ses interventions lors du troisième entretien notamment, je cite : « *Par exemple j'ai acheté une combinaison que je ne pouvais pas porter et j'ai réussi à la mettre le jour de mon anniversaire et ça m'allait parfaitement donc j'étais trop contente* ».

En comparaison, les patients du groupe 2 eux ont augmenté tous les composants du SEP pris en compte par ce questionnaire auto-rapporté. Il est pertinent de noter que la patiente F a atteint les scores maximaux pour le SEP relatif à la nutrition et à l'AP et presque maximaux pour l'image de soi et les relations sociales. Lorsqu'elle a été confrontée à ces résultats lors de l'entretien final elle s'explique : « *Je sais que j'ai pris plus confiance en moi donc peut-être que ça joue, parce qu'il y a des questions je retourne un peu en arrière avant ma perte de poids actuelle, je n'avais pas du tout confiance moi, le regard des autres était très compliqué.* ». Elle explique que sa perte de poids est complètement reliée à une meilleure confiance en elle. Le patient G corrobore cette version pour sa propre expérience et tous deux estiment qu'après la chirurgie ils ont eu une « *nouvelle vie* ».

Enfin, il est possible de remarquer que le SEP relié à l'image de soi est le score le plus bas pour la majorité des patients lors du questionnaire initial. Ce n'est plus nécessairement le cas pour le questionnaire final où, il y a un moins grand écart avec le reste des réponses. De plus, il est possible de remarquer que pour les patients B, F et G, les scores pour le SEP relié à l'image de soi et aux relations sociales sont assez proche. Il pourrait alors y avoir un potentiel lien entre ces deux SEP.

3.2.3. Les critères observables

Enfin, pour déterminer l'évolution de l'engagement des patients, des critères observables ont été déterminés. Il s'agit pour rappel de :

- L'intention de continuer l'AP et la connaissance de sa modalité de pratique
 - Inscription dans une salle de sport/ club
 - Demande de séance de sport maison
- La compréhension des bienfaits de l'AP

Tous les patients estiment avoir compris les bienfaits de l'activité physique, ils le comprenaient déjà avant l'intervention de ce protocole universitaire. Pour ce faire, les intentions exprimées lors du dernier entretien des patients sont répertoriées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 : Intention des patients envers l'activité physique

Patients	Intentions
Patient A	Il s'est déjà inscrit dans une salle de sport et compte y aller 2 à 3 fois par semaine en y rajoutant une séance à domicile essayée ensemble.
Patient B	Elle souhaite s'inscrire dans une salle de sport près de son emploi mais n'a commencé aucune démarche et ne souhaite rien démarrer avant son opération.
Patient C	Elle souhaite s'inscrire en septembre dans un club de badminton et a commencé à contacter une association pour réaliser une séance d'essai. En attendant, elle réalise les séances maisons essayées ensemble.
Patient D	/
Patient E	/
Patient F	Elle souhaite basculer ses venues à Sport Santé Concept 3 fois par semaine et a déjà déterminé les activités qu'elle souhaite réaliser.
Patient G	Il a repris son abonnement suspendu à Sport Santé Concept et souhaite maintenir 3 séances par semaine à la fin de son suivi.

3.3. Points communs et différences intra-groupes

Il est possible de pouvoir dégager certaines tendances à l'intérieur des groupes, pré-chirurgical et post-chirurgical. Cependant, malgré les similitudes qui peuvent s'observer pour plusieurs patients d'un même groupe, elles ne sont pas nécessairement à généraliser au groupe. C'est pourquoi dans cette analyse intra-groupe, les points communs et les différences seront traitées simultanément. L'analyse qui va suivre découle des observations faites lors des entretiens et des séances réalisés avec les patients tout au long du protocole.

3.3.1. Groupe 1 : Groupe pré chirurgical

Ce groupe comprend donc initialement 4 patients, 3 femmes et 1 homme âgés entre 18 et 40 ans. Malgré une disparité au niveau de leur âge, il a été possible d'observer des points communs et des différences entre les différents patients.

3.3.1.1. La pratique physique passée et futur

Durant l'enfance et l'adolescence, tous déclarent avoir pratiqué de l'activité physique hors du contexte scolaire. Cependant, ces pratiques se sont arrêtées à l'âge adulte à l'entrée dans le monde du travail ou au début des études supérieures.

Il est intéressant de noter que 3 patients sur 4 ont déjà pratiqué en salle de sport. Seule la patiente D n'a jamais pratiqué dans ce type de structure mais cela peut s'expliquer par son âge puisqu'elle n'est âgée que de 18 ans. Malgré cela, la patiente a pratiqué chez elle des activités semblables à celles que l'on peut retrouver en salle de sport telles que le rameur, le vélo ou le renforcement musculaire.

Tous ont arrêté leur activité « fitness » au cours des dernières années pour des raisons différentes. Les patientes B, C et D ont arrêté leur pratique parce qu'elles ne percevaient aucun bénéfice, notamment au regard de leur masse corporelle. Elles ne voyaient donc plus l'intérêt de s'entraîner. En ce qui concerne le patient A, son arrêt est principalement lié à la fermeture des salles de sport lors du premier confinement et n'a pas réussi à s'y remettre seul. Il explique également qu'il a voulu trop en faire ce qui l'a découragé puisqu'il ne se voyait pas maintenir ce rythme sur le long terme. Il allait en effet à la salle de sport 4 à 5 fois par semaine et réalisait une séance d'environ 2h. La patiente D a également eu ce type de problématique avec ses exercices à domicile.

Il est difficile de savoir, pour ces patients, comment ils vont pratiquer une activité physique après le protocole. En effet, même si certains ont déjà des idées comme le patient A qui souhaite maintenir son entraînement en salle de sport et la patiente C qui souhaite reprendre le badminton en club, tous expliquent être dans le « flou » puisqu'ils sont toujours en attente d'une date de chirurgie et n'arrivent donc pas à se projeter dans le futur pour plusieurs aspects de leurs vies.

3.3.1.2. La motivation

Les patientes B, C et D expliquent ne pas avoir d'attrait particulier pour l'activité physique contrairement au patient A. Cependant tous ont été amené à pratiquer une activité au cours de leur vie.

La patiente C présente justifie son engagement dans l'activité physique parce qu'elle sait qu'il faut pratiquer, comme elle l'explique je cite : « *Ouais j'ai fait plein d'activités mais parce que je sais qu'il le faut et que c'est bon pour la santé* ». On parle alors de motivation identifiée selon le modèle de l'autodétermination de Deci et Ryan. Cela correspond alors à son score obtenu à l'EMAPS lors du premier entretien qui est de -0.3/36. Pour rappel, le score peut aller de -36 à +36, plus on s'approche de +36 plus on est autodéterminé. On peut donc estimer que la patiente C n'est pas motivé de façon optimale. En effet, lorsqu'on lui demande comment elle se sent en séance elle répond : « *Mal aux abdos... (rire). Non ça ne me plait pas. Je ne comprends pas les gens qui disent « Ah c'est trop bien j'ai fait du sport, je me suis dépassé je deviens accro* ». *Non pas du tout. Moi ça me... non pas du tout.* »

En ce qui concerne les patientes B et D, elles ont intégré SPORMED principalement par le biais d'un membre du corps médical qui recommande de perdre du poids avant la chirurgie. Elles ne se sont donc pas complètement investies dans leur protocole et ne sont venues qu'à 17 séances sur 39 pour la patiente D et 21 séances sur 39 pour la patiente B. La patiente D a tout de suite expliqué qu'elle n'aimait pas la structure, que cela ne répondait pas à ses attentes, je cite : « *[...] au début j'avais l'impression de venir pour rien quoi.* » ou encore lors du deuxième entretien « *Le lundi et le mercredi j'ai pas envie de venir, c'est pas intéressant pour moi. [...] sur le vélo ou le tapis bah je m'ennuie.* ». Pour ce qui est de la patiente B, elle manifeste un certain intérêt pour la pratique mais trouve toujours des excuses pour ne pas venir. C'est ce qui s'est passé lors du deuxième entretien que nous avons eu ensemble où la patiente n'a pas arrêté de se justifier sur ses absences comme le montre ses

dières : « *Mais y'en a plusieurs que j'ai annulé parce que je ne pouvais pas. Et le vendredi je ne pourrais pas parce que plus tôt ce n'est pas possible et pour moi plus tard non plus parce que je dois récupérer les enfants. Parce que normalement c'était à 17h et je dois récupérer les enfants à 18h30, mais y'a en plus le trafic qu'il y a, et la distance ce n'est pas pareil par rapport à où j'étais avant donc c'est plus compliqué.* ».

3.3.1.3. Le support social

Il est possible d'observer une très grande différence parmi les patients du groupe 1 au regard de leur préférence de pratique. En effet, les patientes B et C ont toutes les deux exprimées leur préférence d'une pratique en groupe avec des personnes qu'elles connaissent. Comme l'explique la patiente C lors de son premier entretien, je cite : « *Bah ce que j'avais aimé dans le bad c'est que j'avais rencontré plein de gens sympas et que c'était pas que dans la compet on s'amusait* ». Elles expliquent en effet se sentir plus motivées avec de la compagnie pour rendre la pratique moins pénible.

Contrairement à elles, les patients A et D préfèrent pratiquer seuls. Le patient A a tout de même apprécié l'activité à SPORMED qui se réalise sous la forme de petit groupe et n'a pas donné de réelle raison quant à sa préférence. La patiente D a expliqué ne pas avoir apprécié le protocole SPORMED en groupe parce qu'elle se sent observée et jugée mais aussi parce qu'elle était beaucoup plus jeune que le reste du groupe, elle s'explique : « *je n'aime pas qu'on me voit en chier, heu pardon, mais qu'on me voit et je préfère faire mon truc seule et que ça dure le temps que je veux* ». On peut alors supposer que la pratique en groupe ne soit pas quelque chose de motivant pour la patiente qui peut même avoir l'effet inverse.

3.3.1.4. Le choix de la chirurgie

Tous ces patients sont donc présents au sein de SPORMED dans le cadre de leur parcours de préparation à une chirurgie bariatrique. Cependant, le rapport au protocole diffère en fonction des individus.

En effet, bien qu'il soit inclus dans ce parcours, le patient A espère ne pas avoir besoin d'un recours à une chirurgie bariatrique. Il explique que son médecin l'a orienté vers ce parcours au regard de son envie de passer le concours de la gendarmerie. Mais, même inclus dans le parcours, la chirurgie n'est pas une finalité et il espère pouvoir perdre suffisamment de poids pour ne pas y avoir recours. Il se justifie lorsqu'il lui a été demandé pourquoi il espère

ne pas faire de chirurgie, je cite : « *Parce que c'est une opération déjà. Et puis si je peux éviter tout ce qui est la partie post opération le suivi etcetera donc voilà si je peux l'éviter ça m'arrange.* ». Il a atteint cet objectif puisqu'après un rendez-vous avec son chirurgien et son endocrinologue début avril, la décision a été prise de mettre son parcours en attente. Il a réussi à perdre 25 kilos depuis novembre, c'est pourquoi ils ont pris la décision ensemble d'attendre septembre pour voir si le patient va réussir à continuer sa perte de poids prometteuse.

En ce qui concerne les patientes B et C, elles réfléchissaient à la possibilité de faire cette chirurgie depuis plusieurs années mais c'est un membre du corps médical qui les a amenées à s'engager dans ce parcours. La patiente C explique : « *Alors j'y pensais déjà depuis pas mal d'années, et en fait c'est mon gastro qui a fait bouger les choses. [...] Il a été l'élément déclencheur* ». Toutes les deux justifient leur choix de l'opération pour des raisons de santé et de bien-être. En effet lorsqu'il a été demandé à la patiente B ses raisons de réaliser une chirurgie elle a répondu : « *Bah par rapport à mon surpoids, mon boulot, les enfants du coup je veux perdre du poids surtout pour ma santé, surtout par rapport au travail que je fais. Je suis fonction AS en EPHAD et du coup c'est un travail qui fatigue beaucoup surtout au niveau des articulations et l'essoufflement et tout. Et sachant que plus on est trop gros en masse... comment dire ça... l'IMC, on a plus de risque d'avoir des maladies de cœur et tout donc c'est pour ça que je veux faire la chirurgie* ».

Enfin, la patiente D est, elle, à l'origine de son entrée dans le parcours de chirurgie bariatrique. En effet, malgré son jeune âge, elle est allée voir son médecin traitant pour lui demander de lui prescrire cette opération. Elle explique : « *Ouais après en plus elle (son médecin) me connaît depuis que je suis toute petite donc elle a toujours l'impression que j'ai 3 ans quoi. Et du coup au début elle me dit « Ouais mais tu es jeune et tout machin » et je lui expliquais que bah moi en fait j'en pouvais plus je faisais tout le temps des efforts, des efforts, des efforts qui menaient à rien et du coup pour moi c'était une source de motivation quoi. Je me dis si je fais ça après, parce que là, en soit, faire de l'activité physique et tout c'est bien mais tu montes les escaliers tu es au bout de ta vie euh c'est vraiment un point de départ.* ». Le corps médical bien que réticent au premier abord a finalement accepté son entrée dans le parcours.

3.3.2. Groupe 2 : Groupe post-chirurgical

En ce qui concerne le groupe post-chirurgical, il est composé de 3 patients, 2 femmes et 1 homme âgés entre 35 et 50 ans. Ils ont tous réalisé une chirurgie bariatrique sur la seconde moitié de l'année 2021.

3.3.2.1. La pratique physique passée et future

Au sein de ce groupe, tous les patients ont déjà réalisé un premier protocole à SPORMED avant leur chirurgie, ils étaient déjà tous familiers avec l'activité physique adaptée. Cependant, ils n'ont pas tous le même rapport cette activité physique.

En effet, les patients F et G ont été plutôt actifs durant leur jeunesse mais ont arrêté une fois dans la vie active. Le patient G témoigne : *« Oui c'est ça. Quand les études ont pris un peu le pas. Et quand j'ai commencé à bosser comme beaucoup de monde c'était zéro sport »*. Tous deux ont cependant essayé de reprendre un peu d'activité physique à l'âge adulte, le patient G en essayant d'aller nager et la patiente F en allant en salle de sport. Ils ont donc régulièrement alterné les phases de sédentarité et les phases d'activité. Cela n'a pas tenu parce qu'il y avait une lassitude ou le sentiment de jugement, ce qu'a notamment ressenti la patiente F comme elle l'explique lors de son premier entretien : *« On voit d'autres personnes qui viennent faire du sport et on sent qu'ils nous regardent alors qu'ils ne nous regardent peut-être pas mais en fait on a toujours l'impression d'être épiée et regardée alors que c'est psychologique [...] »*.

Contrairement à eux, la patiente E n'a jamais pratiqué d'activité physique avant son premier protocole au sein de SPORMED. Elle ne pensait pas apprécier et finalement, elle y a pris goût. Elle déclare : *« J'ai une activité intense le mardi niveau particulier et le travail tout ça enfin de particulier et de pro c'est la journée où elle est très chargée, j'avais ce petit manque qui est apparu « Oh j'aurais bien fait ½ heure de marche, de tapis de marche » »*. Elle explique être elle-même surprise par l'engagement dont elle fait preuve pour maintenir le nombre de séances par semaine.

Les 3 patients souhaitent s'inscrire à Sport Santé Concept, l'association reliée à SPORMED, à la fin de leur protocole. Les patients F et G ont déjà été inscrits entre la fin de leur premier protocole et leur chirurgie. Tous expliquent ce choix par un sentiment de confort puisqu'ils connaissent la structure ainsi que les EAPA qui sont les mêmes qu'à SPORMED.

En effet, le patient explique « *Nan je pense retourner à Sport Santé Concept, ça reste assez idéal. J'habite à 15 minutes, je connais... je retrouve des gens que je connais que je croise lorsque je vais à mes séances à moi. Je connais les coachs, je connais les protocoles et donc tout de suite ça fait un petit confort qu'on apprécie* ». De plus, ils rajoutent que ça leur permet de s'organiser soit en planifiant les séances comme la patiente E, soit en ayant la possibilité d'adapter en fonction de l'emploi du temps professionnel comme la patiente F.

3.3.2.2. La motivation

Les patients apprécient venir de à SPORMED et également à Sport Santé concept. En effet, la patiente F répond lorsqu'on lui demande comment elle se sent avant de venir en séance et si ça lui plaît : « *Ah bah oui je suis contente de venir* ». Le patient G répond le même type de réponse à savoir : « *Non c'est un vrai plaisir de venir [...] en plus le boulot c'est pas top en ce moment donc ça fait du bien de sortir et de se dire qu'on va aller au sport* ». On comprend alors que le sport lui permet également de décompresser.

Il est possible à partir de ces réponses de catégoriser leur motivation de motivation intrinsèque selon la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan. En effet, les patients prennent du plaisir à venir à la structure sans qu'il ne semble y avoir de contrepartie. Cependant, les dires des patients et leur score au questionnaire EMAPS semblent être en discordance. En effet, lors du premier entretien, la patiente F a obtenu le score de 6/36 ce qui ne correspond pas à une motivation intrinsèque. Au dernier entretien, elle a cependant eu un score bien plus élevé de 28.3/36. Elle explique que sa perte de poids a eu un gros impact depuis ces 12 dernières semaines, ce score semble donc davantage correspondre aux dires et aux agissements de la patiente.

Le cas de la patiente E est légèrement différent. En effet, elle explique qu'elle apprécie venir en sport, mais surtout qu'elle venait car elle ne voulait pas perdre toutes les capacités qu'elle avait déjà acquies et donc ne pas reprendre tout le poids perdu. Elle sait qu'elle doit venir mais a cependant encore du mal à se projeter dans le futur, en effet elle s'explique : « *le but c'est pas d'arrêter au bout de 6 mois quoi. Je souhaite quand même avoir cette activité la qui me maintient et que je sais que quand je ... des fois c'est dire « Oh la la faut que j'y aille* ». ».

Dans ce cas-ci, il est possible de parler de motivation extrinsèque intégrée selon la théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan. En effet, même si la patiente ne trouve pas l'activité déplaisante, elle la pratique principalement pour les bienfaits. De plus, cela correspond à son nouveau mode de vie post-chirurgical où l'activité physique et la diététique doivent être respectés afin de garantir la réussite de l'opération. Il s'agit du niveau le plus autodéterminé après la motivation intrinsèque ce qui correspond à son score à l'EMAPS qui est de 23.6 sur 36 lors du premier entretien.

3.3.2.3. Le support social

De plus, les 3 patients expliquent l'importance de l'environnement social pour leur pratique physique. Même s'ils arrivent parfois à pratiquer seuls, l'effet de groupe est important afin que ce soit un moment de convivialité et pas juste de sport.

En effet, la patiente E souhaite s'inscrire à Sport Santé Concept mais en y amenant d'autres patientes avec qui elle était en protocole post-chirurgical. En effet, elle a tissé des liens importants avec ces femmes et ne voit pas le temps passer en leur compagnie sur le vélo. Même si elle sait qu'elle ne doit pas uniquement baser sa pratique sur elles, elle estime qu'il s'agirait d'un facteur facilitateur, elle s'exprime : *« Oh non quand je viens c'est par plaisir, mais c'est aussi peut-être parce qu'on est en groupe que c'est plus facile [...] je trouve ça aide d'être en groupe et de connaître les gens qui sont dans notre groupe »*.

Quant à la patiente F, elle sait qu'elle a besoin d'être entourée pour pratiquer. En effet, elle explique que c'est la raison qui l'a amené à arrêter la salle de sport, je cite : *« Après on va dire que pendant un an même 2 ans j'ai fait du sport en salle où ça se passait très bien mais en fait parce qu'on y allait à plusieurs. Et en fait quand je suis toute seule j'ai pas la motivation d'aller en salle de sport, donc j'ai arrêté »*. C'est pourquoi elle souhaite s'inscrire à Sport Santé Concept. En plus du confort de connaître la structure, elle connaît les pratiquants dont certains d'entre eux sont des patients avec qui elle a réalisé son premier protocole.

Enfin le patient G se trouve dans une situation semblable à celle de la patiente F. En effet, il aime Sport Santé Concept car il retrouve les connaissances faites lors de son premier protocole. Il témoigne également que le peu de sport qu'il réalise seul est dur à mettre en place. Il raconte notamment ses premières semaines post-opératoires, je cite : *« Le sport ça a été dur au départ en décembre car c'était tout seul, fallait que j'ailler marcher tous les jours.*

J'ai pas marché tous les jours, j'ai pas réussi et puis il faisait pas beau, on a eu un mois de décembre assez pourri. Donc ouais j'attendais avec impatience mon retour à SPORMED »

3.3.2.4. Le choix de la chirurgie

Enfin, même s'ils n'ont actuellement pas beaucoup de recul à propos de leur chirurgie, aucun patient ne regrette sa décision de l'avoir réalisé. Cependant, leur parcours permettant d'arriver à la chirurgie a été très différent.

En ce qui concerne la patiente E, l'idée de réaliser une chirurgie a mûri dans son esprit pendant deux ans. Ses explications quant à son choix de chirurgie sont les suivantes, je cite : *« J'ai voulu faire des opérations plus pour le problème de poids au quotidien, pour pouvoir travailler [...] c'était mon idée donc je l'ai murie pendant 2 ans, avant de faire la première démarche »*. Ainsi la patiente n'a pas pris la décision sur un coup de tête mais a bien pris le temps d'y réfléchir. Elle explique cependant que ce qui la gênait le plus dans son surpoids était son état au travail. Il est alors possible de supposer que son emploi représente beaucoup pour elle.

La patiente F avait déjà eu l'opportunité de réaliser une chirurgie bariatrique 8 ans auparavant. Elle avait cependant refusé à l'époque, elle ne se sentait pas prête. Cependant, il y a 2 ans, elle a fait un burn-out à cause de son emploi et est déclarée dépressive depuis. Elle est donc suivie par une psychologue avec qui elle a évoqué ses problématiques de poids ce qui a débouché par une entrée dans le parcours de chirurgie bariatrique. Elle se sentait alors prête à entreprendre ce processus. Elle explique, je cite : *« Du coup j'ai repris rendez-vous avec mon médecin traitant et je lui ai dit que ça y est je voulais me faire opérer et que ça y est je me sentais prête et que je le faisais vraiment pour moi et pas pour des personnes qui me disent forcément que je dois faire une opération par rapport à mon obésité. »*. Il s'agit donc d'un projet qui a murement été réfléchi par la patiente.

Enfin, le patient G avait déjà réalisé un premier protocole en 2017 à SPORMED qui c'était très bien passé, mais tous les bénéfices ont été perdus à cause de la crise sanitaire. La structure l'a donc rappelé pour refaire un protocole, ce qu'il a accepté et a été inclus dans un parcours de chirurgie bariatrique. Cependant, il explique que ça n'a pas été une décision facile à prendre, il s'exprime : *« Honnêtement au départ je voulais pas trop le faire. Je trouvais que*

c'était presque une défaite de me dire que j'y ai pas réussi tout seul ». Son parcours a donc duré 18 mois ce qui lui a permis de prendre le temps de réfléchir à sa décision.

Ainsi, les trois patients ont donc pris le temps de réfléchir à cette chirurgie, et ils comprenaient tous qu'il s'agit d'un acte chirurgical lourd.

3.4. Points communs et différences inter-groupes.

Malgré des profils qui se ressemblent au sein même des groupes, il est également possible de trouver des ressemblances en comparant les deux groupes. Dans cette partie, les points communs et les différences inter-groupes seront présentés séparément.

3.4.1. Points communs

3.4.1.1. Régime alimentaire

Tous les patients expliquent avoir eu, ou toujours avoir un rapport compliqué voire chaotique, pour certains, avec la nourriture.

En effet, certains expliquent trouver dans la nourriture un certain réconfort, notamment dans les périodes compliquées.

Par exemple, la patiente B explique que lorsqu'elle n'est pas chez elle, qu'elle perd tous ses repères, son alimentation est perturbée. Pendant le confinement, elle raconte que sa reprise de poids était devenue une obsession ce qui a encore plus perturbé son rapport à la nourriture. Elle témoigne : « *Je mangeais mais je me dégoûtais à manger donc j'avais des épisodes en mode je me fais vomir et tout et là je me suis fait peur* ». On comprend alors que la nourriture était tant une source de confort que d'angoisse. On peut alors parler d'alimentation affective. Ça a également été le cas d'autres patients comme le témoigne la patiente F. Elle explique lors de son dernier entretien qu'elle trouvait un certain réconfort dans la nourriture, qu'en cas de stress liée à son burn-out elle mangeait.

De plus, certains patients se dirigeaient vers la simplicité en commandant des plats préparés, en mangeant de la nourriture de fast food. En effet, le patient A, par exemple, explique que c'est son métier d'agent de sécurité qui l'a amené à davantage manger de la « malbouffe », il raconte : « *[...] être appelé à 2h du matin et donc trouver quelque chose à manger, donc bah on se fait livrer parce que y'a pas 36 choix. Donc effectivement quand on fait que des repas de fast-food etc., à un moment ça aide pas* ». En ce qui concerne les patients G et F, il s'agissait d'aller manger dans les endroits proches de leur lieu de travail. La patiente F explique lors de son dernier entretien : « *Bah et puis le midi on mangeait ce qu'il y avait à proximité c'est-à-dire Mcdo, Burger King... ça aide pas.* ». Tous maintenant préparent leur repas en amont pour éviter de succomber à la solution de facilité grâce à leur suivi avec un professionnel de la nutrition.

Enfin, tous les patients ont eu des pertes et des prises de poids répétées tout au long de leur vie. Pour certains, cela relève de régime dit « régime yoyo », comme c'est le cas pour les patients A, B, C, E et F. La patiente F explique : « *J'ai fait plusieurs régimes j'arrivais pas ça faisait le yoyo, j'ai réussi à perdre des 20 kilos, des 15 kilos et les reprendre après tout et puis au bout d'un moment, comme ça pénalise dans le travail* ». Pour les patients D et G, les variations de poids sont également venues des régimes mais également des prises en charge en centre de soins qui ont échoué. En effet, le patient G avait déjà réalisé un protocole à SPORMED en 2017 qui n'a pas réussi à engendrer une perte de poids pérenne. La patiente D a été prise en charge dans un établissement de santé spécialisé pour les adolescents en situation d'obésité, cependant elle témoigne que dès sa sortie, son poids était une obsession : « *Et déjà en sortant de l'hôpital j'avais repris du poids, enfin pas tout de suite tout de suite mais au fur et à mesure quoi. Et j'avais trop peur de reprendre du poids* ».

Aujourd'hui, les patients estiment en majorité avoir un meilleur rapport avec leur alimentation grâce au suivi dont ils bénéficient.

3.4.1.2. Choix des pratiques réalisées lors du protocole :

La gym urbaine a été proposée à tous les patients au début de l'intervention (Cf annexe 10 : Présentation de la gym urbaine). Il s'agit d'une discipline qui se pratique dehors en alternant les phases de cardio et de renforcement musculaire. Pour ce faire, il s'agit de s'appuyer sur le matériel urbain. Cette discipline s'apparente au parkour mais l'idée est de l'adapter. Elle ne requiert aucune implication financière ni de déplacement. Les patients ont donc eu la possibilité de tester cette discipline dans le cadre de SPORMED. Seulement 2 ont été intéressés pour la réalisation d'une séance d'essai. Il s'agit de la patiente B du groupe pré-chirurgical et de la patiente F du groupe post-chirurgical. Cette activité ne semble donc pas se destiner à un groupe particulier. De plus, il est possible de remarquer que ces patientes ont des enfants dans leur entourage proche. La patiente B est maman de deux enfants de moins de 10 ans, et lorsque je lui ai proposé une activité qu'elle pourrait réaliser avec ses enfants elle répond : « *Oui avec mes enfants parce que je vais plus être avec eux* ». De même, la patiente F a un neveu de 3 ans avec qui elle a vécu et a une relation particulière. Elle raconte : « *Et puis entre-temps j'ai eu un petit neveu et pour moi ça a été un déclic. Parce que bon j'avais du mal à monter les escaliers une fois arrivée en haut j'étais très essoufflée, je pouvais pas courir avec lui, il me disait viens tata on va faire-ci on va faire ça, sauf que je pouvais pas* ». La

gym urbaine a été présentée comme une activité ludique, pouvant se pratiquer à plusieurs et avec des enfants. Cela a été un élément important à considérer pour les deux patientes ce qui a influencé leur engagement pour cette activité. Cela reprend le principe de l'environnement social significatif qui est primordial.

La respiration afghane a été proposée aux patients qui exprimaient une difficulté à prendre du temps pour soi, ou à trop penser (Cf annexe 11 : Pitch de la respiration afghane). La respiration afghane s'inspire de la marche afghane. Cette marche a pour principe de caller ses pas sur sa respiration sur des temps plus ou moins long (Yvan, 2018). Cette pratique a notamment intéressé les patients B, E et F. Si la patiente D avait continué le protocole, cette pratique lui aurait également été proposée au vu des échanges lors de l'entretien initial. Ainsi, il est possible de remarquer qu'il s'agit de deux patientes du groupe 1 et deux patientes du groupe 2, mais qu'il s'agit uniquement de femmes.

3.4.1.3.L'impact du milieu professionnel

L'ensemble des patients ont un rapport à leur emploi, leur milieu professionnel qui est compliqué. En effet :

- **Patient A** : son métier d'agent de sécurité lui impose un rythme décalé ce qui lui a provoqué des désordres alimentaires. En effet, par soucis de praticité ou de fatigue, le patient se dirigeait régulièrement vers du fast-food ou de la nourriture toute prête. De plus, cela impactait également son sommeil puisqu'il réalisait beaucoup d'heures et de remplacements lui provoquant un stress quasi constant.
- **Patient B** : son métier lui impose des horaires coupés qui peuvent être perçus comme très contraignants. Lors des entretiens, la patiente explique toujours qu'elle ne peut pas pratiquer d'activité physique à cause de son emploi qui lui prend trop de temps et qui la fatigue beaucoup. Elle explique également qu'étant mère célibataire, coupler le travail et les enfants ne lui permet pas de prendre du temps pour elle.
- **Patient C** : au chômage au début du protocole, la patiente a trouvé un emploi en tant que commerciale itinérante. Cependant, après 2 mois de poste, elle a décidé de quitter son entreprise. Elle explique qu'elle ne se sentait pas bien, ce qui lui a ainsi généré du stress supplémentaire.
- **Patient D** : actuellement en licence de psychologie, la patiente cherche à se réorienter dans une formation pour devenir éducatrice spécialisée. Elle travaille

cependant en supérette, un emploi qu'elle n'affectionne pas particulièrement et qui la fatigue beaucoup.

- **Patient E** : cheffe de sa propre entreprise, la patiente ajuste sa vie personnelle en fonction de sa vie professionnelle. En effet, son mari et deux de ses enfants travaillent dans cette entreprise, et c'est toujours elle qui remplace ses employés en cas d'absence. Cela l'empêche de prendre du temps pour elle et cela depuis des années.
- **Patient F** : la patiente a subi du harcèlement moral au sein de son établissement professionnel ce qui l'a amené à un burn-out il y a 2 ans. Elle a repris le travail depuis, mais a été en arrêt avant et après son opération puisque le harcèlement avait repris de la part de son supérieur. Elle reprend donc son travail à la fin de son protocole à un autre poste, limitant tout contact avec ce supérieur en question.
- **Patient G** : le patient explique avoir débuté un burn-out en été 2021 à cause de certains de ses supérieurs, c'est d'ailleurs cela qui l'a amené à accepter la chirurgie. Depuis, le patiente ne travaille plus avec ces supérieurs-là.

On comprend alors que la vie professionnelle est très liée à la vie personnelle et peut notamment influencer la prise de poids, ou au contraire le maintien de la perte de poids après la chirurgie. En fonction de ces profils il est possible d'émettre des hypothèses quant au futur des patients.

3.4.1.4. Utilisation du carnet

Tous les patients se sont prêtés à l'expérience de l'utilisation du carnet à l'exception de la patiente C. Cependant, la mise en place n'a pas été faite pour tous les patients au même moment, Lorsque j'ai posé la question à la patiente C si elle avait commencé à remplir le carnet elle a répondu : « *Non pas encore, je te vois c'est pour ça que je t'en parle.* ». Pour elle, les séances suffisaient à faire le point sur la mise en place de ses actions.

Au contraire, le patient G a commencé à remplir le carnet dès la première phase de l'expérience. Les patients A et F ont attendu le deuxième entretien pour commencer à l'utiliser, et la patiente B a attendu le troisième entretien. Le ressenti des patients sur cette utilisation sera davantage développé dans la partie discussion. Cependant, il est possible de noter que tous les patients n'ont pas eu les mêmes retours au regard de ce carnet.

3.4.2. Différences

Les patients présentent également des différences en fonction des groupes.

3.4.2.1. Motivation

Dans un premier temps, il a été noté que certains patients des deux groupes n'avaient pas d'attrait particulier pour l'activité physique. Nous pouvons nommer les patientes B et C pour le premier groupe et la patiente E pour le deuxième groupe.

Cependant, la patiente E s'est rendue compte qu'elle ressentait un manque sur les jours où elle n'avait pas de séance à SPORMED. Cela s'oppose complètement aux patientes B et C qui n'éprouvent toujours aucun plaisir à venir, il s'agit davantage d'une contrainte interne « *parce qu'il le faut* ».

Le cas de la patiente D est encore différent puisque comme dit précédemment, elle n'éprouve aucun plaisir à venir à SPORMED. Cependant, elle apprécie l'activité physique en règle générale. Elle l'exprime notamment lors du deuxième entretien : « *Après la balnéo je me sens bien, on est tout propre quand on sort d'ici. Et puis le vendredi on se sent fière d'avoir réussi à soulever les poids donc ça va* ». Il s'agit donc principalement des pratiques proposées et de la structure qui ne conviennent pas aux attentes de la patiente.

3.4.2.2. Le choix des pratiques

Il est à noter que le renforcement musculaire à domicile a été proposé à tous les patients, mais n'a séduit que des patients du groupe pré-chirurgical. En effet, les patients A et C ont eu l'occasion de tester des séances de renforcement musculaire qu'ils peuvent ainsi reproduire chez eux. Dans le cas du patient A, les séances à domicile permettent de conserver une séance lorsqu'il n'a pas envie de se déplacer jusqu'à sa salle de sport. Cela est d'ailleurs arrivé pendant le protocole, il raconte « *Eh bien j'ai fait que à la maison pour l'instant parce que j'avais pas la motivation de me déplacer* ». Dans le cas de la patiente C, ces séances doivent permettre la continuité de l'activité physique, car je cite : « *Mais là j'ai commencé le sport, le but c'est de voilà, d'attendre septembre pour m'inscrire dans un club parce que je ne vais pas m'inscrire là. Donc le but c'était que l'on fasse des trucs ensemble avant la rentrée.* ».

La patiente D aurait également dû tester ces séances s'il n'y avait pas eu d'abandon. Au contraire, les 3 patients du groupe post-chirurgical souhaitent poursuivre l'activité physique au sein de Sport Santé Concept et sont convaincus qu'ils maintiendront leur assiduité.

Enfin, tous les patients, à l'exception du patient G, ont testé des pratiques qu'il s'agisse de renforcement musculaire ou des pratiques moins classiques. Contrairement aux autres patients, il a été en phase intensive pendant la majeure partie de ce protocole, aussi, l'ajout de séance n'a pas été abordé avant le 4^{ème} rendez-vous. De plus, il projette déjà sa pratique au sein de Sport Santé Concept. Pour le patient G, les bilans étaient principalement là pour consolider la mise en place des plans d'actions et ainsi faire le point. En effet, il explique : « *Oui il faut un peu d'incitation même sans parler de contrainte, ça aide à initier les actions. Avoir fixer les objectifs de deux fois par semaine ça permet de savoir ce qu'il faut faire* ». En effet, lors de ce protocole la mise en place de déplacements actifs réguliers a été l'une des lignes directrices de notre prise en charge avec le maintien de la cuisine maison. Ainsi, les bilans permettaient d'évoquer des stratégies de mise en place afin de favoriser l'insertion des plans d'actions dans le quotidien. Cependant, c'est lors du dernier bilan que le patient a testé une séance de renforcement musculaire pour potentiellement combler une séance non réalisée ou pour rester actifs lors de potentiels déplacements professionnels.

3.4.2.3. Projection dans l'avenir

Il est possible d'observer une grande différence entre les deux groupes, il s'agit de la capacité à se projeter dans le futur.

En effet, les patients du groupe pré-chirurgical ont beaucoup plus de mal à se projeter dans l'avenir. Par exemple la patiente C témoigne : « *Je me suis fixée mais rien du tout. Bah déjà je vais dans l'inconnu vis à vis de la chirurgie. Je ne sais pas du tout quand ça va être ni même quand est-ce que je passe en commission ça j'en sais rien.* ». On retrouve le même type de témoignage chez la patiente B par exemple. Mais dès lors qu'elle a eu sa date de chirurgie, la patiente B n'a pas souhaité commencer à s'investir dans une activité physique avant son opération. En effet, elle prétend faire ça plus tard et au contraire je cite : « *Pour l'instant je ne vais pas m'inscrire puisque je me fais opérer bientôt [...] je préfère faire toutes les choses que j'ai à faire à la maison que je ne pourrais pas faire après* ».

C'est un discours qui n'est pas retrouvé dans le groupe post-opératoire. Au contraire, les patients F et G se sentent confiants sur la continuité de leur activité physique à Sport Santé Concept.

Malgré ces quelques différences intergroupes et leur singularité, les profils généraux des patients contiennent de nombreuses ressemblances. Il est donc pertinent de se questionner sur l'importance des différences et sur ce que cela peut engendrer.

IV) Discussion

Les sept patients ont donc participé à cette étude universitaire d'une durée de 12 semaines, mais seulement cinq l'ont terminé. Dans cette partie, nous allons exposer les retours des patients et étudier les critiques sur les résultats obtenus.

4.1.Limites et perspectives du projet :

Le projet propose un suivi rapproché sur un court terme, très peu de temps avant ou après la chirurgie. Cela ne permet donc pas d'avoir une vue de l'engagement sur le long terme. Nous ne pouvons que le supposer.

Claude Jaffiol met en avant la problématique des perdus de vue à la suite d'une chirurgie malgré le risque de rechute et de complications sur le long terme. En effet, seuls 12% des patients estiment avoir un suivi satisfaisant 5 ans après leur chirurgie.

Dans notre cas, les personnes opérées présentes sont encore dans la phase dite de honeymoon donc n'ayant pas encore de complications, de stagnation ou de reprise de poids. On peut alors se poser la question de l'effet du même type d'intervention de suivi chez des personnes qui sont à 1 an 1 an 1/2 de leur chirurgie. Est-ce que le carnet aurait été maintenu ? Est-ce que la fin de honeymoon et la transition à la vie normale auraient été plus aisés ? C'est un sujet qui peut amener un approfondissement de recherche.

De plus, bien que les résultats nous offrent un profil pour chacun des patients et que des tendances semblent se dessiner, il n'est pas possible d'en faire une généralité. En effet, seuls 5 patients ont mené l'expérimentation à terme pour un échantillon initial de 7 patients. Le groupe d'analyse est donc trop restreint pour convenir de conclusions définitives.

En revanche, il est pertinent de poursuivre ce type de travail afin de l'approfondir davantage. Il est attesté que l'accompagnement des patients permet de favoriser leur engagement en activité physique et sur les changements de comportement en général (Jaffiol et al., 2017) (A. Lequerica & Kortte, 2010). Il est maintenant intéressant de déterminer les meilleures modalités d'accompagnement.

Enfin, il est recommandé de prendre en compte, d'une part, l'histoire des patients comme ce qui les a amenés à pratiquer une AP de cette façon et d'autre part de suivre de

façon assidue le patient, (Favier-Ambrosini & Delalandre, 2018), cela demande des ressources humaines et temporelles très importantes que beaucoup de structures ne peuvent pas s'offrir.

En effet, même si ce projet a eu un intérêt et que des EAPA en poste à SPORMED s'y sont intéressés, ils n'ont pas le temps de le reproduire, leurs bilans étant déjà très contraints par le temps. C'est pourquoi l'insertion de ce projet dans des structures de soins reste utopique si le nombre de postes n'est pas augmenté. Il est peut-être plus facilement applicable à des structures libérales dans lesquelles le nombre de patients et l'organisation d'équipes sont plus flexibles.

4.2. Les abandons

Comment indiqué précédemment, plusieurs patients ont abandonné le protocole en cours de réalisation. Nous pouvons nous demander quels sont les raisons de ces abandons. Ils sont malheureusement fréquents dans le domaine de la santé. On appelle cela l'abandon thérapeutique.

Certains auteurs parlent du phénomène du drop-out ou abandon thérapeutique précoce (Gaudriault & Joly, 2013). Selon l'ouvrage de Gaudriault et Joly, des études sont réalisées à ce sujet depuis les années 50. Les résultats restent sensiblement les mêmes avec plus de 50% des patients qui arrêtent leur thérapie après quelques séances peu importe le type de suivi. Pour aller plus loin, ils expliquent que selon un écrit de Brandt en 1965, 36% des patients ne reviennent pas après leur première séance de thérapie. L'abandon précoce des patients inclus dans cette étude semble donc être en accord avec ces chiffres.

Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. Il existe des schémas qui se retrouvent chez une grande partie des patients. Effet, lorsque le patient se représente la thérapie comme obligatoire, pas ou peu utile pour lui, il ne va pas continuer son investissement. En revanche, si le patient ressent le besoin de partager ses expériences, son adhésion à un programme sera favorisée (Croiset, 2019).

Cependant, même si ces explications peuvent se généraliser à beaucoup de patients, des raisons personnelles peuvent également impacter ce choix.

4.2.1. *Patiente D :*

Pour rappel, la patiente D est une jeune femme de 18 ans, à l'origine de sa demande d'opération et qui a commencé son protocole en novembre 2021. Elle a donc abandonné le programme entre sa 2^{ème} et sa 3^{ème} séance. L'abandon de notre collaboration résulte de son arrêt d'adhésion au sein de la structure SPORMED. Elle a en effet expliqué lors de son premier entretien qu'elle ne voyait pas l'intérêt de venir « [...] au début j'avais l'impression de venir pour rien quoi. ». Cela correspond donc aux observations faites par Aurélie Croiset en 2019.

De plus, la patiente a énoncé dès son premier entretien son manque d'affiliation sociale avec son groupe au sein du protocole. En effet elle explique, de façon peu explicite, qu'elle ne

se sent pas intégrée parce que ce sont des personnes beaucoup plus âgées qu'elle, je cite : « *bah je suis pas vraiment avec des gens de mon âge tout ça quoi donc bon* ». Cela entrave donc son besoin d'affiliation sociale qui est développé par Deci et Ryan, ce qui entrave la motivation d'un individu selon leur théorie de l'autodétermination.

De surcroît, la patiente a pris du poids lors de son protocole. Pour faire référence au tableau 6, son IMC était à 43.9 au début de son protocole SPORMED et de 45.1 à la fin. Or, elle souhaitait perdre du poids avant sa chirurgie. Son besoin de compétence, décrit par Deci et Ryan, n'est donc pas satisfait. De plus, il semblerait que les patients qui atteignent leurs objectifs initiaux maintiennent plus facilement leur perte de poids et leur engagement (Michaud, 2008). Ainsi, son avis quant à l'inutilité de ce protocole s'est renforcé, et elle n'a donc pas perçu l'intérêt de maintenir son engagement.

Enfin, le manque d'affiliation sociale peut également résulter du fait que la patiente n'aimait pas réaliser de l'activité physique en groupe. Elle explique qu'elle se sentait toujours jugée que cela soit par les autres patients ou par le personnel soignant. Cependant, dès lors où l'on se sent jugé, on rentre dans un cercle vicieux qui entraîne de la honte et de l'appréhension à venir à une séance ce qui peut entraîner à terme l'arrêt de la pratique (Parent, 2018). Même si ce jugement est peut-être plus ressenti que réel, il est important de le considérer pour s'adapter. Les moqueries sont des éléments négatifs pour l'estime de soi, et malheureusement 42% des étudiants en surpoids en sont victimes, provoquant des sentiments négatifs tel que la tristesse voire la dépression (Greenleaf et al., 2017).

Tous ces éléments peuvent donc avoir participé à l'abandon du programme SPORMED par la patiente et par conséquent, l'arrêt du protocole universitaire.

4.2.2. *Patiente E*

Pour rappel, la patiente E est une femme de 50 ans, chef de son entreprise qui a subi une chirurgie bariatrique en été 2021. Elle a donc arrêté le protocole entre le 2^{ème} et le 3^{ème} entretien. L'abandon de notre collaboration s'est réalisé après la semaine du troisième entretien, il n'a pas eu lieu à cause d'un souci professionnel et n'a jamais pu être reprogrammé.

Il est alors important de souligner le statut socio-professionnel de cette patiente. En effet, elle est mariée avec 4 enfants adultes, mais surtout elle est à la tête d'une entreprise. Or

selon Aurélie Croiset : la catégorie socio-professionnelle impacte la participation à un programme d'ETP de chirurgie bariatrique. Ainsi, les parents, les employés ou les auto-entrepreneurs auront plus de mal à trouver du temps ce qui correspond au profil de la patiente.

De plus, lors du premier entretien, la patiente a déclaré qu'elle ne savait pas prendre du temps pour elle. En d'autres termes, elle fait passer son travail avant ses besoins personnels. Elle explique que toute son enfance elle a été rabaissée par sa mère avec les termes je cite « [...] toute mon enfance, j'ai eu une enfance assez difficile, j'ai toujours eu ma mère qui m'a dit que j'étais une bonne à rien, que j'étais une feignasse et que voilà. Et donc du coup ça me suit, et je suis toujours en train de me dire « non je suis pas une feignante, non je suis pas une ... ». Ces préjugés sont ceux qui sont régulièrement affiliés aux personnes en situation d'obésité dans le monde professionnel (Coudin & Souletie, 2016). Aussi, au vu de son statut, il est possible que la patiente souhaite aller à l'encontre de ces préjugés, de façon consciente ou non, et de placer au second plan les activités qui ne sont pas relatives à son travail.

Ces éléments permettent d'expliquer l'abandon de la patiente E mais posent également des interrogations quant au maintien de l'activité physique sur le long terme.

4.3.Retour sur les résultats

A partir des données collectées nous avons donc eu accès à de nombreux résultats que cela soit par les questionnaires remplis par les patients ou par leur témoignage lors des entretiens. Nous allons donc revenir sur certains aspects de ces résultats.

4.3.1. Retour sur les motivations

Il est possible d'observer des variations très importantes du score à l'EMAPS pour les patients B et F.

Dans le cadre de la patiente B, il y a eu une très grosse baisse du score en passant de 18/36 à -1/36 respectivement au début et à la fin de l'étude. Cependant, lorsque la patiente avait rempli le questionnaire pour la première fois, elle avait posé beaucoup de questions et ne trouvait pas les questions claires contrairement au dernier entretien. Il est possible de supposer que les résultats ne sont pas représentatifs de la motivation de la patiente du fait d'un manque de compréhension. Le deuxième score à l'EMAPS qui est de -1/36 semble davantage correspondre aux agissements de la patiente. En effet, lors du dernier entretien, lorsque je lui ai demandé comment elle comptait continuer l'activité physique jusqu'à sa chirurgie en juin, elle a répondu : « *en fait pour moi pour l'instant c'est pas la priorité. Parce qu'après je vais devoir rester un mois sans rien faire, où je ne pourrais pas faire tout ce que j'ai à faire et du coup je préfère faire ce que je peux faire tout de suite comme aménager et faire mon jardin plutôt que mettre des trucs en place tout de suite.* ». On retrouve cette excuse de priorisation de l'AP chez de nombreux patients en situation d'obésité (Jacolin-Nackaerts, 2018). On peut donc supposer au vu de ces deux éléments, que la patiente B est toujours dans la phase de préparation à l'engagement selon le METR de Lequerica et Kortte.

Pour ce qui est de la patiente F, on retrouve également un très grand écart entre ses deux questionnaires. Elle a obtenu un score de 6/36 au début du protocole et un score de 28.3 à la fin. Lorsqu'elle a été interrogée sur son score initial, elle explique avoir bien compris les questions la première fois, cependant la grande différence entre le début et la fin du protocole est la perte de poids. En effet, lors du premier entretien elle explique qu'avant elle se sentait jugée lorsqu'elle pratiquait une activité physique en salle de sport. Ce sentiment est également développé dans l'article de Marcellini et ses collaborateurs en 2016, où il rapporte le sentiment d'illégitimité à la pratique sportive des femmes en situation d'obésité. Cependant,

dès lors qu'il y a une perte de poids importante, les personnes se sentent normalisées vis-à-vis des normes de la société pouvant favoriser la confiance en soi (Marcellini et al., 2016). Cela correspond au récit de la patient F, et qui explique un gros changement entre le début et la fin de ce protocole « *bah là 'aujourd'hui ça m'a paru super simple. Après je sais que j'ai pris plus confiance en moi aussi donc peut-être que ça joue* ». Aussi, la patiente se sentant davantage compétente dans l'activité physique, son besoin psychologique fondamental de compétence est satisfait ce qui peut expliquer cette majoration de son score à l'EMAPS.

Ainsi, il est difficile de juger de la fiabilité des résultats dans le cadre de ces deux patientes.

Comme il a pu être remarqué dans le tableau 15, la composante majeure de la motivation dans presque tous les questionnaires remplis est la motivation identifiée. Il s'agit d'une motivation auto-déterminée où le comportement est jugé important et essentiel pour l'individu même s'il n'y a pas d'attrait particulier pour la pratique (Martin Krumm et al., 2016). Il est intéressant de noter que la société actuelle fait l'éloge du corps beau et en bonne santé (Marcellini et al., 2016). C'est un mode de vie qui s'étend et où chacun se sent concerné. La patient C elle-même explique réaliser une activité physique parce que c'était bon pour la santé. Cela a été un discours présent pour chacun des patients. De plus, lors d'un parcours de perte de poids, et davantage dans un parcours de chirurgie bariatrique, la principale source de motivation est la santé liée à l'idéal de l'apparence athlétique (Marcellini et al., 2016) (Van Hout et al., 2004). Ces normes de morphologie mais également du lien entre l'AP et la bonne santé permet d'expliquer les scores supérieurs aux autres pour la motivation identifiée.

Plus généralement, il est possible d'observer une stagnation du score de l'EMAPS pour l'ensemble des patients. Bien que les patients du groupe opéré semblent augmenter leurs résultats par rapport aux autres, l'augmentation n'est pas significative. Le patient G avait déjà un score haut, principalement dû à son envie de revenir en protocole (Bertrand et al., 2016) cela ne suffit pas à déterminer la cause de cette légère augmentation de la motivation auto-déterminée. Il n'est donc pas possible de faire des conclusions certaines sur l'évolution de la motivation via ce questionnaire.

4.3.2. Retour sur le SEP

En ce qui concerne le SEP des patients, évalué avec le questionnaire SEPOB, il a été remarqué une différence nette entre l'évolution du score pour les patients du groupe pré-chirurgical et post-chirurgical.

En effet, contrairement aux scores des patients du groupe pré-chirurgical qui sont restés sensiblement les mêmes, les résultats du groupe post-chirurgical ont augmenté de façon significative de 2.3 et 2.2 points sur 10 pour respectivement les patients F et G.

Cette augmentation du score du SEPOB, synonyme d'un meilleur SEP, peut s'expliquer avec la perte de poids des patients liée à leur opération. En accord avec la littérature scientifique, la société a intégré le principe que les personnes obèses représentaient la laideur et un corps normo pondéré, la beauté (Tibère et al., 2019) (Marcellini et al., 2016). Même si cette idée n'a pas été évoquée ainsi, il a été assuré que la perte de poids avait grandement favoriser la confiance en eux en éliminant les contraintes qui pouvaient être liées à leur poids comme l'explique le patient G « *Mais en fait c'est plus du tout une contrainte de marcher que j'ai plus les périostites, j'ai plus l'essoufflement. Comme je vous disais la dernière fois quand je suis allé chercher à manger avec des collègues et que je peux participer à la conversation et que je ne suis pas essoufflé, y'a beaucoup moins de contraintes du coup* ». En favorisant le bien-être quotidien le SEP du patient a augmenté, et l'augmentation du SEP et positivement corrélée à la perte de poids (Dalu, 2009).

Cependant, il semblerait que le protocole ait également impacté le SEP des patients grâce au carnet. La patiente F a en effet exprimé son point de vue à propos de l'utilisation du carnet : « *Nan mais même quand il fait froid je peux partir marcher ça ne me dérange pas. [...] Et après je le note dans mon carnet et je me dis que c'est bien, il y a un peu plus de ligne et ça permet de voir que c'est que du positif car ça permet de voir que c'est des choses il y a un an et demi j'aurai pas été incapable de faire.* ». Grâce ce carnet, la patiente a réussi à visualiser son évolution positive. Cela correspond donc à l'atteinte de ses objectifs ce qui a permis de renforcer son SEP (Michaud, 2008).

Ce qui peut donc expliquer que le SEP des patients du groupe pré-chirurgical soit resté stable, est l'absence de perte de poids considérable (Tibère et al., 2019) (Dalu, 2009). L'accompagnement a pu simplement permettre de maintenir le SEP au niveau initial. Mais

pour les patientes B et C, l'attente de la chirurgie les empêche de se projeter avec leur corps actuel et s'attendent donc à modifier leurs perceptions une fois la chirurgie effectuée. Le manque de projection est très présent chez ces patientes en protocole pré chirurgical, ce qui explique aussi pourquoi il est difficile de mettre des choses en place puisqu'elles se concentrent uniquement sur leur chirurgie à venir (Grangeard, 2011). Pour le patient A, il a obtenu dès le départ un score très élevé au SEPOB, ce qui peut expliquer que malgré son engagement en APA et sa perte de poids importante, son score n'a pas évolué.

4.3.3. Retour sur l'engagement RTES-18

Il est difficile d'interpréter les scores du RTES-18. Ils ont tous, à l'exception de la patiente B, augmenté très légèrement. Cela ne nous permet pas de conclure à une réelle modification de l'engagement.

Cela peut s'expliquer par le temps de l'étude relativement court mais également par la subjectivité de l'échelle utilisée. En effet, elle a été remplie par l'exécutrice du projet ne permettant donc pas l'évaluation la plus objective possible. Bien qu'avec les rendez-vous, il était possible de connaître leur avancée précise dans l'insertion d'un mode de vie actif ; il s'agit d'une échelle observationnelle qui peut donc amener des biais. Néanmoins, les résultats semblent être en accord avec les autres questionnaires. En effet, la baisse du score au RTES-18 est en accord avec son score au questionnaire EMAPS. Si on se place dans le cas où la compréhension de la patiente n'a pas mis en cause, sa chirurgie imminente semble cependant limiter tout son engagement dans les autres sphères du protocole de préparation.

4.4.Retour sur les profils des patients

4.4.1. Retour sur l'emploi

Comme dit précédemment, tous les patients ont eu des problématiques avec leur emploi. Bien que ces problématiques soient différentes les unes des autres, il est pertinent de noter qu'elles impactent tous les patients.

Coudin et Souletie estiment que 9% des 18/-65 ont déjà été victime de discrimination au cours de leur vie courante que cela soit en rapport avec leur taille ou leur poids. Il est intéressant de noter que beaucoup des patients témoignent avoir été victime de moquerie au cours de leur vie, de discrimination reliée à leur poids ou à leur personne en règle générale. La discrimination se définit selon Dovidio et Gaertner en 1986, comme « *un comportement négatif - non justifiable - dirigé contre les individus membres d'un exo groupe envers lequel nous entretenons des préjugés* ». Enfin, 46% des personnes en situation d'obésité rapportent avoir été victime d'abus émotionnels traduit par du rejet, de l'oppression, de la terreur, des agressions verbales dans le milieu personnel ou professionnels (Mathieu et al., 2020).

Dans le cas de la patiente E, ces discriminations provenaient de sa mère comme dit précédemment. Ces remarques l'ont amené à ne jamais se reposer de peur d'être perçue comme fainéante. C'est un préjugé qui est très souvent présent notamment dans l'esprit des employeurs (Coudin & Souletie, 2016). Dans le cas de cette patiente, elle est son propre patron mais il est possible qu'elle ait réalisé un transfert avec les remarques de sa mère. Cependant, les conséquences de ces discriminations peuvent être diverses. Si l'employé se sent en décalage avec le reste de la sphère sociale, cela peut diminuer sa productivité (Coudin & Souletie, 2016). L'autre conséquence possible est que l'individu au contraire s'engage pleinement dans son activité professionnelle au point de délaisser ses activités sociales (Tuffigo & André, 2022).

La patiente B possède un profil assez similaire à la patiente G sur ce point. En effet, la patiente réalise beaucoup d'heures de travail, la différence est qu'elle est employée et qu'elle justifie ses heures par son statut de mère célibataire. Elle possède également un épisode traumatisant avec un délaissement d'attention de la part de sa mère et essaie de contrer ce schéma avec ses propres enfants. Cela va donc au point de se désengager des activités sociales comme l'activité physique (Tuffigo & André, 2022), que cela soit dans le cadre de SPORMED ou même avant.

Ce qui est possible d'observer chez les patientes B et E peut également être identifié chez le patient A. Bien qu'il n'ait pas mentionné de discrimination particulière sur son lieu de travail mais uniquement lors de ses années d'études au collège, son comportement professionnel est similaire à ceux décrits ci-dessus. Il a, en effet, également réalisé beaucoup d'heures de travail, de façon volontaire mais au point de se désengager complètement de ses occupations sociales, nous pouvons donc supposer que certains aspects de son environnement professionnel ont provoqué un type de discrimination (Tuffigo & André, 2022).

Aussi, même si les patientes B et E sont actuellement pleinement engagées au sein de leur protocole, qu'il soit pré ou post chirurgical, il est intéressant de se questionner sur la pérennité de cet engagement. Le patient A réalise une réorientation professionnelle ce qui peut amoindrir ce phénomène, mais les patientes B et E gardent le même statut. Réussiront-elles à garder leur engagement dans une activité sociale tel que le sport au dépit de leur investissement professionnel ?

On retrouve des dynamiques différentes chez les patients F et G. En effet, puisque leur burn-out a été attesté, ils ont alors pu se mettre en arrêt pour se concentrer exclusivement à la réalisation de leur chirurgie. Bien que leur burn-out provienne de leur supérieur, aucune discrimination directe sur leur apparence physique a été faite. Cependant, il est possible que les remarques soient tout de même motivées par cette différence physique puisque 77% des employeurs jugent l'obésité au travail de façon négative (Huby, 2016). Puisque dans les deux cas, les patients sont plus anciens dans leur entreprise que leur supérieur, il est possible ces derniers ne soient pas en accord avec leur présence au sein de l'entreprise par peur de perte de bénéfice puisque 24% des employeurs estiment qu'une personne normo pondérée provoque de meilleurs résultats (Huby, 2016). Cette supposition est d'autant plus plausible qu'un autre cas de burn-out a été déclaré dans l'entreprise de la patiente F, à cause du même directeur, pour une employée également en surpoids.

Toutes ces problématiques autour de l'emploi semblent donc en adéquation avec la littérature scientifique. Les patients participants ont eu des rapports parfois problématiques avec le monde professionnel ce qui est très représentatif de la population en surpoids ou en obésité (Coudin & Souletie, 2016). Cet aspect de leur vie peut menacer l'engagement en activité physique sur le long terme si les paramètres ne sont pas modifiés. Ils l'ont été pour les patients A, C qui a démissionné de son ancien employeur, F et G.

4.4.2. Retour sur le rapport à l'alimentation :

Comme déjà évoqué, les patients ont tous eu un rapport compliqué à la nourriture. Ce rapport est très souvent présent chez les personnes en situation d'obésité et parfois toujours chez les personnes qui ont subi une chirurgie bariatrique (Fournie & Pelfresne, 2018).

Tous les patients ont eu recours à des régimes restrictifs faisant le yoyo avec leur poids, ont mangé sous le coup de l'émotion, ont grignoté et certains ont même eu des épisodes de « craving » qui se définit comme une compulsion alimentaire incontrôlable poussant la personne à manger pour ressentir un plaisir immédiat (Dalu, 2009). Ces problématiques alimentaires sont caractéristiques de la population en situation d'obésité.

Dans le cadre de la chirurgie, il est cependant nécessaire d'apprendre à la réguler. Tous les patients rapportent un suivi diététique. En effet, ils doivent apprendre à s'alimenter selon les codes de la chirurgie pour un mode de vie plus sain. Le tout est donc de s'instruire sur ce sujet en étant accompagné de professionnels (Ziegler et al., 2014). Les patients du groupe post-chirurgical semblent être plus au fait des problématiques alimentaires en semblent mieux les gérer. En effet, c'est un mode de vie complet qui doit changer (Pitié-Salpêtrière, 2011), et donc par exemple emmener son repas au travail est à favoriser plutôt qu'acheter ce qui a été mis en place pour les patients F et G. Le patient G a tout de même rajouté qu'il ne pouvait de toute façon plus avoir de crise de « craving » parce que je cite : « *Bah de toute façon maintenant il y a un blocage mécanique donc de toute façon...* ». L'obligation liée au fonctionnement de la chirurgie l'aide donc également à maintenir une alimentation raisonnée (Fournie & Pelfresne, 2018).

Les patients inclus dans le protocole pré-chirurgical présente également des évolutions au niveau du comportement alimentaire. Bien qu'ils estiment tous avoir une meilleure connaissance des recommandations alimentaires, ils ne réagissent pas de la même façon. En effet, le patient A estime avoir un bien meilleur rapport à la nourriture grâce au suivi qu'il a commencé, et l'absence de chirurgie lui permet de rester plus libre de ses choix. La patiente C, n'a pas de rapport particulier avec son alimentation et déclare même ne pas apprécier manger plus que ça. Enfin la patiente B pense avoir une meilleure relation avec la nourriture même si ça reste compliqué. En effet, elle explique : « *Après y'a aussi, en ce moment j'essaie de faire plus de resto parce que je me suis dit que je ne pourrais plus faire de restaurants* ». Cela peut alors s'apparenter à une compensation affective vis-à-vis de l'angoisse qu'elle

explique ressentir à propos des conséquences de la chirurgie (Dalu, 2009). Aussi, on peut supposer que les séances d'éducation à l'alimentation peuvent favoriser le changement d'hygiène de vie alimentaire sur le long terme afin de favoriser la réussite de la chirurgie (Croiset, 2019).

Ainsi, tous les patients estiment être davantage instruits sur leur alimentation mais cela ne suffit pas. En effet, il est recommandé que le suivi nutritionnel soit maintenant à vie, or seulement 50% des patients opérés gardent un suivi diététique sur le long terme (Pitié-Salpêtrière, 2011).

4.4.3. Retour sur les choix de chirurgie :

Tous les patients avaient donc initialement le projet de réaliser une chirurgie bariatrique. Seulement, dès le départ, le patient A souhaitait l'éviter ce qu'il a réussi au regard des informations à la fin du protocole.

Pour les autres patients, il apparaît que tous ont d'abord eu un moment de réflexion avant d'entamer leur parcours. La chirurgie apparaît souvent alors comme le dernier recours après plusieurs tentatives inefficaces pour perdre du poids (Van Hout et al., 2004). Il est donc possible de supposer que certains étaient principalement fatigués d'essayer sans résultats concluants.

Lorsqu'il a été demandé aux patients pourquoi ils souhaitaient réaliser une chirurgie, ils ont unanimement évoqué les raisons de santé. Cela semble être cohérent puisqu'il s'agit de la réponse de 94% des patients candidats à la chirurgie bariatrique (Dalu, 2009). Une autre raison très souvent évoquée est la limitation dans les activités à 62% (Dalu, 2009), ce qui a également été évoqué par de nombreux patients. Pour les patientes B et E pour leur travail, la patiente F pour être à l'aise avec son neveu et le patient G pour sa vie quotidienne. Enfin, les patients attendent tous de cette chirurgie une perte de poids qui devrait permettre de régler de nombreux autres problèmes associés. Cependant comme l'explique Van Hout et ses collaborateurs en 2004, il est difficile pour certains patients de passer outre ses responsabilités dans la réussite de la chirurgie et donc la résolution des autres problématiques. Aussi certains peuvent s'attendre que la chirurgie provoque un déclic, comme cela semble être le cas de la patiente B qui ne souhaite rien mettre en place avant l'opération afin de se consacrer à

d'autres impératifs. Or la prise de conscience doit cependant se faire en amont de la chirurgie pour permettre une adaptation efficace par la suite (Grangeard, 2011).

Aussi, les motivations qui poussent ces patients à réaliser une chirurgie semblent assez similaires à celles de l'ensemble de cette population.

Il est alors possible de supposer que la population intégrée au sein de ce protocole soit en partie représentative de la population candidate à la chirurgie bariatrique.

En effet, 82% des patients opérés pour une chirurgie bariatrique sont des femmes (Halimi, 2019). Ce protocole regroupait 5 femmes et 2 hommes ce qui correspond aux statistiques. De plus, tous ont eu des problématiques avec leur emploi avec de la discrimination amenant des différences de traitements (Huby, 2016) ou un épuisement émotionnel et physique traduit par un engagement important dans la sphère professionnelle (Tuffigo & André, 2022). Puis, les patients ont tous eu un rapport négatif avec la nourriture qu'il soit lié à l'émotionnel ou à des troubles du comportement alimentaire et cherchent à adopter une alimentation plus raisonnée (Dalu, 2009) (Fournie & Pelfresne, 2018). Enfin, plusieurs patients ont subi des événements traumatiques au cours de leur vie, ce qui est le cas des patients B, E et F ce qui amène une augmentation du risque d'obésité de 36% (Mathieu et al., 2020).

Aussi, tous ces éléments amènent à supposer que la population intégrée dans cette étude est représentative de la population des patients candidats à la chirurgie bariatrique.

4.5.Retours des patients :

Tous les patients qui ont terminé le protocole, à l'exception de la patiente C, ont rempli ce carnet. Lors du dernier entretien, nous avons débriefé sur la pertinence de cet outil mais également du type de suivi que je leur ai proposé.

4.5.1. Retours positifs :

4.5.1.1.Sur le carnet

Beaucoup de patients ont eu de bon retour sur l'outil proposé. Cependant, les patients A, F et G n'ont pas tous utilisés ou eu les mêmes retours sur ce carnet.

Dans le cas du patient A, le carnet avait le rôle du carnet de surveillance (Favier-Ambrosini & Delalandre, 2018). Pour rappel un carnet de surveillance doit permettre au patient de s'auto-réguler en fonction des actions menées. De plus, dans le cas du patient A, le carnet pouvait également s'apparenter aux carnets utilisés par les spécialistes de la nutrition afin de surveiller la prise alimentaire (Reiner et al., 2010). Ainsi, chaque rendez-vous permettait aux patients d'exposer ce qui avait été réalisé et de travailler avec l'éducateur pour trouver le meilleur moyen de conserver les actions mises en place et comment favoriser l'inclusion de celles laissées sur le côté. Le carnet peut alors permettre à l'éducateur d'établir un diagnostic des pratiques (Reiner et al., 2010). Il explique qu'avoir déterminé un nombre de séances bien précis lui permet d'avoir un objectif par semaine, et selon lui facilite l'action de réalisation de ces séances : *« Ça c'était bon mais pour l'activité physique essayer de se caler sur les jours où je devais y aller, le nombre de fois ceci-cela ouais ça m'a beaucoup aidé à essayer de garder le rythme »*

Pour la patiente F, elle utilisait également le carnet comme un carnet de surveillance. Elle rajoute cependant l'importance pour elle d'avoir déterminé des objectifs : *« Bah si parce que ça m'a permis d'avancer parce qu'avant j'avais rien de matérialisé on va dire alors que là on a posé, écrit vraiment les mots »*. Cela correspond à ce qui avait été identifié. En effet, dans le cadre d'un rééquilibrage de la vie d'une personne en situation d'obésité, la planification des objectifs et des actions à mettre en place est primordiale (Vimond, 2020). De plus, elle explique que le carnet lui a permis de se rendre compte de l'évolution de ses capacités : *« Ah franchement oui, comme je vous dis et puis de noter sur le carnet ça permet de se rendre compte qu'on fait des choses aujourd'hui qu'on ne faisait pas avant donc non*

c'était très bien ». Cela est en accord avec la théorie du besoin fondamental de compétence développé dans la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan. De plus, contrairement à la patiente B, la patiente F a atteint ses objectifs et a vu une nette amélioration de ses capacités mais également de sa perte de poids. Dans ce cas, la patiente F a donc plus de chances de maintenir son poids minimum sur la durée notamment grâce au fait qu'elle exprime se sentir compétente et bien dans ce qu'elle produit (Michaud, 2008) (Van Hout et al., 2004). Il est alors possible de supposer que la patiente continue son engagement dans l'activité physique au vu de ces paramètres.

Enfin, pour le patient G le carnet a été un type de motivation pour mettre en place les plans d'actions déterminés. En effet, dès notre premier rendez-vous les termes d'utilisation du carnet ont été expliqués, c'est-à-dire qu'il ne devait pas servir à réaliser une surveillance accrue. Le patient G explique en effet qu'il déteste ça. Une fois les termes posés, le patient a rapidement commencé à remplir le carnet. Il répond quand on lui demande si le fait de remplir le carnet est une contrainte : *« Non plus comme une motivation. Comme un effet motivant, même si on parle pas d'effet gendarme mais on le partage donc ça motive à faire un peu plus »*. Il approfondit sa pensée lors du dernier entretien : *« Et puis des fois on se dit aller je vais sortir comme ça je vais remplir une ligne sur le carnet donc non j'aime bien le concept. »*. Grâce à cela, le patient a commencé à intégrer des marches dans la semaine afin de réduire sa sédentarité notamment engendrée par son emploi. Dans le cas de ce patient, il semblait primordial de favoriser son besoin fondamental d'autonomie en faisant attention à ce qu'il ne se sente pas surveillé (Deci & Ryan, 2008). Cela a été réussi au regard des actions menées par le patient.

Ces trois patients semblent donc avoir trouvé un intérêt à l'outil proposé. Il est pertinent de noter qu'il s'agit uniquement de patients qui ont déjà été opérés et d'un patient qui espère l'éviter. Il est alors possible de supposer que dès lors que la chirurgie a été réalisée ou qu'elle n'est plus d'actualité, il est plus facile de s'engager dans un changement de comportement pérenne contrairement au moment où on est en attente de chirurgie.

4.5.1.2. Retours sur les rendez-vous/ séances proposées

L'ensemble des patients qui ont terminé le protocole expriment un certain contentement au regard du suivi et des entretiens proposés.

En effet, les rendez-vous s'apparentaient à un suivi individuel ce qui a été globalement apprécié. Bien que SPORMED offre également un protocole de 3 mois et un suivi de 2 mois, il est réalisé en groupe et donc par définition moins personnalisé. La patiente B s'est elle-même exprimée sur le sujet, je cite : « *Oui ça m'a beaucoup aidé surtout quand y'a des choses que je n'ai pas pu évoquer avec les coachs et tout, avec vous ça va je pouvais les dire* ». En effet, certains patients ont l'impression d'être lâché dans la nature sans réel suivi que cela soit avant ou après la chirurgie (Fournie & Pelfresne, 2018). Bien que ce type de suivi n'ait aucun rapport avec l'aspect médical de la chirurgie, il a permis que les patients se sentent accompagné.

Selon M. Bertrand et ses collaborateurs en 2016, l'adhésion à un ETP pré-chirurgical favorise le maintien du suivi post-chirurgical pour les patients. On peut donc supposer que les patientes B et C seront davantage engagées dans leur parcours post-chirurgical que des patients qui n'ont pas bénéficié d'un suivi personnalisé. Cependant, l'engagement de la patiente B dans l'activité physique est mitigé avec une favorisation de son emploi et de ses enfants au dépit de l'activité physique (Tuffigo & André, 2022). Bien qu'elle exprime avoir compris les efforts à faire pour réussir la chirurgie, l'investissement n'est pas représentatif de cette compréhension. L'observation extérieure amène davantage à penser que la patiente attend avec impatience la chirurgie pour tourner une page de sa vie. Malheureusement ce type de pensée peut amener à couper court à tout suivi post-chirurgical nécessaire (Grangeard, 2011). Aussi, l'intervention proposée semble pertinente au regard du profil de la patiente.

Dans le cadre du patient A, il est possible de supposer qu'avec l'aide dont il a bénéficié, il puisse éviter la chirurgie. Comme dit précédemment, ce type de suivi personnalisé lui permettrait donc de maintenir une hygiène de vie pour continuer et stabiliser la perte de poids, d'autant plus qu'il évite l'opération parfois sacralisée comme « *la solution miracle* » (Fournie & Pelfresne, 2018).

En ce qui concerne les patients du groupe post-chirurgical, eux aussi ont apprécié le suivi personnalisé. La détermination d'objectifs ainsi que le programme de suivi ont répondu à leurs attentes, le patient G témoigne à propos de la détermination d'objectifs : « *Ouais c'est bien. Ça pousse un peu des fois quand on en la flemme de se dire qu'on avait prévu ça donc on va plus le faire* ». Cependant, les patients étaient déjà prédisposés à s'engager dans ce deuxième protocole puisqu'ils ont réalisé leur protocole pré-chirurgical dans la même structure (Bertrand et al., 2016). Aussi, même si ce type de suivi permet aux patients de ne pas

être « lâché dans la nature » après leur opération, il est possible de se poser la question s'il s'agit du moment le plus opportun pour le proposer.

4.5.2. Retours négatifs :

Quelques retours ont été un peu mitigés pour certaines personnes. En effet, la patiente B, par exemple, n'a pas apprécié remplir le carnet, elle s'explique : « Bah c'est un peu... j'aime pas trop écrire les trucs que je ressens, je n'aime pas trop les évoquer... j'aime pas ça ».

Ce qui peut être compliqué dans le cas de la patiente B c'est que les objectifs qui avaient été fixés, ainsi que ses attentes n'ont pas été satisfaits. Notre deuxième entretien c'est déroulé juste après son passage en suivi, donc très peu de temps après son entretien de fin de protocole avec les APA. Elle raconte « Bah à mon avis j'ai pas perdu assez. Après la dame m'a dit que c'était normal que c'était déjà bien pour elle mais pour moi c'est pas assez. ». Or, ce sont les patients qui atteignent leurs objectifs qui maintiennent plus facilement la perte de poids (Michaud, 2008).

Les retours qui ont été faits par le corps médical ainsi que les retours réalisés sa propre perception ne satisfont pas ses attentes. On peut supposer que la patiente ressent de la frustration au regard de ces feedbacks d'où son ressenti vis-à-vis du carnet. Or, cette frustration peut rappeler ce que la patiente a déjà vécu lors de ces expériences sportives précédentes et qui avait déjà mené à un abandon. En effet, elle témoigne à propos du protocole SPORMED : « Parce que je me suis dit tout ce que j'ai sacrifié pour venir pour ça, parce que c'est pas facile de venir, une fois qu'on y est c'est bon mais c'est pas facile. Donc je me suis dit tous ces sacrifices pour rien du tout ». Or, selon Aurélie Croiset, la frustration mène à la lassitude puis à l'abandon d'où l'importance d'aider les patients à se fixer des attentes réalistes (Ziegler et al., 2014).

On peut donc supposer que ce retour négatif sur le carnet a pu être causé par un manque de recadrage de ce qui peut être envisageable en termes d'objectifs et ce qui relève de l'irréalisable dans le temps imparti.

4.5.3. Auto-critique :

Ce projet universitaire reprenait un projet mené l'année dernière auprès d'une population de deux patients post-AVC. Plusieurs modifications ont été effectuées afin de rendre cette étude plus juste et objective. Si on compare l'accueil de ce projet sur ces deux essais, il a été bien mieux accueilli par les sujets en situation d'obésité.

Il est possible que l'approche proposée convienne davantage aux patients en situation d'obésité. En effet, le METR se base principalement sur la détermination d'objectifs et de la planification des moyens pour les atteindre (A. Lequerica & Kortte, 2010). Aussi, il s'agit d'une recommandation dans de nombreux écrits scientifiques relatifs à la prise en charge de l'obésité notamment au sein d'une chirurgie bariatrique (Ziegler et al., 2014). L'utilisation du carnet a donc été un outil leur permettant de se tenir à ce qu'ils avaient décidé eux-mêmes.

Au regard des résultats et des observations qui ont pu être réalisées tout au long du protocole, il est possible de supposer que ce procédé ait plus d'impacts, comme prise en charge pré-chirurgicale, dans le cadre d'une population similaire à celle présente à SPORMED. En effet, la particularité de cette population est le double protocole, pré et post-chirurgical, dans la même structure. Les patients du groupe post-chirurgical ont longuement témoigné à ce sujet, et la patiente C souhaite revenir à SPORMED pour sa réadaptation post-chirurgicale.

Aussi, la détermination d'objectifs peut être pertinente sur le temps pré-chirurgical mais, la projection vers l'avenir est compliquée à ce stade du protocole, il doit tout de même y avoir une reprise des buts et plans d'actions après l'opération. En effet, 60% des personnes qui seraient « perdu de vue » après leur opération auraient tendance à perdre moins de 25% de leur excès de poids contrairement à 42% à 8 ans de suivi post-opératoire (Pitié-Salpêtrière, 2011).

Conclusion

Les patients inclus dans ce protocole universitaire semblent être représentatifs de la population des personnes en situation d'obésité se dirigeant vers une chirurgie bariatrique. Aussi, même s'il est impossible de généraliser le processus à l'ensemble de cette population, cela nous permet d'en faire un premier état des lieux.

Les résultats aux questionnaires EMAPS et RTEs-18 n'ont pas été révélateurs avec très peu de changement. Tous ceux qui ont terminé le protocole rapportent un accompagnement bénéfique et une aide à la mise en place de nouvelles habitudes de vie, nécessaire dans le parcours de chirurgie bariatrique.

Cet accompagnement semble donc avoir un intérêt tant dans un protocole pré-chirurgical que dans un protocole post-chirurgical. Même si la visualisation de l'avenir peut être difficile pour les personnes en attente de leur intervention, la mise en place d'habitudes de vie physiques ne peut être que bénéfique. Aussi, ce qui semble se dégager à partir des observations réalisées, c'est d'instaurer ce type de suivi dans la phase pré-chirurgicale, et de le reprendre en post-chirurgical. Ainsi, il est possible de reprendre les objectifs préétablis mais également de les compléter. Dans l'idéal, afin qu'il n'y ait pas de perdu de vue, c'est que ce suivi se maintienne avec des rendez-vous plus espacés en fonction des besoins des patients après la phase aigüe post-chirurgie. Le carnet, lui, semble davantage avoir un rôle de support à l'accompagnement dans la majorité des cas, même si pour les patients post-chirurgie il s'agissait d'un élément à part entière de la prise en charge.

Ce type de suivi trouve donc un intérêt auprès de ces patients obèses inclus dans un parcours de chirurgie bariatrique. Une étude plus longue, se déroulant sur plusieurs années, avec davantage de participants serait cependant nécessaire pour affirmer avec certitude les résultats obtenus.

Bibliographie

- Apovian, C. M. (2016). Obesity : Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. *THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE*, 22(7), 10.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (1er édition). De Boeck Diffusion.
- Basdevant, A. (2006). L'obésité : Origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus Biologies*, 329(8), 562-569. <https://doi.org/10.1016/j.crvi.2006.03.018>
- Benarous, X., Legrand, C., & Consoli, S. M. (2014). L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : Une approche de la relation médecin/malade. *La Revue de Médecine Interne*, 35(5), 317-321. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2013.08.009>
- Berdah, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(3), 184-190. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.03.010>
- Berthouze-Aranda, S. E., & Reynes, E. (2011). La sédentarité : Un processus physiopsychologique et un facteur de risque pour la santé pour tous. *Science & Sports*, 26(4), 191-196. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2011.06.003>
- Bertrand, M., Vaurs, C., Estrade, A., Hanaire, H., & Ritz, P. (2016). Impacts de la participation à un programme d'éducation thérapeutique avant chirurgie bariatrique sur le suivi postopératoire. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 30(3), 262. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2016.09.091>
- Boiché, J., Mathieu, G., David, T., & Philippe, S. (2019). *Development and validation of the 'Echelle de Motivation envers l'Activité Physique en contexte de Santé' : A motivation scale towards health-oriented physical activity in French*. 24. <https://doi.org/10.1177/1359105316676>

- Chooi, Y. C., Ding, C., & Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism*, 92, 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>
- Ciangura, C., & Corigliano, N. (2012). Chirurgie de l'obésité et ses complications. *La Revue de Médecine Interne*, 33(6), 318-327. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2011.12.008>
- Coudin, E., & Souletie, A. (2016). Obésité et marché du travail : Les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire. *Economie et Statistique*, 486(1), 79-102. <https://doi.org/10.3406/estat.2016.10690>
- Croiset, A. (2019). *L'éducation thérapeutique du patient en amont d'une chirurgie bariatrique : Identification des déterminants psychosociaux de la participation et de la qualité de vie du patient opéré*. Université de Toulouse, Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- Dalu, A. (2009). *PROFIL PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL DU PATIENT OBESE CANDIDAT A UNE CHIRURGIE DE L'OBESITE* [Faculté de Médecine de Paris Descartes]. <https://www.alexandradalu.com/wp-content/uploads/2017/05/3-11.pdf>
- De Flines, J., Scheen, A., & Paquot, N. (2019). Prise en charge medicale sur le long terme apres chirurgie bariatrique. *Revue Médicale Suisse*, 15(659). <https://orbi.uliege.be/handle/2268/239197>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « What » and « Why » of Goal Pursuits : Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. [Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains.]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 24-34. <https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.24>

- Descamps, J., Hautekeete, M., Bougenière, F., Benaisa, K., & Romon, M. (2010). Étude du questionnaire émotionnel, cognitif et comportemental du sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'obésité (SEPOB). Construction, qualités métrologiques, résultats comparatifs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20(1), 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.02.002>
- Favier-Ambrosini, B., & Delalandre, M. (2018). The sport-health wellbeing networks : A gouvernement based on quantification. *Terrains travaux*, 32(1), 81-106.
- Fournie, T., & Pelfresne, M.-L. (2018). *Les difficultés rencontrées par les patients à plus de 2 ans d'une chirurgie bariatrique, et leurs gestions. Etude qualitative, par entretiens semi-dirigés, menée en Haute-Garonne* [Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier]. <http://thesesante.ups-tlse.fr/2320/>
- Frappier-Allard, G. (2015). *L'engagement des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral lors d'une intervention cognitive basée sur l'approche CO-OP* [Essai]. Université du Québec à Trois-Rivières. <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7709/>
- Gaillard, S., Barthassat, V., Pataky, Z., & Golay, A. (2011). *Un nouveau programme d'éducation thérapeutique pour les patients obèses*. https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:AAh48cQa8XAJ:scholar.google.com/+Un+nouveau+programme+d%E2%80%99C3%A9ducation+th%C3%A9rapeutique+pour+les+patients+ob%C3%A8ses&hl=fr&as_sdt=0,5
- Gaudriault, P., & Joly, V. (2013). *Construire la relation thérapeutique : Prévenir l'abandon précoce, définir les enjeux du processus thérapeutique*. Dunod.
- Grangeard, C. (2011). Le suivi en chirurgie de l'obésité. *Obésité*, 6(1), 29-32. <https://doi.org/10.1007/s11690-011-0255-z>

- Greenleaf, C., Petrie, T. A., & Martin, S. B. (2017). Exploring weight-related teasing and depression among overweight and obese adolescents. *European Review of Applied Psychology, 67*(3), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.01.004>
- Haaser, T., Constantinidès, Y., Dejean, C., & Escande, A. (2020). *Démocratie sanitaire : Le patient partenaire de sa prise en charge—ScienceDirect*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1278321820301967>
- Halimi, S. (2019). Chirurgie bariatrique : État des lieux en France en 2019. *Médecine des Maladies Métaboliques, 13*(8), 677-686. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(19\)30210-X](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(19)30210-X)
- Haute Autorité de Santé. (s. d.-a). *Surpoids et obésité de l'adulte : Prise en charge médicale de premier recours*. Haute Autorité de Santé. Consulté 1 novembre 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
- Haute Autorité de Santé. (s. d.-b). *Surpoids et obésité : Repérer plus tôt et mieux prendre en charge*. Haute Autorité de Santé. Consulté 1 novembre 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1102600/fr/surpoids-et-obesite-reperer-plus-tot-et-mieux-prendre-en-charge
- Hautekeete, M., Descamps, J., Bougenière, F., Jablonski, S., Benaisa, K., & Romon, M. (2007). Le SEP spécifique aux comportements de gestion du poids. Effets de pratiques thérapeutiques classiques et des TCC. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 17*, 52. [https://doi.org/10.1016/S1155-1704\(07\)74132-0](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(07)74132-0)
- Huby, A. (2016). *L'apparence physique dans la vie sociale et professionnelle : Une question de poids* [Université de Liège]. <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/1835>
- Jacolin-Nackaerts, M. (2018). L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : Une socialisation de transformation ? *Sciences sociales et sport, 11*(1), 99-132.

- Jaffiol, C., Bringer, J., Laplace, J.-P., Buffet, C., Attali, C., Bringer, J., Buffet, C., Chevallier, J. M., Choisy, C., Coupaye, M., Delarue, J., Fouard, A., Giudicelli, C., Jaffiol, C., Laplace, J. P., Martin, A., Priollaude, N., & Vincent, C. (2017). Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 201(7), 973-982. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30425-X](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30425-X)
- Jaunet, M. (2021). *Développer la motivation autodéterminée par la mise en place d'un challenge sportif à destination d'une population d'adultes en situation d'obésité*. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03343652/document>
- Lee Bion, A., Le Roux, Y., Alves, A., & Menahem, B. (2021). La chirurgie bariatrique de révision : Quels enjeux pour le patient et le praticien ? *Journal de Chirurgie Viscérale*, 158(1), 40-52. <https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2020.04.024>
- Lequerica, A. H., Rapport, L. J., & Whitman, R. D. (2006). *Psychometric Properties of the Rehabilitation Therapy Engagement Scale When Used Among Individuals With Acquired Brain Injury*. <https://doi.org/DOI: 10.1037/0090-5550.51.4.331>
- Lequerica, A., & Kortte, K. (2010). *Therapeutic Engagement A Proposed Model of Engagement in Medical Rehabilitation*. <https://doi.org/DOI: 10.1097/PHM.0b013e3181d8ceb2>
- Louvet, P. J.-P., & Barbe, D. P. (2007). *L'OBESITE : nature, conséquences et prise en charge*. 52.
- Mantziari, S., Demartines, N., Favre, L., & Suter, M. (2018). *Résultats à long terme (<10 ans) après chirurgie bariatrique : Revue de littérature*. 636-40.
- Marcellini, A., Perera, É., Rodhain, A., & Ferez, S. (2016). Body image and participation in physical activities by obese subjects. *Sante Publique*, 1(HS), 117-125.
- Martin Krumm, C., Antonini Philippe, R., Chatenay, A., Hauw, N., & Kern, L. (2016). *Psychologie, pédagogie et santé du sportif*.

- Mathieu, J., Topyay, A., Ikiz, T., Lighezzolo-Alnot, J., & Sanahuja, A. (2020). Dynamique psychique des patients obèses sévères en demande de chirurgie bariatrique : Approche clinique interculturelle. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.11.005>
- Matta, J., Carette, C., Rives Lange, C., & Czernichow, S. (2018). Épidémiologie de l'obésité en France et dans le monde. *La Presse Médicale*, 47(5), 434-438.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.03.023>
- Maussion, A. (2021). *Favoriser l'engagement du patient dans sa rééducation sur la base du Modèle d'Engagement Thérapeutique en Réadaptation*.
- Michaud, D. S. (2008). *UNIVERSITE DE GENEVE VOLÉE XI : 2008-201*. 118.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Obesity*.
<https://www.who.int/westernpacific/health-topics/obesity>
- Parent, A. M. (2018, juin 7). *Enfants et adolescents en surpoids : 10 conseils pour prévenir l'abandon de l'activité physique*. Vifa Magazine.
<https://vifamagazine.ca/comprendre/sante-physique/enfants-et-adolescents-en-surpoids-10-conseils-pour-prevenir-l-abandon-de-l-activite-physique/>
- Pitié-Salpêtrière, C. (2011). → C. POITOU-BERNERT1, N. VEYRIE2. 4.
- Reiner, M., Carrard, I., & Golay, A. (2010). 0 L'entretien motivationnel dans la thérapie cognitivo-comportementale des patients obèses. *Revue Médicale Suisse*, 5.
- Ronga-Pezeret, S. (2018). *OBÉSITÉ ET FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX*. 4.
- SPF. (s. d.). *Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. Numéro thématique. Constances : Une cohorte française pour la recherche et la santé publique*. Consulté 19 février 2021, à l'adresse /notices/prevalence-du-surpoids-de-l-obesite-et-des-facteurs-de-risque-cardio-metaboliques-dans-la-cohorte-constances.-numero-thematique.-constances-une

- SPORMED. (2022). *Spormed Centre de médecine du sport et de réadaptation à l'effort à Rennes*. <https://www.spormed.fr/>
- Tibère, L., Dupuy, A., & Poulain, J.-P. (2019). Obésité et image du corps : Quelles attitudes face au regard de l'Autre ? *Corps*, 17(1), 243-256.
- Tremblay, M. A., Blanchard, C. M., Taylor, S., Pelletier, L. G., & Villeneuve, M. (2009). Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale : Its value for organizational psychology research. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 41(4), 213-226. <https://doi.org/10.1037/a0015167>
- Tuffigo, C., & André, M. (2022). Activité productive des personnes en situation d'obésité : L'impact de la discrimination sur leur engagement. *Ergothérapies*, 84, 15.
- Van Hout, G. C. M., van Oudheusden, I., & Van Heck, G. L. (2004). *Psychological profile of the morbidly obese—PubMed*. <https://doi.org/doi:10.1381/096089204323093336>.
- van Hout, G. C. M., Verschure, S. K. M., & van Heck, G. L. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 15(4), 552-560. <https://doi.org/10.1381/0960892053723484>
- Vimond, J. (2020). *Etude de l'utilisation de l'Inventaire de l'Equilibre de Vie pour les personnes en situation d'obésité*. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/VIMOND-OBESITE-EQUILIBRE-OCCUPATIONNEL-a931bbac.pdf>
- Wolfe, B. M., Kvach, E., & Eckel, R. H. (2016). Treatment of Obesity. *Circulation Research*, 118(11), 1844-1855. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.307591>
- Wu, T.-Y., Lien, B. Y.-H., Lequerica, A., Lu, W., & Hsieh, C.-L. (2019). Development and Validation of the Occupational Therapy Engagement Scale for Patients with Stroke. *Occupational Therapy International*, 2019, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2019/3164254>

Yvan. (2018, septembre 11). La marche afghane, respirer pour avancer. *Art de la respiration*.

<https://artdelarespiration.fr/la-marche-afghane-respirer-pour-avancer>

Ziegler, O., Bertin, E., Jouret, B., Calvar, R., Sanguignol, F., Avignon, A., & Basdevant, A.

(2014). Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*,

9(4), 302-328. <https://doi.org/10.1007/s11690-014-0466-1>

Table des tableaux :

Tableau 1 : Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC (selon l'OMS en 2003) p.4

Tableau 2 : Critères d'inclusion dans l'étude p.31

Tableau 3 : Calendrier de l'étude universitaire p.33

Tableau 4 : Les descripteurs du SEP selon Jessica Deschamps et al. 2010 p.35

Tableau 5 : Matérialisation du carnet de suivi p.41

Tableau 6 : Profils des patients p.45

Tableau 7 : Objectifs du patient A p.46

Tableau 8 : Objectifs du patient B p.47

Tableau 9 : Objectif du patient C p.48

Tableau 10 : Objectif du patient D p.49

Tableau 11 : Objectif du patient E p.50

Tableau 12 : Objectif du patient F p.51

Tableau 13 : Objectif du patient G p.52

Tableau 14 : Résultats des tests p.54

Tableau 15 : Résultats détaillés EMAPS final et initial p.55

Tableau 16 : Résultats détaillés SEPOB final et initial p.56

Tableau 17 : Intentions de pratique des patients p.58

Table des figures :

Figure 1 : Fonctionnement du Modèle d'Engagement Théorique en Réadaptation selon Lequerica et Kortte en 2010 p.20

Figure 2 : Continuum de l'autodétermination selon Deci et Ryan 1985 p.23

Table des annexes :

Annexe 1 : Lettre d'information

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Annexe 3 : RTES-18

Annexe 4 : SEPOB

Annexe 5 : EMAPS

Annexe 6 : Grille d'entretien initial

Annexe 7 : Grille d'entretien intermédiaire

Annexe 8 : Grille d'entretien final

Annexe 9 : Fiche présentation de la gym urbaine

Annexe 10 : Pitch de la séance de respiration afghane

Annexe 11 : Entretiens

Annexe 1 : Lettre d'information

Lettre d'information pour le patient : participation à une recherche universitaire

Madame, Monsieur.

Nous vous avons proposé de participer au projet de recherche universitaire réalisé par Ania MAUSSION, étudiante en Master 2 STAPS à l'université de Rennes 2. Ce document va vous donner l'ensemble des informations sur la recherche qui va se dérouler. Prenez le temps de lire ce document avant de donner votre consentement. Si malgré ce document, vous avez toujours des questions sur cette démarche scientifique, n'hésitez pas à les poser à Mlle MAUSSION.

Objectif de la recherche :

Cette recherche a pour objectif d'améliorer l'engagement des patients inclus dans un parcours avec pour ambition de subir une chirurgie bariatrique, à maintenir l'activité physique dans leur quotidien même après la sortie de la structure.

Cet objectif a été déterminé à la suite de plusieurs études qui démontraient que beaucoup de chirurgies étaient des succès sur un court terme mais pas sur un long terme. En effet, le taux d'échec à 10 ans peut atteindre 60% en fonction des chirurgies réalisées. Les causes de cet échec sont multiples, mais il semble que les comportements des patients jouent un rôle important dans la détermination du succès ou de l'échec. Malheureusement, un échec d'une première chirurgie peut en engendrer une deuxième. Or ces interventions sont très lourdes tant physiologiquement que psychologiquement.

Nous souhaitons vous proposer un outil pendant votre phase de préparation à la chirurgie pour vous aider à maintenir ces engagements sur le long terme.

Déroulement de l'étude :

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez amenés à avoir plusieurs rendez-vous avec Mlle MAUSSION, exécutrice de la recherche.

Cette étude va s'étendre sur 12 semaines. Plusieurs phases d'évaluation sont prévues avec une phase initiale et une phase finale, ainsi que 3 bilans intermédiaires qui seront réalisés toutes les trois semaines. Les rendez-vous seront placés en fonction de vos disponibilités et se feront à SPORMED.

Nombre de visite	Visite initial	1 ^{er} bilan intermédiaire	2 ^{ème} bilan intermédiaire	3 ^{ème} bilan intermédiaire	Visite finale
Objectif :	Faire connaissance et conception du carnet Remplir les questionnaires	Réaliser un suivi, un bilan personnalisé et adapter si besoin	Réaliser un suivi, un bilan personnalisé et adapter si besoin	Réaliser un suivi, un bilan personnalisé et adapter si besoin	Réalise un bilan final et une évaluation de l'ensemble du programme Remplir les questionnaires

Le premier rendez-vous va vous permettre de remplir les questionnaires qui vous seront proposés, ils sont au nombre de 3. De plus, en collaboration avec Mlle MAUSSION, vous allez être amené à concevoir un carnet de suivi. Il s'agit de l'outil que nous souhaitons mettre en place. Il sera complètement personnalisé, en version papier ou informatique en fonction de vos préférences. Vous devrez alors le remplir tout au long de la durée de l'étude.

En fonction de ce premier entretien, de nouvelles activités pourront vous être proposées si elles vous intéressent en découverte. Après ça, des séances à faire à la maison en autonomie peuvent vous être données si vous en faites la demande. Nous veillerons donc à l'adaptation des activités en fonction de vos souhaits exprimés lors du premier entretien.

En parallèle de cette prise en charge proposée par Mlle MAUSSION, vous continuerez vos activités à SPORMED comme vous le faites actuellement.

Aucune contre-indication n'a été identifié pour participer à cette étude.

Risques de l'étude

Cette étude ne contient pas énormément de risque. Vous continuerez votre prise en charge validée par le médecin au préalable.

Si jamais vous souhaitez réaliser des séances d'essais, une demande sera réalisée auprès de l'équipe d'enseignant en activité physique adaptée en poste. Si cette séance est approuvée, les risques sont les mêmes que pour toutes activités physiques et seront donc modérés par l'éducateur.

Enfin, si malgré cette intervention, la chirurgie est un échec cela peut impacter votre estime personnelle. Cependant, rappelez-vous qu'il existe plusieurs causes à l'échec d'une chirurgie et dans le cas où vous avez respecté les recommandations, l'échec ne sera pas nécessairement de votre faute.

Bénéfices

Grâce à ce programme, vous devrez améliorer la perception de vos capacités à réaliser une activité. Vous aurez trouvé une activité physique qui vous plaît ou au moins des pistes afin de s'assurer de ressentir du plaisir en pratiquant.

Vous aurez également un programme personnalisé plus poussé que celui qui vous ait déjà proposé à SPORMED. Cela doit favoriser l'insertion de l'activité physique dans votre routine hebdomadaire. En faisant ça, l'activité physique devrait alors perdurer sur le long terme.

Et enfin, le plus grand bénéfice associé à cette étude est de présenter moins de risque à une reprise de poids après la chirurgie, dès lors que vous réussissez à intégrer cette activité physique dans votre mode de vie.

Participation

Vous avez été invités à participer à cette étude, cependant, la décision d'intégrer la recherche ou non est totalement personnelle et n'engendrera aucun surcout ni discrimination à votre encontre.

Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude mais également d'interrompre votre participation à tout moment sans le moindre justificatif. Cela n'influencera pas la qualité des prestations qui vous sont proposées. Dans ce cas, veuillez juste informer Mlle MAUSSION de votre décision.

Obtention d'informations complémentaires

À tout moment si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires vous pourrez vous tourner vers Mlle MAUSSION, ou la contacter via les coordonnées laissées à la fin de ce document.

Vous pourrez également demander une copie du mémoire final où les résultats globaux seront renseignés.

Confidentialité et utilisation des données

Dans le cadre de cette étude, vos données personnelles vont être récupérées et stockées dans un fichier où seule Mlle MAUSSION aura accès, ainsi que le personnel de SPORMED et le directeur de mémoire Mr RASCLE Olivier. Pour garantir votre anonymat, vous serez enregistrés via vos initiales et vos données personnelles non essentielles seront moins précises. Ex : Si vous êtes né le Juillet 1985, cette information sera enregistrée comme « né en 1985, 37 ans ».

Vos données seront utilisées pour la rédaction du mémoire final tout en étant anonymisé également. Si vous refusez l'utilisation et la publication éventuelle de vos données anonymisées, votre participation à l'étude s'arrêtera.

Madame, Monsieur.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire ce document. Sachez que Mlle MAUSSION reste à votre disposition pour des possibles informations supplémentaires. Vous pouvez également la contacter par mail via : ania.maussion@gmail.com. Si jamais vous souhaitez intégrer cette recherche, merci de vous rediriger vers Mlle MAUSSION qui vous donnera un formulaire de consentement adéquat à l'étude.

En vous souhaitant une très bonne journée.

Respectueusement.

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement pour une participation à une recherche universitaire

Recherche en psychologie de la santé : Comment garantir la réussite d'une chirurgie bariatrique par l'activité physique

Catégorie de la recherche :	Recherche impliquant la personne humaine ne portant pas sur des médicaments
Exécuter de la recherche :	Mlle MAUSSION Ania, Etudiante en Master 2 STAPS Approche Pluridisciplinaire des Pathologies Chroniques et Motrices
Directeur de mémoire :	Mr RASCLE Olivier, Enseignant Chercheur au laboratoire VIPS ²

J'ai lu et compris la lettre d'information qui m'a été remise et que je conserve. L'exécuter de la recherche, Mlle MAUSSION Ania a répondu à toutes mes questions. Si nécessaire, je pourrai à tout moment lui demander des informations complémentaires en personne ou via son mail : ania.maussion@gmail.com

J'ai été informé(e) de mon droit à refuser de participer à l'étude sans encourir de préjudice et ni de conséquence sur la qualité de mes soins actuels. De plus, je sais que je peux retirer mon consentement à tout moment de l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette recherche universitaire et j'accepte librement et volontairement de participer

J'atteste être majeur et de ne pas être sous tutelle ou curatelle.

J'ai compris que les données collectées lors de la recherche seront anonymisées et protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront être consultées par le personnel de SPORMED, le directeur de mémoire ainsi que Mlle MAUSSION, exécutrice de la recherche.

J'accepte que mes données puissent être publiées au travers du mémoire écrit pour ce projet.

Je soussigné(e) Mme/Mr
né(e) le, atteste que Mlle MAUSSION m'a invité à participer à sa recherche. J'accepte librement de participer à ce projet de recherche universitaire.

Fait à

Le

Signature du patient :

Signature de l'exécuter du projet :

Annexe 3 : RTES-18

Echelle d'Engagement Thérapeutique en réadaptation (RTES-18)					
Name		Age		Genre	
		Dysfonctionnel		Fonctionnel	
Date		0	1	2	3
Instruction : pour chaque items ci-dessous, placer une croix en dessous de la correcte évaluation		Sévèrement diminué / problème majeur	Moyennement diminué/ problème mineur	En dessous du potentiel / pourrait être mieux	Rencontre du potentiel/ optimal ou idéal
1	Spontanéité (minimum pour inciter l'initiation à l'engagement dans l'activité)				
2	Enthousiasme (attitude positive relatif à la rééducation)				
3	Concentration et focus pendant les exercices de rééducation)				
4	Intérêt du patient sur ses progrès en rééducation				
5	Vigilance sur les tâches demandées (veiller à la précisions des tâches exécutées)				
6	Motivation à participer activement à son rétablissement				
7	Désir d'apprendre (ouvert et accepte d'essayer de nouvelles activités)				
8	Effort impliqué dans la rééducation				
9	Réponse appropriées aux rectifications/ corrections				
10	Faciliter d'engagement du patient dans les activités				
11	Persistance et déterminations face aux défis				
12	Réponse positive face				

	aux encouragements				
13	Comprend les bénéfices et les besoins relatifs à la rééducation				
14	Coopération avec l'équipe rééducative				
15	Optimisme et espoir de récupération des capacités				
16	Confiance ou auto-efficacité pour parvenir aux objectifs de rééducations				
17	Reconnaissances des réussites (remarque les améliorations fonctionnelles)				
18	Tolérance à la frustration				
Nombres de cases coché					
Addition des résultats (Lequerica et Kortte 2010)					
Résultat total : /54					

Annexe 4: SEPOB

Questionnaire SEPOB.

Ce questionnaire fait référence à plusieurs situations que vous pouvez rencontrer.

Chaque phrase décrit une situation ; **jugez la force avec laquelle vous croyez en votre capacité à exécuter les activités décrites, enmettant une note comprise entre zéro et dix**

Pas du tout capable (0) Tout à fait capable (10)

Je me sens capable de :

Question		Note /10
1	Si j'ai moins bien géré mon alimentation, je me sens capable de reprendre le dessus :	
2	Continuer une conversation avec une personne sans être mal à l'aise	
3	Persévérer dans mon opinion lorsque je le sais juste même si les autres essaient de me convaincre du contraire	
4	Si d'autres ont fait des remarques sur mon apparence physique, je me sens capable de l'améliorer plutôt que de penser que je ne peux rien changer	
5	Me fixer comme but de m'inscrire à une activité de groupe diverse (artistique, culturelle, sociale, manuelle...) qui m'intéresse et d'y aller régulièrement	
6	Persévérer dans une activité physique à laquelle je me suis inscrit même si je suis facilement fatigué ou essoufflé	
7	Aller à un bon repas en pensant que je pourrais contrôler mon comportement alimentaire	
8	Faire l'effort de donner mon opinion sans m'occuper de ce que pourraient penser les autres :	
9	Faire des plans pour gérer efficacement mon alimentation	
10	M'intéresser à cuisiner un plat pas ou peu gras plutôt que de ne pas me motiver à ce type de cuisine	
11	Faire l'effort de sortir de chez moi pour marcher, me promener alors	

	qu'il pleut ou qu'il fait froid	
12	Aller à la rencontre et discuter avec une personne avec qui je m'étais senti mal à l'aise la dernière fois	
13	Rester centré sur une belle image de moi plutôt que de me dire que c'est difficile d'y arriver	
14	Me donner le défi d'aller à une réunion où je ne connais pas tout le monde	
15	Vouloir m'habiller de façon élégante pour donner une belle image de moi et m'y tenir	
16	Préparer ce que je vais dire lors d'une réunion pour être moins sensible aux regards des autres	
17	Faire l'effort de me regarder dans la glace pour soigner mon apparence physique plutôt que de fuir les miroirs	
18	Me dire que si je ne connais pas beaucoup de monde, c'est parce que je n'ai pas fait l'effort d'aller vers eux et non parce que je n'en suis pas capable	
19	Reprendre une activité physique même si je n'ai pas beaucoup marché dernièrement plutôt que de me dire que c'est trop difficile	
20	Faire des efforts pour améliorer mon apparence physique si on m'a fait des remarques plutôt que de me dire que c'est inutile de l'améliorer	
21	Faire des plans systématiquement pour donner une meilleure image de moi	
22	M'intéresser et m'impliquer dans une activité physique régulière plutôt qu'avoir du mal à me motiver	
23	Me donner le défi d'aller faire les magasins de vêtements plutôt que de les éviter	
24	Me lancer le défi de choisir les aliments dans les rayons en magasin plutôt que d'éviter les rayons par peur d'être tenté par les aliments gras	
25	Faire l'effort de manger des plats pas ou peu gras plutôt que de laisser tomber mes efforts	
26	Me fixer comme but de faire attention à mon alimentation pour perdre du poids	

27	Maintenir le cap d'une alimentation « équilibrée », variée, plutôt que de me centrer sur les difficultés que je peux rencontrer	
28	Rester concentré sur l'effort que je pratique plutôt que sur mon essoufflement ou ma fatigue	
29	Réussir à contrôler et à ne pas fuir une situation où je suis mal à l'aise avec les autres	
30	M'intéresser et m'impliquer dans une conversation avec un inconnu, même si je suis mal à l'aise	
31	M'intéresser aux questions de mode plutôt que de les éviter	
32	Me relancer et garder confiance en moi-même si pendant un moment j'ai pensé que j'étais moins bien perçu par l'autre	
33	Réserver un temps dans ma journée ou ma semaine pour pratiquer une activité physique :	
34	Recommencer à fournir des efforts dans mon alimentation après un écart plutôt que de me dire que c'est trop difficile	
35	Me donner le défi de m'inscrire dans une activité physique qui m'intéresse plutôt que d'éviter d'effectuer une activité physique	
36	Me fixer comme but d'adopter un certain niveau d'activité et m'y tenir	
37	Continuer à marcher ou à monter les escaliers même si je suis essoufflé ou que j'ai mal plutôt que d'arrêter cette activité physique	
38	Me dire que si je n'ai pas résisté à une tentation, c'est parce que je n'ai pas fait assez efforts plutôt que de me dire que je n'ai pas assez de volonté	
39	Dans une situation donnée, la gérer sans m'occuper du regard des autres	
40	Me dire que si je ne fais beaucoup d'activité physique, c'est parce que je n'ai pas fait l'effort et non parce que je n'en suis pas capable	

Annexe 5 : EMAPS

Échelle de Motivation pour l'Activité Physique à des fins de Santé (ÉMAPS)

Indiquez dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles vous pratiquez des activités physiques.

Ne correspond pas du tout	Correspond très peu	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez	Correspond fortement	Correspond très fortement
1	2	3	4	5	6	7

DE FAÇON GÉNÉRALE, POURQUOI FAITES-VOUS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (AP)?

1. Pour le plaisir que je ressens lorsque je pratique des AP.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je n'en ai aucune idée, je crois que ça ne me sert à rien.	1	2	3	4	5	6	7
3. Parce que je me sentirais mal si je ne faisais pas cet effort.	1	2	3	4	5	6	7
4. Parce que je pense que l'AP est une bonne chose pour mon développement personnel.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je ne sais pas vraiment; j'ai l'impression de perdre mon temps lorsque je fais de l'AP.	1	2	3	4	5	6	7
6. Pour la satisfaction que je ressens à progresser dans ce genre d'activités.	1	2	3	4	5	6	7
7. Parce que l'AP fait partie intégrante du style de vie que j'ai choisi.	1	2	3	4	5	6	7
8. Franchement je fais de l'AP mais je ne vois pas l'intérêt.	1	2	3	4	5	6	7
9. Pour ne pas avoir à entendre les reproches de certaines personnes.	1	2	3	4	5	6	7
10. Parce que je considère que faire de l'AP est une partie de mon identité.	1	2	3	4	5	6	7
11. Pour les sensations agréables que me procure l'AP.	1	2	3	4	5	6	7
12. Parce que personnellement je considère que c'est un facteur de bien-être.	1	2	3	4	5	6	7
13. Parce que faire de l'AP est cohérent avec mes valeurs.	1	2	3	4	5	6	7
14. Parce que je me sentirais nerveux-se si je n'en faisais pas.	1	2	3	4	5	6	7
15. Parce que certaines personnes me mettent la pression pour que je le fasse	1	2	3	4	5	6	7
16. Parce que je pense que l'AP me permettra de me sentir mieux..	1	2	3	4	5	6	7
17. Parce que j'y suis obligé(e) par mon entourage.	1	2	3	4	5	6	7
18. Parce que je dois le faire pour me sentir bien avec moi-même.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 6 : Grille d'entretien initial

Présentation :

Bonjour, je me nomme Ania MAUSSION et je suis actuellement en Master 2 STAPS mention Activité Physique Adaptée et Santé à l'université de Rennes 2. Je suis présente ici en tant que stagiaire pendant 4 mois. Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien avec moi. Est-ce que cela vous dérange si j'enregistre notre conversation ?

L'objectif de cet entretien est dans un premier temps d'apprendre à se connaître, notamment vis-à-vis de votre histoire. Puis de déterminer des objectifs que vous souhaitez atteindre à court, moyen et long terme, qui ont un lien avec votre chirurgie et votre prise en charge au centre. Ensuite, ensemble, nous essaierons de déterminer des moyens pour vous permettre d'atteindre ces objectifs. Comme vous avez pu le lire sur la brochure, nous réaliserons des entretiens régulièrement pour nous permettre de faire le point ensemble. Je souhaite les réaliser afin de garantir la pérennité de votre engagement dans l'activité physique qui est l'un des leviers importants de la réussite d'une chirurgie bariatrique.

Avant de commencer, avez-vous des questions au début de cet entretien par rapport à la note d'information que je vous ai transmise par exemple ?

Si vous n'avez pas de (d'autres) question, nous pouvons commencer.

Identification du patient :

- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Situation familiale :
- Situation professionnelle :
- Type de logement :
- Taille :
- Poids :
- IMC :

Histoire du patient :

- **Histoire médicale :**
 - Comment êtes-vous arrivé à SPORMED ?
 - Quand est-ce que votre obésité s'est déclarée ? Quelles en sont les causes selon vous ?
- **Histoire sportive :**
 - Avant SPORMED, pratiquiez-vous une activité physique ?
 - Est-ce que l'activité physique régulière est une hygiène de vie qui vous attire ?
 - Si oui, pourquoi ?
 - Si non pourquoi ?

La chirurgie bariatrique :

- Pourquoi voulez-vous (ou avez-vous) faire une chirurgie bariatrique ?
- Vous êtes-vous renseigné sur les risques d'une chirurgie ?

- Si oui, cela ne vous a pas découragé ?
- Si non, votre médecin vous en a averti ?

Perspective d'évolution :

- Connaissez-vous l'APA avant de venir à SPORMED ?
- Est-ce que vous avez pour projet de continuer l'AP après SPORMED ?
 - Si oui, vous êtes-vous déjà informé sur les structures ? Quelles activités ?
 - Si non pourquoi ? Connaissez-vous les bénéfices de l'AP sur une chirurgie bariatrique ?
- Seriez-vous prêt à tester de nouvelles APA ?

Détermination des objectifs :

L'objectif de mon travail est donc de trouver un moyen de permettre à votre pratique d'activité physique de perdurer. Selon des études en psychologie de la santé, il semble que déterminer des objectifs à atteindre à court, moyen et long terme soit une bonne pratique à adopter. Ils doivent vous permettre de vous auto-évaluer et donc connaître vos évolutions quelles qu'elles soient.

Les objectifs que je vous demande ne sont pas nécessairement des objectifs que le corps médical a déjà pu vous donner par le passé. J'aimerais que l'on détermine des objectifs qui ont du sens pour vous. Est-ce que cela vous convient toujours ?

Puis, pour vous permettre d'atteindre ces objectifs nous allons déterminer ensemble des plans d'actions. Il s'agit de procédés que vous pourrez mettre en place dans votre quotidien qui vont vous permettre d'atteindre ces buts. Nous allons les déterminer ensemble. Cependant, il ne faut pas que vous trouviez ces actions contraignantes. Ce n'est pas mon souhait, et elles auraient beaucoup moins de chance de perdurer dans le temps. Est-ce que cela vous convient ?

Proposition du carnet :

J'ai donc saisi l'ensemble des objectifs et des plans d'actions que nous venons de déterminer ensemble dans ce document qui fait donc référence au carnet de suivi.

Ce carnet s'utilise comme un journal intime. Il permet notamment de noter à chaque fois que vous réalisez une séance, un exercice ou juste une expérience se rapportant à vos objectifs. Grâce à cela, vous pourrez suivre votre progression et donc constater que vous vous rapprochez de plus en plus de l'atteinte de votre objectif.

Vous avez donc une colonne pour la date, une colonne pour la description de l'expérience avec les sensations associées et enfin une colonne pour votre auto-évaluation en pourcentage. Ainsi, en considérant que votre objectif final correspond à 100% de progression, à vous d'évaluer à combien de pourcentage vous vous sentez éloigné de votre but. C'est donc de votre propre initiative qu'il faudra remplir ce carnet. Nous en ferons le bilan d'ici trois semaines si cela vous convient.

Annexe 7 : Grille d'entretien intermédiaire

Ressenti personnel vis-à-vis de la réadaptation physique :

- Comment allez-vous depuis notre dernière rencontre ?
- Avez-vous réussi à percevoir des améliorations depuis la dernière fois ?
- Est-ce que l'intensité imposée par le cycle de réadaptation a su s'intégrer dans votre vie quotidienne (assiduité, fatigue associée, retour à moins de séances dans le cas d'un passage en suivi) ?
- Comment vous sentez-vous avant de venir à SPORMED ?
- Comment vous sentez-vous une fois dans la structure ?
- Comment vous sentez-vous après avoir fait votre séance à SPORMED ?

Retour d'un premier jet sur le carnet :

- Avez-vous déjà perçu l'utilité de cet outil ?
- Vos attitudes ont-elles changées depuis l'identification des objectifs et plans d'actions ?
- Avez-vous déjà commencé à mettre en place des actions pour atteindre vos objectifs ?
- Seriez-vous prêts à programmer une séance d'essai pour la prochaine fois pour atteindre vos objectifs ?

Les projets pour les trois semaines à venir :

- Avez-vous prévu des actions pour atteindre vos prochains objectifs ? Si oui lesquelles ?
- Avez-vous en tête de nouveaux objectifs qui semblent être importants pour vous ?
- Qu'attendez-vous de la suite de cette prise en charge ?

Annexe 8 : Grille d'entretien final

Retour sur le protocole à SPORMED :

- Comment allez-vous depuis notre dernier entretien ?
- Avez-vous ressenti des bénéfices de votre passage à SPORMED ?
- Comment vous sentez-vous au sein du service ?
- Etes-vous satisfait de ce qui vous est proposé ici ? Cela répond-t-il à vos attentes ?

Retour sur l'accompagnement proposé :

- Est-ce que déterminer ensemble des objectifs et des plans d'actions vous a semblé pertinent ?
 - Si oui pourquoi ?
 - Si non pourquoi ?
- Avez-vous commencé à mettre en place les actions déterminées ?
 - Si oui lesquels ? Comment ? Pensez-vous pouvoir maintenir ces actions ?
 - Si non pourquoi ?
- Les séances et l'accompagnement proposés ont-ils répondu à vos attentes ?
- L'utilisation du carnet vous a-t-elle semblé pertinente durant notre protocole ?
 - Si oui comment ?
 - Si non pourquoi ?

Le passage en suivi :

- Comment s'est passé votre passage en suivi ?
- Avez-vous réussi à mettre en place des activités pendant cette période de suivi ?
 - Si oui lesquelles ?
 - Si non pourquoi ?
- Avoir mon accompagnement a-t-il été une aide lors de votre suivi ?

L'avenir :

- Qu'avez-vous prévu en terme d'activité physique pour la suite ?
- Pensez-vous maintenir les actions pour atteindre vos objectifs à moyen et long terme ?

En terme de chirurgie :

- Avez-vous maintenant une date de chirurgie ?
 - Si oui quand ? Et comment vous vous sentez ?
 - Si non, quand cela sera-t-il décidé ?
- Etes-vous toujours sûr de votre choix de réaliser cette chirurgie ?

- Si oui pourquoi ?
- Si non pourquoi ?

- Comment vous projetez-vous à la suite de cette chirurgie ?

Complément d'information :

- Est-ce que vous estimez avoir été victime de moqueries au cours de votre vie ? Si oui à quel propos ?

- Comment décrieriez-vous votre rapport à la nourriture ?

- Est-ce que le fait que mon statut soit encore d'étudiante vous a posé un problème ?

Annexe 9 : Entretiens

Cf document supplémentaire de ce travail de recherche universitaire où se trouve la retranscription de l'ensemble des entretiens.

Annexe 10 : Fiche de présentation de la gym urbaine



La gym urbaine



Une pratique pour tous et praticable partout

La **gym urbaine**, aussi appelée gym oxygène, est une activité physique qui se pratique en extérieur. Elle cherche à utiliser le matériel urbain afin de créer des exercices de cardio et de renforcement musculaire. Ainsi, lorsque l'on pratique la gym urbaine, on alterne les phases cardio avec des déplacements entre chaque lieu d'exercice où le renforcement musculaire est exécuté.

Quelques questions avant de commencer:

Où pratiquer la gym urbaine?

Partout! L'avantage de cette activité est qu'elle s'adapte au lieu de pratique. En **ville** vous aurez des bancs, des lampadaire et des trottoirs. En **forêt**, vous pourrez utiliser les arbres ou racines visibles par exemple, ou encore à la **plage** où le sable offre une marche différente que sur le goudron.



Qui peut pratiquer la gym urbaine ?

Tout le monde peut pratiquer cette activité physique et peut même se pratiquer en groupe, en famille. La vitesse de déplacement est celle qui vous convient comme la difficulté des exercices de renforcement. Ainsi, même avec des niveaux différents vous pouvez organiser une sortie sportive en groupe.



Qu'est ce que le matériel urbain?

Il s'agit de toutes les structures qui aménagent nos villes et villages. On parle alors de :

Banc	Barrières
Escalier	Pente
Trottoir	Parterre de fleurs
Ligne au sol	Ect...



Travail de planche/pompe avec un banc, une barrière ou des escaliers



Travail de montée de genoux ou de cardio avec un trottoir ou des escaliers

Qu'est ce que l'on travail en gym urbaine?

Il est possible de **tout travailler et en différents modes**. Par exemple, le cardio peut se faire en continu ou par intermittence, c'est-à-dire en augmentant la vitesse de marche par session avec un temps de récupération. De plus, les exercices de renforcement musculaire peuvent concerner le haut du corps, le bas du corps et même la ceinture abdominale. **L'activité est ainsi très variée et complète.**



Travail des bras, abdominaux et jambes avec un banc



Travail des bras, des abdominaux et des jambes avec un escaliers

Alors? Vous sentez vous prêt(e)s à essayer?

N'hésitez pas à contacter Mlle Ania MAUSSION via l'email ania.mauSSION@gmail.com pour une séance d'essai et la conception de séances type en fonction de votre environnement urbain

Annexe 11 : Pitch respiration afghane

Bonjour. Je vous propose cette respiration afin de vous permettre de vous détendre et de prendre un temps pour vous.

Avant de commencer, assurez-vous d'être dans un espace tranquille, de vous installer confortablement (assis(e) ou allongé(e)).

Une fois que vous êtes confortable et que vous vous sentez prêt(e), fermez les yeux et placez vos mains sur votre ventre et sentez votre respiration naturelle. Vous allez maintenant vous concentrer afin de respirer uniquement par le nez, et cela tout le long de la session.

Ressentez votre respiration, sentez votre ventre se rentrer lors de l'inspiration (pause) puis se gonfler lors de l'expiration.

Votre respiration ralentie, vous êtes apaisé et relâché.

Nous allons alors commencer la respiration afghane. Pour se faire vous allez contrôler votre respiration et inspirer (rentrez votre ventre) sur trois temps, puis expirer (souffler) sur trois temps également.

Vous êtes prêt(e)s ? Nous pouvons commencer. Rentrez le ventre 1...2...3... et soufflez 1...2...3..., on recommence rentrez le ventre 1...2...3... et soufflez 1...2...3..., rentrez le ventre 1...2...3... et soufflez 1...2...3... Je vous laisse en faire deux seul(e) Puis reprendre votre respiration naturelle.

Votre respiration doit être plus ample et plus lente. Sentez votre ventre qui bouge au rythme de votre respiration.

Votre corps s'enfonce un peu plus dans le lit ou le fauteuil que vous avez choisi. Ressentez votre corps se relâcher.

Nous allons pouvoir reprendre la respiration afghane sur 3 temps avec un temps de pause à la fin de l'inspiration et de l'expiration. Vous êtes prêt(e)s ? Rentrez le ventre 1...2...3..., pause, et soufflez 1...2...3..., pause, rentrez le ventre 1...2...3..., pause, soufflez 1...2...3..., pause, rentrez le ventre 1...2...3..., pause, soufflez 1...2...3..., je vous laisse en faire deux seul(e)... puis reprenez votre respiration naturelle.

Votre respiration continue à ralentir, concentrez-vous uniquement sur votre respiration, sur votre ventre qui se rentre et qui gonfle au rythme de votre respiration. Votre corps se détend, vos bras sont de plus en plus lourds et votre respirations de plus en plus ample.

Nous pouvons continuer avec une inspiration sur 3 temps et une expiration sur 5 temps cette fois-ci. Vous êtes prêt(e) ? Rentrez le ventre 1...2...3... soufflez 1...2...3...4...5..., rentrez le ventre 1...2...3... soufflez 1...2...3...4...5..., rentrez le ventre 1...2...3... et soufflez 1...2...3...4...5..., je vous laisse en faire deux seul(e)... Puis reprenez votre respiration naturelle.

C'est très bien. Vous devez vous sentir apaisé(e). Gardez les yeux fermés... concentrez-vous sur votre respiration naturelle... Votre ventre qui se lève... Et qui se rentre. Votre corps continue de se relâcher, vous le sentez devenir de plus en plus lourd.

Nous allons réaliser une dernière session de respiration afghane. Nous allons reprendre l'inspiration sur 3 temps et l'expiration sur 5 temps avec un temps de pause à la fin de l'inspiration et de l'expiration. Vous êtes prêt(e) ? Rentrez le ventre 1...2...3... pause et soufflez 1...2...3...4...5..., pause, rentrez le ventre 1...2...3... pause et soufflez 1...2...3...4...5...pause, rentre le ventre 1...2...3... pause et soufflez 1...2...3...4...5... pause, je vous laisse en réaliser deux seul(e)... puis reprenez votre respiration naturelle.

Ressentez une dernière fois votre ventre se soulever et se rentrer. Nous allons arriver à la fin de la session... prenez le temps qu'il vous faut pour ouvrir les yeux... enlever les mains de votre ventre, et vous sentir détendu.

J'espère avoir pu vous accompagner dans cet instant de lâcher prise et je vous souhaite une très bonne journée. Au revoir.

Résumé :

L'objectif de cette étude est de déterminer comment favoriser la pérennité de l'engagement en activité physique adaptée chez les patients obèses inclus dans un parcours de chirurgie bariatrique. Cela relève donc des moyens mis en place mais également de la temporalité de l'intervention. Pour ce faire, un protocole de 12 semaines a été mis en place avec 7 patients volontaires séparés en deux groupes, un groupe avec des patients en attente de chirurgie et l'autre avec des patients déjà opérés. Ils ont eu accès à 5 rendez-vous espacés de 3 semaines chacun ainsi qu'à un carnet de suivi leur permettant de relever leur progression. Au premier bilan des objectifs ont été déterminés pour chaque patient et chaque bilan devait permettre de faire le point sur leur parcours pour les atteindre. En fonction de leur demande, des séances particulières leur ont été proposées. Afin d'évaluer ce programme, leur motivation a été estimée avec le questionnaire EMAPS, leur SEP avec le SEPOB et leur engagement avec le RTES-18. A l'issue de cette étude les questionnaires n'ont pas révélé de modification significative à l'exception d'une amélioration du SEP chez les patients opérés. Les témoignages liés aux bilans sont davantage révélateurs d'un bon accueil au projet. La détermination d'objectifs couplés aux bilans et au carnet a été appréciée et valorisée par les patients comme un moyen efficace de conserver la pratique d'une activité physique. Il n'est cependant pas possible d'affirmer l'exactitude de ces résultats au regard d'un échantillon et d'un temps d'étude trop faible.

Mots clés : Engagement – Obésité – Chirurgie bariatrique – Suivi – Activité physique adaptée

Abstract

The aim of this study is to determine how we can foster the continuity of the engagement in adaptive physical activity obese patients include in a bariatric surgery path. That is about how can we do that and when. To figure it out, a 12 week's protocol has been set up with 7 voluntary patients divided into two different groups: one with patient waiting for surgery, and another one with patient who have already been operated. They had access to 5 appointment every 3 weeks and a follow-up booklet which allowing them to record their progress. During the first appointment, several goals were determined for each patient and each meeting after that, had to provide a follow-up about their path to achieve their goals. In depend on their wish, different training session was proposed to them. To evaluate this protocol, their motivation was measure with EMAPS questionnaire, their self-efficacy with SEPOB questionnaire and finally their engagement with RTES-18. At the end of the study, those questionnaires didn't provide any significative result, except for the self-efficacy which has increase for the second group. However, patients' testimonies were more relevant of a good reception toward this project. The determination of their goals plus several appointments and the follow-up booklet were appreciated and valued as an efficient way for them to keep their practice of physical activity. Nevertheless, it isn't possible to claim the accuracy of those results because of a sample and a study time too small.

Key words: Engagement – Obesity – Bariatric Surgery, Follow-up – Adaptive Physical Activity